



Universidad de Oviedo

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

SALUD MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL:

FACTORES DETERMINANTES Y

MODELOS DE PREVENCIÓN

DOCTORANDA: BEATRIZ OLIVEROS FERNÁNDEZ

OVIEDO, 2022



Universidad de Oviedo

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

SALUD MENTAL Y EXCLUSIÓN SOCIAL:

FACTORES DETERMINANTES Y

MODELOS DE PREVENCIÓN

DIRECTOR: PROF. DR. ESTEBAN AGULLÓ TOMÁS

DOCTORANDA: BEATRIZ OLIVEROS FERNÁNDEZ

OVIEDO, 2022



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Salud Mental y Exclusión Social: factores determinantes y modelos de prevención	Inglés: Mental Health and Social Exclusion: determinants and models of prevention
2.- Autor	
Nombre: Beatriz Oliveros Fernández	DNI/Pasaporte/NIE: [REDACTED]
Programa de Doctorado: Educación y Psicología	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo	

RESUMEN (en español)

Antecedentes: Este trabajo tiene como objetivo analizar los diferentes factores que exponen a los hogares en situación de exclusión a una mayor presencia de enfermedades mentales, con el ánimo de definir prácticas psicosociales preventivas. Para ello, se hace previamente un recorrido por los conceptos de salud, de salud mental y de exclusión social, marcando las diferentes visiones sobre estos términos y las que se tienen en cuenta en este trabajo. También se desarrollan teóricamente los factores implicados en esta relación positiva entre salud mental y exclusión social. Por último, se desarrolla el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud que, en el fenómeno de estudio sitúa su enfoque en el impacto que el gradiente social tiene sobre la salud mental.

Método: Para el desarrollo de los objetivos específicos se realizan tres diferentes estudios empíricos, basados en dos muestras facilitadas por la Fundación FOESSA: la EINSFOESSA 2018 y la EINSFOESSA 2021. Ambas muestras son lo suficientemente amplias como para garantizar la fiabilidad y validez de esta investigación. El primer análisis ahonda en los factores determinantes de la relación entre salud mental y exclusión social desde el ámbito de los hogares, con datos de la EINSFOESSA 2018. El segundo análisis desarrolla el mismo trabajo desde el ámbito individual, con datos de la EINSFOESSA 2021. El tercer análisis hace una comparación de los modelos anteriores desde el ámbito de los hogares, para analizar el impacto que ha tenido la COVID-19 sobre el fenómeno estudiado.

Resultados: Los resultados del primer estudio muestran que la privación material, el deterioro de la salud y las relaciones sociales nocivas suponen un riesgo muy intenso para que alguna persona del hogar desarrolle una enfermedad mental. Los resultados del segundo estudio muestran cómo el empleo, la cobertura de las necesidades básicas y las relaciones sociales frecuentes y positivas han prevenido la aparición de enfermedades mentales durante la pandemia. Los resultados del tercer estudio han mostrado el impacto que ha tenido la pandemia en la presencia de factores de riesgo y protección, manteniendo constantes sólo los factores que tienen que ver con la privación y la salud.

Conclusión: Aunque hay elementos que exponen a una mayor presencia de enfermedades mentales a las personas que viven situaciones de exclusión, la coyuntura social es la que marca la relevancia de estos. Aún así, hay tres dimensiones que deben ser especialmente tenidas en cuenta: la cobertura de las necesidades, el estado de salud y su percepción y la calidad de las relaciones sociales.



Por ello, es necesario abordar políticas que prioricen elementos como la certidumbre de unos ingresos suficientes, la cobertura de las necesidades desde una perspectiva de salud integral, el apoyo a la red social, máxime en aquellos hogares en los que la exclusión social las deteriora.

RESUMEN (en Inglés)

Background: This work aims to analyse the different factors that expose households in situations of exclusion to a greater presence of mental illness, with the aim of defining preventive psychosocial practices. In order to do so, a preliminary review is made of the concepts of health, mental health and social exclusion, marking the different views on these terms and those taken into account in this work. The factors involved in this positive relationship between mental health and social exclusion are also developed theoretically. Finally, the Social Determinants of Health Model is developed which, in the phenomenon under study, focuses on the impact that the social gradient has on mental health.

Method: For the development of the specific objectives, three different empirical studies are carried out, based on two samples provided by the FOESSA Foundation: the EINSFOESSA 2018 and the EINSFOESSA 2021. Both samples are large enough to guarantee the reliability and validity of this research.

The first analysis delves into the determinants of the relationship between mental health and social exclusion at the household level, using data from the EINSFOESSA 2018. The second analysis develops the same work from the individual level, with data from the EINSFOESSA 2021. The third analysis makes a comparison of the previous models from the household level, to analyse the impact that COVID-19 has had on the phenomenon studied.

Results: The results of the first study show that material deprivation, deteriorating health and harmful social relations pose a very strong risk for someone in the household to develop a mental illness. The results of the second study show how employment, provision of basic needs and frequent and positive social relationships have prevented the onset of mental illness during the pandemic. The results of the third study have shown the impact of the pandemic on the presence of risk and protective factors, holding constant only those factors related to deprivation and health.

Conclusion: Although there are elements that expose people living in situations of exclusion to a greater presence of mental illness, it is the social situation that determines their relevance. Even so, there are three dimensions that must be particularly taken into account: the coverage of needs, the state of health and its perception, and the quality of social relations.

It is therefore necessary to address policies that prioritise elements such as the certainty of sufficient income, the coverage of needs from an integral health perspective, and support for the social network, especially in those households in which social exclusion deteriorates them.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación ha sido largo: eso quiere decir que ha estado presente en la vivencia de diversas etapas de mi vida. Posiblemente, por lo prolongado e intenso del camino, he tenido la suerte de coincidir con muchas personas a las que me gustaría recordar de una forma especial, en estas líneas.

A Álvaro, mi compañero de vida, a quien le debo tantos momentos de reír, de llorar, de enfadar/nos, de ofuscar/nos... quien me ha ayudado a poner orden en mi caos, mientras llenaba de caos su orden.

A mi hija Sarah, cuyo nacimiento ha sido el inicio de este camino y que ha sido la mayor damnificada, por el tiempo que he perdido para estar juntas. Tiempo dedicado a los datos, a los análisis y a las lecturas. Tiempo que no volverá.

A mi hijo Mario, que ha vivido desde la tripa esta investigación, el humano más joven que ha participado en una comisión de seguimiento y que ha presentado trabajos en congresos. Un bebé tesis.

Un agradecimiento especial a mi familia: mis padres, mis tíos y mi prima, a quienes agradezco su confianza y la fe de creer que sería capaz, aun cuando yo misma lo dudaba. Si he llegado hasta este punto del camino, es porque su aliento me ha empujado a lo largo de toda mi vida.

A muchos amigos que han apostado porque este trabajo saldría adelante y así me lo han hecho llegar en múltiples ocasiones: Eva y Óscar; Maru, Diana e Ingrid; Naf y Vane; Mayte; Samu; Rober, Laura, Lurdes y Fonso.

Especialmente a mis Aranchas: Arancha Mouriz, que, con sus tupperes y apoyo logístico, me ha dado tiempo y aire; Arantxa Moyano, que ha estado presente y disponible en todas las formas que he necesitado. Hacéis real lo de que “quien tiene una amiga, tiene un tesoro”.

A mis compañeras/os de trabajo, que me han animado, apoyado, consolado y retado con las palabras necesarias, en los momentos necesarios: Teresa y Ana, testigos privilegiados desde los inicios, que han empujado este proyecto las 200 veces que lo quise abandonar; Jose Llosa, extraordinario compañero, extraordinario investigador y la persona en la que fijo la mirada, para aprender competencia y humildad a partes iguales; Luis, trabajador incansable, ayudador incansable y compañero de publicación, responsable en gran medida del éxito de este proyecto; Estibaliz, quien me abrió la mirada hacia lo que es una auténtica pasión en carrera investigadora: los determinantes sociales de la salud; Jacobo, compañero de ideas que se convierten en proyectos y apoyador en grado sumo; Sandra, siempre disponible y atenta a mis necesidades.

A compañeros investigadores, que han impulsado con palabras y actos este trabajo: Ángel, que sabe bien lo que son las noches sin dormir, por conciliar paternidad y tesis; Aroa, que ha sido un apoyo emocional fundamental, porque esto de acabar una tesis doctoral es, sobre todo, una cuestión de “resistencia psicológica”; Jordi, que desde la distancia ha impulsado mi interés por la investigación y la divulgación; Begoña, que ha mostrado una confianza casi ciega en mis posibilidades, en mis momentos de debilidad; Thomas, que ha apoyado mis dificultades técnicas, siempre con disponibilidad y amabilidad.

A José Luis Álvaro, quien tuvo la amabilidad de acogerme en mi estancia de investigación. Unos días de análisis y profundización en los datos, que dieron un impulso decisivo a este trabajo.

Pero, sin desmerecer a nadie, mi reconocimiento y agradecimiento más intenso es a las dos personas que han estado implicadas de una forma más exhaustiva en este trabajo.

Mi amigo Raúl, que ha facilitado hasta el límite de sus posibilidades mi labor investigadora. Su disponibilidad, su humor y su ánimo han sido una luz bien brillante en un universo, en ocasiones, muy negro. Gracias por hacerme creer en mí, también como investigadora.

Y dejo para el final a la persona a quien me gustaría dedicarle mi agradecimiento más especial: Esteban Agulló, mi director. Aun no entiendo por qué Esteban no me dejó abandonada durante este larguísimo y sufrido proceso. Pero aun entiendo menos que nunca perdiera el ánimo, que nunca dejara de motivarme, que nunca dejara de creer en que este día sería posible. Si estas líneas están escritas es porque Esteban ha sabido estar a mi lado, en la forma en que lo necesitaba, todos estos años. Extraordinario revisor, siempre desde la sonrisa más amable y con la cabeza más organizada. Gracias por no rendirte, Esteban.

Para mi hija Sarah y mi hijo Mario

Porque parte del tiempo que les pertenece está recogido en estas páginas

Porque son fuente de salud en mi vida

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN GENERAL	25	
MARCO TEÓRICO.....	29	
CAPÍTULO 1: EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES		
SOCIALES	31	
CAPÍTULO 2: EN TORNO AL PARADIGMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL.....		53
CAPÍTULO 3: LA RELACIÓN ENTRE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA SALUD MENTAL:		
FACTORES DE RIESGO	69	
ESTUDIO EMPÍRICO	87	
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN		89
CAPÍTULO 5: CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA		
APARICIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS HOGARES EN		
EXCLUSIÓN	102	
CAPÍTULO 6: MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES		
MENTALES EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN: EL IMPACTO DE		
LA COVID-19	136	
CAPÍTULO 7: LA COYUNTURA O LA ESTRUCTURA: COMPARACIÓN DE MODELOS		
DE PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN HOGARES EXCLUIDOS		
PRE Y POST COVID-19.....	176	
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN		199
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES		208
REFERENCIAS.....	224	
ANEXOS	250	

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN GENERAL.....	25
MARCO TEÓRICO.....	29
CAPÍTULO 1: EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES	
SOCIALES	31
1.1. Conceptualización de la salud e implicaciones.....	31
1.1.1. Revisión histórica del concepto de salud	31
1.1.2. El modelo biopsicosocial	35
1.2. Hacia una conceptualización de la salud mental.....	37
1.2.1. Nacimiento y desarrollo del concepto de salud mental.....	38
1.2.2. El impacto social sobre la salud mental	40
1.3. Los determinantes sociales de la salud.....	45
CAPÍTULO 2: EN TORNO AL PARADIGMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL	53
2.1. Conceptualización de la exclusión social.....	53
2.2. Formas de medir la exclusión: el indicador AROPE y el Índice Sintético de Exclusión Social (ISES).....	59
2.2.1. El indicador AROPE.....	59
2.2.2. El índice sintético de exclusión social	61
2.3. Una mirada a la exclusión social en España: cambios estructurales desde la Gran Recesión.	66
CAPÍTULO 3: LA RELACIÓN ENTRE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA SALUD	
MENTAL: FACTORES DE RIESGO.....	69
3.1. Introducción	69

3.2. El empleo y sus dificultades: desempleo y precariedad laboral.....	75
3.3. Las dificultades en el acceso a una vivienda adecuada.....	79
3.4. Enfermedad, discapacidad y salud mental.....	80
3.5. Familias con menores a cargo y mujeres que crían a sus hijos en soledad.....	82
3.6. El apoyo social y su impacto en la salud mental.....	84
ESTUDIO EMPÍRICO.....	87
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PROCEDIMIENTO DE LA	
INVESTIGACIÓN.....	89
4.1. Pregunta de investigación.....	89
4.2. Objetivos.....	90
4.2.1. Objetivo general.....	90
4.2.2. Objetivos específicos.....	90
4.3. Hipótesis.....	91
4.4. Procedimiento de la investigación.....	94
4.4.1. La Fundación FOESSA.....	95
4.4.2. La Encuesta de Necesidades e Integración Social de la Fundación FOESSA.....	96
4.4.3. El índice Sintético de Exclusión Social (ISES): ejes, dimensiones e indicadores..	97
4.4.4. Método.....	97
4.4.5. Principios éticos.....	100
CAPÍTULO 5: CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA	
APARICIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS HOGARES EN	
EXCLUSIÓN.....	102
5.1. Introducción.....	102

**CAPÍTULO 6: MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA APARICIÓN DE
ENFERMEDADES MENTALES EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE**

EXCLUSIÓN: EL IMPACTO DE LA COVID-19.....	136
6.1. Introducción	136
6.2. Objetivos e hipótesis	138
6.3. Método	140
6.3.1. Diseño	140
6.3.2. Muestra.....	140
6.3.3. Instrumentos	141
6.3.4. Revisión de los indicadores.....	144
6.3.5. Creación de las variables.....	146
6.3.5.1. Variable dependiente.....	146
6.3.5.2. Variables independientes	146
6.3.6. Análisis estadístico.....	151
6.4. Resultados	152
6.4.1. Las características personales sí importan	155
6.4.2. Los cambios en el empleo y el hecho determinante de la privación.....	155
6.4.3. El acceso a los derechos de la ciudadanía, tensionado por la pandemia.....	159
6.4.4. Confinamientos y restricciones sanitarias: el impacto en las relaciones y sus consecuencias para la salud mental.....	161
6.4.5. El modelo testado en la población en situación de exclusión social.....	163
6.4.5.1. Ser mujer en hogares en situación de exclusión	164
6.4.5.2. Empleo y privación	164

6.4.5.3. Participación política, educación, salud y vivienda	165
6.4.5.4. Conflicto y aislamiento social.....	166
6.5. Discusión.....	168
CAPÍTULO 7: LA COYUNTURA O LA ESTRUCTURA: COMPARACIÓN DE MODELOS DE PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN HOGARES EXCLUIDOS PRE Y POST COVID-19.....	176
7.1. Introducción	176
7.2. Objetivos e hipótesis	178
7.3. Método	179
7.3.1. Diseño	179
7.3.2. Muestra.....	179
7.3.3. Instrumentos.....	180
7.3.4. Descripción de las variables.....	181
7.3.5. Análisis estadístico.....	182
7.4. Resultados	183
7.4.1. Los factores de riesgo.....	187
7.4.2. Los factores de protección	191
7.5. Discusión y conclusiones	193
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN.....	199
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	208
9.1. Conclusiones	208
9.1.1. Cumplimientos de las hipótesis.....	209
9.1.2. Conclusiones por objetivos específicos	214

9.2. Limitaciones	216
9.2.1. La brecha de género	216
9.2.2. El impacto de las relaciones sociales	217
9.2.3. Limitaciones metodológicas.....	217
9.3. Futuras líneas de investigación	219
9.4. Productividad y difusión de la investigación	220
REFERENCIAS.....	224
ANEXOS.....	250

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Elementos fundamentales que caracterizan la perspectiva biopsicosocial</i>	36
Tabla 2 <i>ISES: Ejes, dimensiones e indicadores</i>	62
Tabla 3 <i>Número de personas que consume fármacos vinculados a TSM por CCAA</i>	72
Tabla 4 <i>Prevalencia (%) de problemas de salud mental en relación con actividad económica</i> .	78
Tabla 5 <i>Correspondencia entre los capítulos y los objetivos e hipótesis diseñados</i>	99
Tabla 6 <i>Porcentaje de hogares con problemáticas de salud mental por CCAA 2013</i>	103
Tabla 7 <i>Porcentaje de hogares con problemáticas de salud mental por CCAA 2018</i>	105
Tabla 8 <i>VARIABLES diseñadas en base a las hipótesis, dimensión y significatividad para el modelo de riesgo</i>	113
Tabla 9 <i>VARIABLES diseñadas en base a las hipótesis, dimensión y significatividad para el modelo de protección</i>	117
Tabla 10 <i>VARIABLES presentes en el modelo de riesgo, significatividad (p) y Odds Ratio (OR) correspondiente</i>	121
Tabla 11 <i>VARIABLES presentes en el modelo de protección, significatividad (p) y Odds Ratio (OR) correspondiente</i>	125
Tabla 12 <i>Factores presentes en el modelo de riesgo en hogares en exclusión</i>	129
Tabla 13 <i>Factores presentes en el modelo de protección en hogares en exclusión</i>	130
Tabla 14 <i>Factores creados para el modelo y significatividad</i>	147
Tabla 15 <i>Personas diagnosticadas de enfermedad mental, por espacios de integración por CCAA y España (%)</i>	154
Tabla 16 <i>Factores relativos al eje económico y OR correspondientes</i>	157

Tabla 17 <i>Factores relativos al eje político y de derechos de la ciudadanía y OR correspondientes</i>	160
Tabla 18 <i>Factores relativos al eje social-relacional y OR correspondientes</i>	163
Tabla 19 <i>Comparación del comportamiento de los factores entre el conjunto de personas y las personas en exclusión</i>	167
Tabla 20 <i>Comparación de los hogares con presencia de TSM: integrados y excluidos (%)</i>	186
Tabla 21 <i>Factores de riesgo significativos de los modelos 2018 y 2021: comparación</i>	190
Tabla 22 <i>Factores de protección significativos de los modelos de 2018 y 2021: comparación</i>	192
Tabla 23 <i>Resumen de los objetivos e hipótesis y su grado de cumplimiento</i>	210

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud</i>	32
Figura 2 <i>Modelo de determinantes de la salud</i>	41
Figura 3 <i>Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales de la OMS</i>	47
Figura 4 <i>Cuadro conceptual de la salud y sus factores determinantes</i>	49
Figura 5 <i>Los pilares de la exclusión social</i>	57
Figura 6 <i>Consumo de psicofármacos durante la crisis económica en España</i>	73
Figura 7 <i>Consumo de fármacos entre 2002 y 2017</i>	74
Figura 8 <i>Empleo y desempleo en personas con enfermedad mental</i>	77
Figura 9 <i>Evolución de la presencia de TSM en los Hogares</i>	106

INDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AROPE	At Risk of Poverty and/or Exclusion
CCAA	Comunidad/es Autónoma/as
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
EINSFOESSA	Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales de la Fundación FOESSA
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
EPA	Encuesta de población activa
ERTE	Expediente de regulación temporal de empleo
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISES	Índice sintético de exclusión social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TSM	Trastorno de salud mental
WHO	World Health Organization

INTRODUCCIÓN GENERAL

INTRODUCCIÓN GENERAL

El sentido de esta tesis doctoral es ahondar en el conocimiento que se tiene sobre la relación entre salud mental y exclusión social, con la finalidad de construir un modelo que permita proteger a los hogares más vulnerables y prevenir la presencia de enfermedades mentales en ellos.

Cuando una enfermedad llega a la vida de un ser humano, su vida cambia; cuando una enfermedad mental llega a la vida de un ser humano, su vida cambia de forma radical. La desesperanza y la pérdida del sentido de la vida forman parte de un conjunto más o menos amplio de síntomas, que dificultan el desarrollo de la vida en todos sus ámbitos: el formativo, el laboral, el económico y el relacional (García-Alandete et al., 2009).

Es por ello por lo que la protección de estos hogares más frágiles, desde el punto de vista de su capacidad de resistencia a nuevas situaciones psicosociales sobrevenidas, debe ser una de las tareas más importantes a las que, como comunidad académica, se debería dar respuesta. Por ello, esta tesis doctoral pretende contribuir, desde un análisis científico y riguroso, a la toma de decisiones que permitan la salud mental de todos en igualdad de condiciones.

Marco teórico

La primera parte de esta tesis doctoral presenta el marco teórico que se ha tenido en cuenta y sobre el que se ha construido el estudio empírico. El objetivo general de este trabajo, como se detalla en el resumen presentado previamente, es definir los factores que exponen a los hogares vulnerables a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales, con el ánimo de determinar prácticas psicosociales preventivas. Se trata, por tanto, de un trabajo con un marcado carácter de prevención.

Teniendo en cuenta este objetivo general, hay tres elementos fundamentales sobre los que transita este recorrido teórico: la conceptualización de salud mental que se ha tenido en cuenta para este trabajo, y los elementos que la determinan; la conceptualización de exclusión social que se ha tenido en cuenta para este trabajo, y una forma de medirla; y la relación entre ambos conceptos, y los factores que median la misma.

El capítulo 1, con el título *El concepto de salud mental y sus determinantes sociales*, hace un recorrido por el concepto de salud, para pasar posteriormente a conceptualizar la salud mental y definir los determinantes sociales de la misma. Se hace un breve recorrido histórico por el concepto de salud y de enfermedad y se definen diferentes formas de entender la salud mental, hasta concretar la que se ha utilizado para abordar este trabajo. Posteriormente, se centra la mirada en los determinantes sociales de la salud, como punto de partida para la comprensión de los diferentes fenómenos que impactan en la salud mental de los individuos y, especialmente, de los individuos que se encuentran en situación de exclusión.

El segundo capítulo, titulado *En torno al paradigma de la exclusión social*, revisa la conceptualización de la exclusión social, centrándose en sus características y en las dimensiones que la componen. Además, revisa diferentes formas de medir la exclusión social, centrándose en el ISES (Índice Sintético de Exclusión Social), que será la base del análisis empírico desarrollado en la segunda parte de esta tesis.

En el capítulo 3, *Análisis de la relación entre exclusión social y salud mental: factores determinantes*, se reflexiona sobre la relación entre exclusión social y salud mental y se muestran aquellos factores que suponen un riesgo y que dirigen a las personas en situación de exclusión a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales. En este sentido, se revisan factores como el desempleo y el empleo precario, las dificultades de salud (enfermedades crónicas,

discapacidades y situaciones de dependencia); las dificultades en el acceso a la vivienda; el factor de género, en lo que tiene que ver con las dificultades de las mujeres con responsabilidad exclusiva sobre sus hijos; y el apoyo social y las relaciones sociales.

Estudio empírico

La segunda parte de este trabajo se dedica al estudio empírico que se ha desarrollado, basado en el marco teórico definido. Para la consecución del objetivo general se han desarrollado tres estudios empíricos, cada uno de los cuales da respuesta a uno de los objetivos específicos. En esta parte del trabajo se trazan una serie de conclusiones que pretenden incidir en los elementos necesarios para la protección de los hogares en situación de exclusión social.

El capítulo 4, *Objetivos, hipótesis y procedimiento de la investigación*, define sistemáticamente los objetivos, las hipótesis de trabajo y la descripción del método. En él se detallan el objetivo general que se persigue, los objetivos específicos y las hipótesis desde las que se ha partido en cada uno de ellos. Por otra parte, en este apartado se define el procedimiento general que se ha seguido para el desarrollo de los estudios desarrollados.

El capítulo 5, titulado *Construcción de modelos preventivos para la aparición de enfermedades mentales en los hogares en exclusión*, se construyen dos modelos, uno de riesgo y otro de protección que, testados sobre los hogares en exclusión, permiten señalar una serie de elementos que impactan sobre la aparición de problemas de salud mental en los hogares. Desarrollado a través del análisis de una muestra recogida en pleno crecimiento económico, este capítulo presta una especial atención al empleo, desempleo y empleo precario; a la generación de los ingresos suficientes; al impacto de la salud, o más bien de la enfermedad; a las situaciones de riesgo; a las relaciones sociales, sobre todo aquellas de carácter conflictivo; y a la soledad y al aislamiento social.

El sexto capítulo, *Modelo de prevención para la aparición de enfermedades mentales en personas en situación de exclusión: el impacto de la COVID-19*, también ahonda en la creación de un modelo preventivo, contextualizado en la situación pandémica. En este caso, se vuelve a ahondar en el análisis de los factores de riesgo y protección, a nivel de individuo y con una muestra recogida en los momentos más críticos de la pandemia. Esta investigación ha prestado especial atención a elementos relacionados con la salud, con la privación y con las relaciones sociales, aspectos muy deteriorados por causa de la COVID-19.

El capítulo 7, que lleva por título *La coyuntura o la estructura: comparación de modelos de prevención de la enfermedad mental en hogares en exclusión, pre y post COVID-19*, se hace una comparación entre los modelos diseñados en los capítulos anteriores. Se revisan los factores comunes y se incide sobre los factores diferenciados, analizando sus causas y consecuencias.

Por último, en el capítulo 8 con título *Discusión general* se hace una reflexión de los estudios empíricos desarrollados, relacionándolos entre sí y desde una perspectiva más generalista que las discusiones concretas de cada capítulo.

Por último, en el capítulo 9, *Conclusiones, limitaciones y recomendaciones*, se presentan las conclusiones y el grado de cumplimiento de las hipótesis. Se concluyen una serie de elementos que sería necesario implementar, para permitir reducir el riesgo de exposición a la enfermedad mental de las personas en situación de exclusión. Finalmente, se deja constancia de las limitaciones de la investigación y se proponen futuras líneas de desarrollo, que permitirían completar la presente.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES SOCIALES

CAPÍTULO 1:

EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES SOCIALES

“La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal”

(Costa & López, 1986, p. 46)

1.1. Conceptualización de la salud e implicaciones.

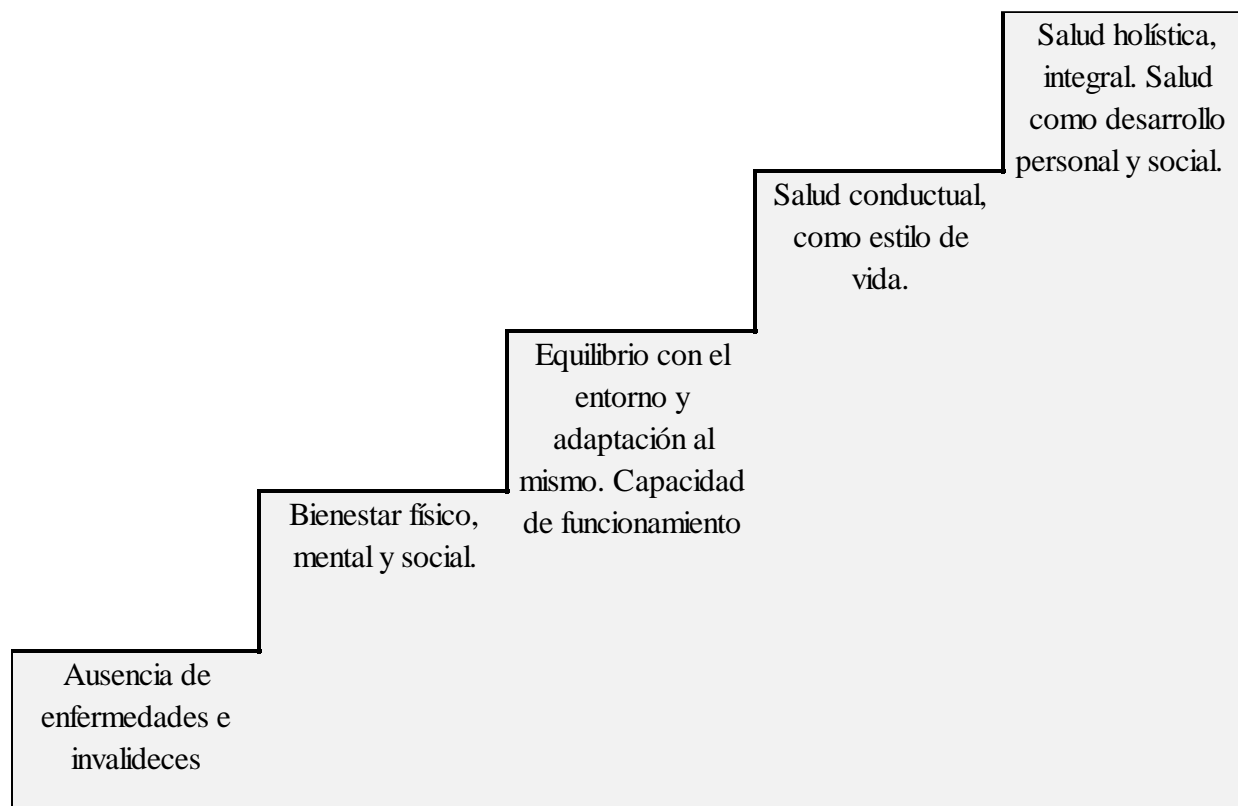
En la forma de entender la salud y la enfermedad que señalan Costa y López se halla una parte de la esencia de este trabajo. Y lo es, porque alude a un elemento fundamental y que configura el centro del análisis que se desarrollará en las próximas páginas: es en el marco social y relacional, donde las personas experimentan la salud y también la enfermedad. Ambos conceptos, salud y enfermedad, no pueden entenderse alejados de la vida social, del mismo modo que no pueden concebirse alejados del cuerpo físico o psicológico. Esta idea tan sencilla ha dado pie a un sinnúmero de modelos para explicar la salud y de estructuras configuradas como sistemas sanitarios.

1.1.1. Revisión histórica del concepto de salud

Los conceptos de salud y de enfermedad han ido modificándose a lo largo de la historia, adaptándose a los diferentes momentos históricos y generando diferentes definiciones, ajustadas al paradigma socioeconómico dominante en el momento. En la tabla 1 puede verse esta diferente forma de entender el concepto de enfermedad y, por oposición, el concepto de salud.

Figura 1

Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud



Nota. Elaboración propia a partir de Catalán & Talavera (2012)

En el concepto de salud se avanza cronológicamente, de modo que se ha intentado reflejar este avance en ese formato de escalera, de forma que en cada escalón se incorpora un elemento diferente, que responde a diferentes posicionamientos relacionados con la salud.

El primer escalón parte de un concepto de salud enfocado a la ausencia de enfermedades o de invalideces. El segundo escalón contempla el al bienestar físico mental y social, incorporando dos elementos novedosos: la salud mental y también las condiciones sociales en las que viven las personas. El tercer escalón presenta un elemento muy interesante, que es la capacidad de funcionamiento: esto es, la salud no se valora únicamente por el bienestar físico o psicológico y

social, sino también por la capacidad que la persona tiene de realizar con desempeño sus funciones habituales. El cuarto escalón incorpora el estilo de vida como uno de los elementos esenciales para garantizar la salud. Por último, el quinto escalón plantea un concepto de salud holístico, abandonando las visiones estáticas y absolutistas y reconceptualizándolo como un proceso dinámico, cambiante: no como algo que se tiene o no se tiene, sino como algo que se integra y se consigue en la vivencia de la cotidianidad. Se avanza, por tanto, en una definición de salud que tiene más en cuenta al medio ambiente y los elementos sociales y contextuales en los que viven las personas.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) definió en 1946 la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones” (WHO, 1972, p. 100). Esta definición contempla la salud desde su triple vertiente (el bienestar físico, el crecimiento psicológico y el desarrollo social a través del vínculo relacional) y se desliga del concepto de salud como ausencia de enfermedades, lo que hace pensar en elementos y factores no contemplados hasta ese momento. Años después, Terris propuso una definición que aunaba este bienestar subjetivo con la capacidad de funcionar, esto es, de poder desarrollar las actividades de la vida cotidiana de forma funcional y sin dolor ni sufrimiento (Catalán & Talavera, 2012). Así, señaló que la salud es el “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 1980). Diferencia dos elementos igualmente significativos en el estado de salud: la percepción subjetiva del individuo, en cuanto a la valoración de su bienestar; y su capacidad de funcionar, esto es de mantener un nivel de actividad ejecutivo para su desarrollo personal.

En esta misma línea se plantea la estrategia “Salud para todos” de la OMS en el año 1993, que matiza su definición proponiendo como objetivo el alcanzar el grado más alto de salud posible,

para los diferentes pueblos (WHO, 1993), de forma que los individuos tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven. Este concepto de salud contempla elementos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación, trabajo socialmente productivo y desarrollo en comunidad).

A partir de este momento, se desarrolla una conceptualización de la salud que tiene en cuenta al individuo de forma integral, valorando, los diferentes estilos de vida, la capacidad de toma de decisiones y los factores ambientales en los que se desarrollan las comunidades. Muestra de este cambio es la conocida “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”, en la que se profundiza sobre el concepto de promoción de la salud y en la que se menciona explícitamente que esta no debe ser garantizada exclusivamente por los recursos sanitarios, sino como concepto integral, transversal y holístico.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se concibe (...) como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de las formas de vidas sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, 1986, p. 2).

La salud y su cuidado/atención no competen exclusivamente al sector sanitario, sino que tiene una serie de componentes que trascienden la capacidad de los sistemas de salud. Desde este

planteamiento holístico de acercarse al concepto, sólo se contempla una forma integral de dar respuestas a las necesidades.

1.1.2. El modelo biopsicosocial

Tras este breve desarrollo histórico, se puede percibir que el trasfondo de las definiciones pivota en el paso de un modelo médico-biológico a otro bio-psico-social, que es la base del concepto de salud en la que se basa este trabajo.

El modelo biopsicosocial tiene su origen en 1977, cuando Engel postuló la necesidad de un modelo médico que interviniese en la salud desde una perspectiva holística. Como respuesta al modelo biomédico, el dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo XX, surge lo que se define como modelo biopsicosocial (Engel, 1977). Este autor creía que en la salud estaban presentes factores biológicos, psicológicos y sociales, y que había que tener en cuenta todos ellos para abordar la salud de forma integral. Este planteamiento supuso un cambio sustancial en el acercamiento que se hacía de la salud y de sus procesos.

El modelo biopsicosocial es, según Sparry “una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo” (Juárez, 2011).

De hecho, y sin negar las aportaciones de la corriente biomédica, Engel hizo una serie de cuestionamientos a su base teórica, entre los que se encontraban la falta de relación directa entre la alteración bioquímica y la presencia de enfermedad; la diversidad sintomatológica ante una misma anomalía biológica; el impacto de las variables psicosociales en el diagnóstico y curso de la enfermedad; y, por último, el impacto de la relación profesional/paciente en el resultado terapéutico (Borrell, 2002). En la Tabla 1 se señalan las características fundamentales de este modelo de atención a la salud, basado en la integración de lo físico, lo psicológico y lo social; en

el conocimiento profundo de la realidad de la persona como base para la sanación y el cuidado; y de una nueva forma de hacer de los profesionales sanitarios, más basada en el acuerdo dialogado.

Tabla 1

Elementos fundamentales que caracterizan la perspectiva biopsicosocial

1. Estimula a un conocimiento más integral del paciente y su entorno.
 2. Integra los hallazgos en las tres esferas: biológica, psicológica y social.
 3. Reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos.
 4. Optimiza el trabajo en equipo.
 5. Incorpora al profesional de salud como una pieza más del sistema que también debe ser cuidada
-

Nota. Elaboración propia a partir de Borrell (2002, p. 178)

Tras el diseño y definición de este modelo de salud, han aparecido otros que, basados en los principios que desarrolla el modelo biopsicosocial, profundizan en algunos elementos ((Juárez, 2011). Así, el modelo salutogénico incorpora la resiliencia, la comprensibilidad y la autogestión comunitaria (Flensborg-Madsen et al., 2005); el modelo de salud positiva pone el acento en el bienestar, la felicidad y la esperanza (Seligman y Peterson, 2003); el modelo holista de salud se centra en la capacidad personal para alcanzar las metas vitales (Nordenfelt, 2006); el modelo de elección personal que fija la mirada sobre las elecciones personales y su efecto sobre los elementos externos (Parish & Van Dusen, 2007); el modelo de salud como bienestar, que se centra en la

consecución del bienestar como indicador de la salud (Kahn & Juster, 2002); el modelo de salud como madurez prioriza los aprendizajes vitales y la adaptación al medio (Vaillant, 2000); el modelo de salud como inteligencia emocional, que da un paso más allá del modelo anterior introduciendo la habilidad para el manejo adaptativo de las emociones (Augusto-Landa, & Montes-Berges, 2009); y, por último, el modelo de salud como resiliencia, que hace referencia a la capacidad del individuo para mantener un buen estado de salud, incluso en las circunstancias más adversas (Sanders, Lim, & Sohn, 2008).

En cualquier caso, el modelo biopsicosocial, desde su visión más abierta, sigue siendo el que mejor define y caracteriza el concepto de salud sobre el que se ha construido este trabajo. Y, concretamente, el que mejor define el concepto de salud mental, que se aborda en el próximo epígrafe.

1.2. Hacia una conceptualización de la salud mental

La salud mental es un aspecto fundamental de la salud y de la vida. La fragilidad de la salud mental mantenida en el tiempo impide el desarrollo natural de la vida, desde el punto de vista que limita la toma de conciencia de uno mismo y del entorno y, por tanto, el compromiso para con la comunidad en la que se cursa el desarrollo. La OMS matiza que la salud mental es más que la ausencia de enfermedades mentales, lo que supone un planteamiento proactivo sobre la promoción de esta cuestión y el empoderamiento de las personas desde la salud mental¹.

¹ En el ámbito de gestión sanitaria de la salud mental, se asimila el concepto “salud mental” con “enfermedad mental”. Los servicios públicos de atención a la salud mental, en realidad lo que atienden es la enfermedad mental cuando ya está presente. Por tanto, no se plantea una prevención para que la salud mental sea salud y no derive en enfermedad, sino que se atiende la enfermedad de forma reactiva y, muy frecuentemente tardía.

En cualquier caso, es necesario delimitar el concepto de salud mental, ya que ha incorporado cambios y elementos significativos durante los últimos siglos y, especialmente durante los últimos 50 años. De hecho, la conceptualización de la salud mental, así como la forma de atenderla han pasado por diferentes etapas a lo largo de la historia.

1.2.1. Nacimiento y desarrollo del concepto de salud mental

Algunos autores aseguran que el nacimiento de la Psiquiatría se produce en el mundo greco-romano (Ackerknecht, 1957). De hecho, algunas de las enfermedades mentales que hoy en día se conocen, se diagnostican y se tratan, habían sido definidas en este momento histórico. Tal es el caso de la frenitis (delirio), manía (episodio maniaco), melancolía (trastorno depresivo), histeria (trastornos somatomorfos o trastornos disociativos) y otras muchas.

Una obra de referencia en lo que es y supone la enfermedad mental es el tratado de Michael Foucault, *Historia de la locura en la época clásica* (1961), que hace una revisión del concepto de locura. Para este autor, la locura y el loco sorprenden, atemorizan, alejan...pero también fascinan y apasionan, por el deseo humano de comprensión de lo desconocido, “porque todas esas figuras absurdas son en realidad, los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico” (Foucault, 1961, p.24). Porque no hay nada más difícil que entender la propia incoherencia y porque la locura no es una cuestión solo de los otros, sino también una cuestión del todo social (Pé, 2015).

Con la aparición de la razón, la locura y el sinsentido se asimilan a la pobreza, a la marginación, a la incapacidad...por lo que el encierro y la reclusión son la única opción social para mantenerlos/nos protegidos. Esta protección es necesaria en la medida en que la locura se manifiesta en la relación, en el encuentro con el otro (Vázquez-Bandín, 2014). Ya no se considera algo inhumano, sino que emerge en el medio social a través de la interacción (Cassaniga y Suso, 2015).

Con el paso de las diferentes corrientes médicas, la presencia de la Psiquiatría se afianza como especialidad, algo a lo que se une el avance de ciertas corrientes de la Psicología, que también genera un cambio en la forma de abordar la salud mental e impacta sobre la línea de estudio de la Psiquiatría. A nivel social seguía existiendo un cierto morbo sobre la enfermedad mental y los individuos afectados, a las que se daba más la consideración de animales que de personas.

No obstante, con la aparición de los modelos de la Psiquiatría de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, hay una clara individualización de la locura y sus diferentes manifestaciones, así como una transformación de los tipos de tratamientos desarrollados en la búsqueda de su mejora. La figura más influyente de esta época, que muchos consideran el primer psiquiatra, es Philippe Pinel. Este fue especialmente innovador en el ámbito asistencial, planteando tratamientos controvertidos y que ponían en tela de juicio los desarrollados hasta el momento (Peset, 2003). Así, eliminar las ataduras, ampliar los pabellones, facilitar la comunicación social, el entretenimiento y la actividad formaban parte de su programa terapéutico (Novella, 2008). Pero además Pinel también reinterpretó el sentido de la enfermedad mental, alejándolo de patrones rígidos e inamovibles y planteando la enfermedad mental como curable. Continuando con los planteamientos de Pinel, Esquirol profundizó en la idea de que la locura fuera aceptada como una enfermedad y sometida, por tanto, a tratamiento sanitario (Comelles, 2007).

En la revisión del concepto de salud mental de la época reciente, se debe señalar que, hasta principios de los años 70, la enfermedad mental fue considerada como una patología individual, que se desarrollaba, bien por causas genéticas, bien por desajustes que el propio individuo tenía en su adaptación vital, (Cassaniga y Suso, 2015). Aunque ha habido avances, “en la realidad cotidiana de las personas, la salud mental continúa siendo abordada desde un modelo, sino exclusivo, sí al

menos prioritariamente médico y farmacológico anclado en el neokraepelianismo” (Correa-Urquiza & Píe, 2017, p. 111). Se sigue priorizando la mirada sobre

1.2.2. El impacto social sobre la salud mental

En 1974, gracias a las aportaciones de Marc Lalonde, se empiezan a tener en cuenta los diferentes estilos de vida en el desarrollo de la salud. Pero, aun así, se sigue partiendo de un modelo individualista y que pone el foco de la salud mental en la persona: si tiene una enfermedad mental es, bien porque se está condicionado genéticamente a ello, bien porque el estilo de vida no es saludable (Aguirre, 2011). Hasta este momento, en ningún caso se plantea el impacto que determinados elementos vinculados al ámbito social tienen en la salud mental de la población.

Esta responsabilidad individual sobre la salud mental se empieza a cuestionar a partir de los años noventa con la aparición del modelo socioeconómico de la salud de Dahlgren y Whitehead (Figura 2). Este modelo permitió una mayor comprensión de los 5 diferentes niveles que influyen en la salud mental y, sobre todo, de la relación entre ellos. En el primer nivel se encuentran factores biológicos o genéticos; en el segundo nivel, los estilos de vida individuales; pero el tercer, cuarto y quinto nivel tienen que ver con elementos que no se habían tenido en cuenta anteriormente: la red social y comunitaria, las condiciones de vida y de trabajo, o el contexto socioeconómico, cultural y medioambiental. En este momento, se empieza a entender que la responsabilidad individual no es tan individual, y que la presencia de enfermedades mentales tiene un importante componente estructural. De hecho, no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de escoger comportamientos o estilos de vida que le permitan un desarrollo saludable (Borrel & Artazcoz, 2008).

Figura 2

Modelo de determinantes de la salud



Nota. Fuente Dahlgren & Whitehead (1991)

En el año 2013, la OMS definió la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona desarrolla sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2013, p. 5). A la vista de esta definición, la salud mental es algo más que la ausencia de enfermedad mental y está formada por diferentes elementos sobre los que se puede reflexionar (Oliveros, 2021).

1. Un estado. Esto supone un ajuste a la realidad subjetiva de la persona (en base a su vínculo social y los recursos con los que puede contar a nivel comunitario) y permanencia en el tiempo (de forma que los desequilibrios emocionales, naturales y por tanto adaptativos, no estarían descritos en esta definición).

2. De bienestar. Basado en los principios de equidad, justicia y libertad, podría interpretarse como la capacidad del entorno para generar y distribuir de forma equitativa, los recursos necesarios y suficientes para la satisfacción de las necesidades.
3. La persona puede desarrollar sus capacidades. Lo que supone una riqueza de experiencias lo suficientemente plurales, que permitan a los individuos tener un espacio de desarrollo en el que sentirse acogidos y útiles, al margen del tipo de capacidades que posean.
4. Capacidad para hacer frente al estrés normal. Se contempla la dicotomía normalidad vs. anormalidad y en cómo influye ésta en el diagnóstico de la salud. El estrés considerado “normal” ha de ser aquel que permite el desarrollo de la vida en circunstancias de cobertura básica de necesidades. En el momento en que existe privación, aislamiento, soledad, falta de acceso a la vivienda o a los recursos sanitarios...ya no se estaría valorando una situación de “normalidad”. Este criterio diagnóstico merece atención y desarrollo porque puede ser una de las causas que expliquen la mayor presencia de enfermedades mentales en los hogares más próximos a los espacios de la exclusión. Y esto es así porque se habla de hogares sometidos a la presencia de factores estresores de forma continuada en el tiempo, lo que cronifica la situación de vulnerabilidad y también la presencia de trastornos de salud mental.
5. Trabajar de forma productiva. Entendiendo este trabajo productivo como una forma de contribución social desde diferentes ámbitos vitales: económico, laboral, político, relacional, etc., y no únicamente una contribución desde el acceso al empleo.
6. Contribución a la comunidad. Este último elemento es, posiblemente, el más significativo de todos, ya que vincula la salud mental del individuo al ámbito relacional: no se puede hablar de salud mental ajustada, cuando no hay un entorno en el que ajustarla.

Revisada y matizada la definición, se puede plantear que la salud mental se entienda como “el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad” (OMS, 2018). Ambos, individuo y comunidad, se vinculan desde una perspectiva amplia: las personas contribuyen a sus comunidades con sus capacidades de forma productiva, mientras que las comunidades proporcionan los espacios y recursos necesarios para el desarrollo de experiencias de interacción social. Personas enfermas generan comunidades enfermas; comunidades enfermas, enferman a sus miembros.

Carles Ariza (2011) hace una revisión sobre la manifestación de la salud mental en el ámbito de las relaciones interpersonales y, por tanto, comunitarias. Según este autor, se podrían señalar con tres diferentes manifestaciones vinculadas a la salud mental:

1. Situaciones de gran sufrimiento o pesar para las personas. Momentos vitales en los que las personas están sometidas a una alta intensidad de estrés y no encuentran en su entorno, los recursos o apoyos necesarios para su gestión. Se estaría hablando de personas en situación de riesgo psicosocial, que se define como “la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental” (OMS, 2016: p. 2).
2. Situaciones vinculadas con trastornos mentales leves. Patologías mentales iniciales o leves que cursan con sintomatología de baja/media intensidad y que permiten mantener las actividades básicas de la vida diaria con una dificultad baja o media (trastornos leves de ansiedad, trastorno depresivo menor, angustia, etc.).
3. Situaciones vinculadas con trastornos mentales severos. Patologías mentales que, por su gravedad o intensidad, se convierten en enfermedades limitantes y, hasta cierto punto incapacitantes para las personas (trastornos de personalidad, brotes psicóticos, etc.).

La diferenciación que señala Ariza es muy relevante si se quiere entender de forma amplia el impacto de la salud mental en la vida de las personas y, más concretamente, si se quiere proponer alternativas para la población. En el momento en que se contempla este claro impacto de la salud mental sobre las relaciones interpersonales, desde la perspectiva de que afecta a las relaciones que generan las personas y es afectada por ellas, se abre un nuevo campo de desarrollo en el modelo teórico que puede explicar la salud mental y los elementos o factores que la determinan.

Por último, y basada en el análisis de las definiciones que se han presentado en este epígrafe, se ha construido una definición de salud mental que pretende recoger las aportaciones fundamentales de los diferentes autores señalados. Así, se concibe la salud mental como *el equilibrio en las relaciones entre un individuo, su grupo social y su entorno*. En la definición aparecen tres elementos claves:

1. La salud mental se mide en términos de relación, ya que la relación es el objeto en el que se manifiestan las enfermedades mentales. Este planteamiento se aleja, por tanto, de la visión individualista de la salud mental, en el que, bien por causas genéticas, bien por estilos de vida, se genera una enfermedad que impacta en la relación que la personas tiene con los demás. Se plantea que sólo en el espacio de la relación es cómo puede interpretarse la salud y, por tanto, también la enfermedad.
2. La salud mental se mide en términos de relación con un grupo, ya que es con “un otro” (Vázquez, 2014) como se manifiestan las enfermedades mentales. Es necesario, por tanto, hacer una lectura de determinadas conductas desde una perspectiva antropológica y sociológica, donde está muy presente lo social y lo cultural.
3. La salud mental se mide en términos de relación con el entorno, ya que es el entorno (físico, político, económico, social, etc.) el contexto en el que se generan las relaciones. Y, en este

sentido, se plantea que no únicamente debe señalarse lo relacional, sino que partir de un macro contexto, que marca el estilo de relaciones económicas y también políticas que impactan sobre lo social.

En este sentido, hace ya varias décadas que se habla de los determinantes sociales de la salud, como aquellos elementos que impactan en el estado de salud de las personas, con la misma fuerza que cuestiones de índole más biologicista.

1.3. Los determinantes sociales de la salud

Como se ha sugerido en los apartados anteriores, a partir de los años 90 ya numerosas investigaciones señalaban el impacto que tienen sobre la salud mental algunos factores correspondientes a la realidad contextual en la que se desarrollaban las personas (la posición social, el género, el lugar de nacimiento, ...). Así, por ejemplo, el *Black Report* (Alleyne, 2000) o el *Whitehall Study* (Marmot et al. 1991), ambos contextualizados en Reino Unido, mostraban cómo las personas con ingresos bajos o categorías laborales inferiores tenían peor estado de salud, que las personas con rentas más altas o mayor categoría laboral.

Con el objetivo de profundizar sobre aquellos elementos que, sin ser biológicos o sanitarios, sí tenían impacto sobre el estado de salud, la Organización Mundial de la Salud crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Su primer trabajo es la creación de un informe donde se identifican diez determinantes sociales de la salud, entre los que se encuentran la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación y el transporte (WHO, 2009; Fiorati & Carril Elui, 2015).

Continuando el proceso de desarrollo de este modelo, Marmot en un primer momento (2004) y Marmot et al., posteriormente (2010), analizaron el gradiente social de la salud, por el que la salud empeora en la medida en que empeora la clase social, es decir en la medida en que empeora la inclusión social de los individuos. En este momento, a Marmot se le atribuye la frase “*si los mayores determinantes de la salud son sociales, así deben ser sus remedios...*”. Quizás sea una leyenda y Marmot nunca verbalizara semejante máxima, pero, de haberlo hecho, tiene mucho sentido: la respuesta a un conjunto de factores sociales, debería ser un conjunto de medidas sociales. En este momento, ya se intuía que poco se podría hacer por la salud mental de la población sin tener en cuenta los factores estructurales que la afectan. También Whitehead y Dahlgren (2006) ponen el foco sobre esta cuestión, poniendo el acento en el concepto de equidad en el ámbito de la salud. Equidad entendida como la situación en la que “todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales” (Whitehead & Dahlgren, 2006, p. 16).

Estos autores señalan que las medidas necesarias para fomentar la equidad social deben contemplarse desde dos perspectivas: en primer lugar, desde la creación de oportunidades para facilitar el acceso a la salud; en segundo, desde la eliminación de barreras que dificulten el mismo. Para ello, se plantean tres alternativas de acción:

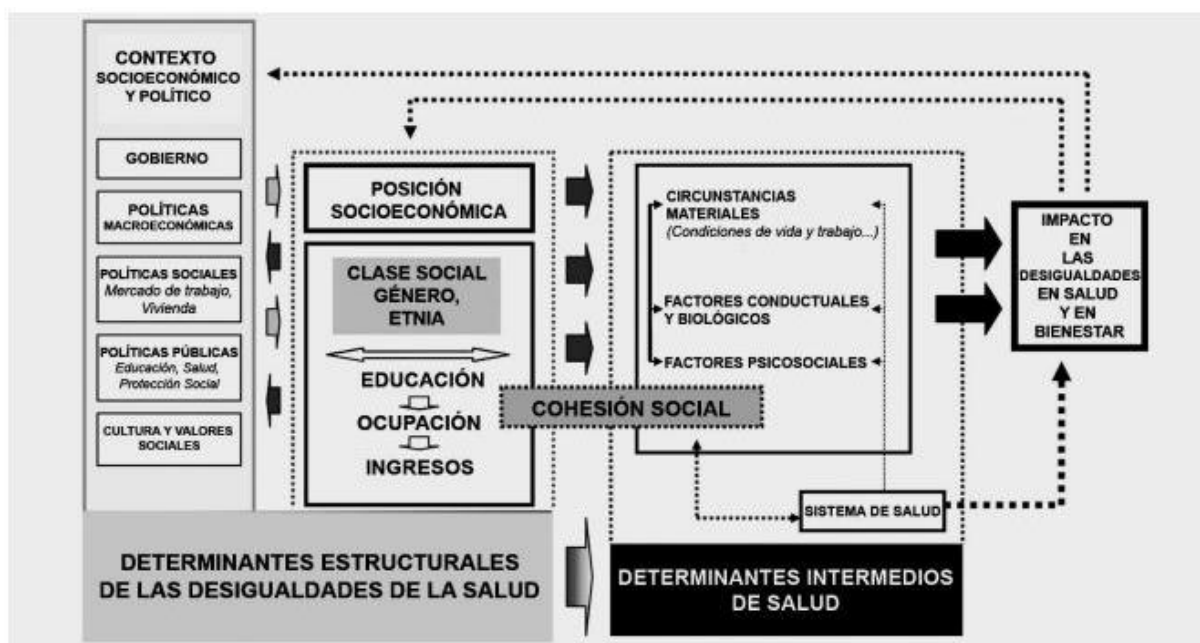
1. La distribución equitativa de los recursos necesarios para garantizar un estado de salud óptimo;
2. El acceso equitativo y en igualdad de condiciones a las oportunidades disponibles;
3. La prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas.

En el año 2008, la OMS definió los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto

más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidianas” (WHO, 2009). En la Figura 3 aparece desarrollado este modelo con los dos boques que los configuran: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios.

Figura 3

Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de determinantes sociales de la OMS.



Nota. Fuente Solar O, Irwin A

El modelo señala dos espacios destacados que permiten definir qué elementos sociales son determinantes para la salud y qué interrelaciones se generan entre ellos.

El primer espacio, de nivel más macro, tiene que ver con la estructura social que permite las desigualdades en la salud. Dentro de este espacio, en un primer subgrupo, se accedería al contexto socioeconómico y político, en el que se encuentran el estilo de Gobierno y sus principios

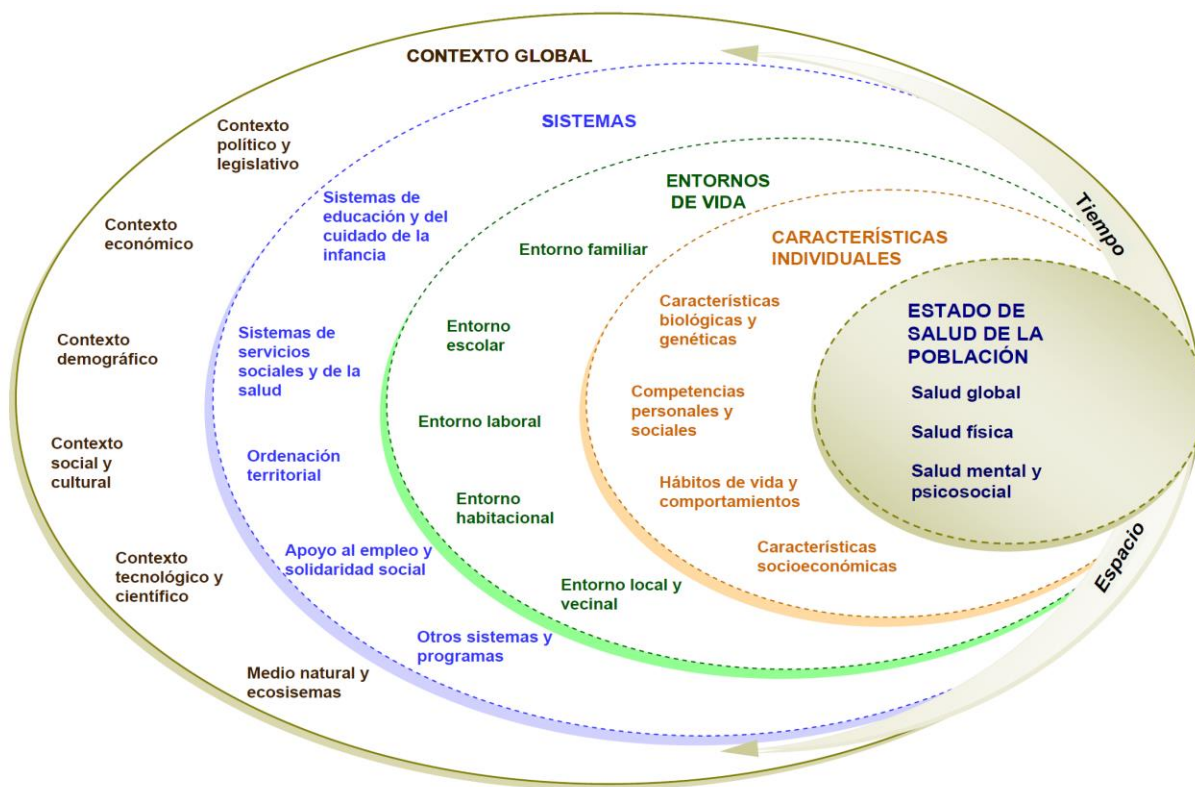
rectores; las políticas macroeconómicas, que marcan no sólo el desarrollo del sistema productivo, sino el gasto e inversión social; las políticas sociales que se desarrollan en el ámbito del empleo y la vivienda; las políticas públicas, que se desarrollan en el ámbito de la educación, la salud y la protección social, y, por último, la cultura y los valores sociales. En un segundo subgrupo aparecen señaladas las cuestiones relativas a la posición socioeconómica, donde aparecen señalados elementos como la clase social, el género o la etnia, además de elementos como el nivel de estudios, el tipo de ocupación o el nivel de ingresos percibido por este empleo.

El segundo espacio, de nivel intermedio, tiene que ver con los elementos que modulan la cohesión social y que permiten o impiden el acceso de determinados ciudadanos a determinados servicios. Aparecen entonces las condiciones de vida, dependientes del empleo y los ingresos y muy vinculados a las situaciones de carencia. También se tiene en cuenta los factores biológicos (que hacen referencia, no sólo a la herencia genética, sino a la herencia social: cobertura de los primeros años de vida, entorno de desarrollo, etc.) y conductuales (que tiene que ver con el estilo de vida que pueden desarrollar las personas). Y, por último, factores de carácter psicosocial, que son el motivo de esta investigación.

Emond et al. (2010) profundizan en esta definición de los determinantes sociales de la salud, incorporando elementos que se intuyen en el desarrollo del cuadro inicial, pero que se concretan y detallan en su interpretación. Enmarcan este desarrollo, además, en el tiempo y en diferentes espacios. Resulta especialmente interesante que ahonden en los elementos que están presentes en el contexto global, en los diferentes sistemas, en los entornos de vida y en las características individuales. La Figura 4 muestra su propuesta de cuadro conceptual de la salud y sus determinantes.

Figura 4

Cuadro conceptual de la salud y sus factores determinantes.



Nota. Fuente *Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* (2010).

Todos estos determinantes tienen un impacto en las desigualdades en salud y bienestar de la población, así como en la cohesión social y el sistema de salud. La OMS apunta que aquellas sociedades con niveles de cohesión social más altos resultan más saludables para las personas que las integran, obteniendo, por ejemplo, unos índices de mortalidad menores (Organización Panamericana de la salud, 2012). La relación entre los conceptos de desigualdad y cohesión social toma forma desde el momento en que son aquellas sociedades con niveles inferiores de desigualdad las que tienden a acercarse a este objetivo de cohesión con más intensidad.

Actualmente, la evidencia sobre el impacto de los determinantes sociales en la salud es tan grande que se los considera como un factor de riesgo de mortalidad de igual o mayor relevancia que el tabaco, la obesidad, la tuberculosis o el alcohol (Domínguez & Soto, 2016; Reno & Hyder, 2018; Alves et al., 2020).

Con el objetivo de paliar esta desigualdad de la estructura del sistema de salud y para eliminar esas inequidades, desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población, se plantearon una serie de recomendaciones: mejorar las condiciones de vida de la población; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (WHO, 2009).

En lo que tiene que ver con la salud mental, tradicionalmente la psiquiatría le ha dado más importancia al nivel individual y de los estilos de vida, que a estos factores sociales. Pero es necesario detallar que ambas cuestiones, que pueden intensificar la presencia de enfermedades mentales, tienen que contemplarse bajo esta perspectiva de interrelación, que permite propuestas preventivas mucho más eficaces. A este respecto, Compton & Shim (2015) señalan la trascendencia que nueve factores tienen sobre el desarrollo de enfermedades mentales: la discriminación racial y la exclusión social; las experiencias adversas en las primeras etapas de vida; la educación precaria; el desempleo, empleo precario e inseguridad laboral; la pobreza, desigualdad de ingresos, barrios marginales; el acceso precario a una nutrición saludable; el acceso precario a vivienda adecuada; las características adversas del entorno; el acceso pobre al sistema de salud (p. 420).

Es por ello por lo que la propia OMS señala como improbables las mejoras en salud mental, sin una política pública que mantenga una mirada horizontal hacia los ámbitos centrales de la vida en sociedad: educación, empleo y/u ocupación, servicios sociales, justicia y derechos humanos, vivienda y medio ambiente (Miranda-Ruche, 2018).

CAPÍTULO 2:
EN TORNO AL PARADIGMA DE
EXCLUSIÓN SOCIAL

CAPÍTULO 2:

EN TORNO AL PARADIGMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL

“El origen de los procesos de exclusión social, (...), deben entenderse a partir de la articulación de dos lógicas diferenciadas. Por un lado, la lógica del capitalismo (...)Por otro lado, la lógica de la democracia” (Laparra, 1997, pp. 3).

2.1. Conceptualización de la exclusión social

El análisis de la exclusión social ha estado tradicionalmente unido al de la pobreza y la desigualdad (Subirats, 2004).

Los Programas Europeos de Lucha Contra la Pobreza (1984) definen la pobreza como “La situación de personas, familias y grupos cuyos recursos económicos, sociales y culturales son tan limitados que les excluyen del modo de vida que se considera aceptable en la sociedad en que viven” (Fresno, 2007). Esto implica que la pobreza asume la figura de carencia material, pero también distribuye a las personas en base a su capacidad para el acceso al consumo, dejando a ciertos grupos poblacionales fuera de lo aceptable a nivel de sociedad.

La pobreza, entendida como esa ausencia de los ingresos necesarios para cubrir las necesidades básicas de las personas, ha adoptado una forma de medirse en base a niveles de renta. Así, el indicador configurado como umbral de la pobreza determina si una persona se encuentra en situación adecuada para cubrir sus necesidades o no. Es este umbral el que permite hablar de personas pobres o personas no pobres.

No es un término desajustado, por más que resulte un tanto simplista: en el desarrollo de las personas y su búsqueda del bienestar, según se ha mostrado en el capítulo anterior, es necesario cubrir necesidades básicas y la ausencia de esta cobertura, enferma. Pero otros elementos (como

el empleo de calidad, las relaciones sociales, el papel de la ayuda mutua, el alcance de los estudios o la seguridad en la vivienda) son elementos igualmente importantes para preservar la salud. Y algunos de ellos, sólo se encuentran determinados por el nivel de renta de forma superficial.

A nivel social, el análisis de la pobreza no puede hacerse únicamente desde una perspectiva individual, ya que la pobreza poco tiene que ver con la insuficiencia de los recursos: la pobreza tiene su origen en la desigualdad, se enraíza en aquellas situaciones y estructuras que no actúan para compensar la desigualdad de partida, ni para compensar el aumento de esta a lo largo de las generaciones.

En cualquier caso, y sin negar el evidente impacto que tiene la pobreza (entendida desde una perspectiva económica) en las situaciones de exclusión, este trabajo pretende fijar la mirada en una conceptualización más amplia de la misma.

El concepto de exclusión empieza a utilizarse en Francia durante los años 70, aunque en un primer momento estaba exclusivamente vinculado al ámbito del desempleo y a la dificultad en las relaciones sociales. En los años siguientes se avanza en su desarrollo, pero fue hasta el año 2000 cuando empieza a utilizarse desde una perspectiva europea, cuyas iniciativas para paliarla estaban caracterizadas por cuatro elementos (Brugué et al., 2002):

- El desarrollo de iniciativas concretas, no legisladas;
- El principio de subsidiariedad, por el que debería ser cada país miembro quien se encargase de dar respuesta específica a la exclusión social de su territorio;
- El partir de la pobreza económica como criterio de partida de las medidas;
- Desplazar la exclusión en el empleo hacia otras agendas sociales.

También en España, hay un movimiento que traslada la mirada desde la pobreza hasta la exclusión social y que responde a tres cambios generados en el sistema productivo y social que

constituyen el pilar sobre el que se asientan los nuevos modos y formas de exclusión (Subirats et al., 2004):

1. La fragmentación social. Elementos como el envejecimiento de la población, políticas migratorias más centradas en las restricciones que en la inclusión, los importantes cambios en la estructura familiar, etc. dejan un panorama social especialmente fragmentado.
2. El impacto que el nuevo modo de entender la economía ha tenido sobre los sistemas productivos y el empleo. Generando trayectorias laborales más complejas y menos lineales, que afectan especialmente a algunos colectivos (migrantes, jóvenes, mujeres...).
3. La precariedad laboral, que marca una nueva distancia entre los trabajadores, convirtiéndoles en trabajadores de primera o de segunda, dependiendo de las condiciones laborales en las que se encuentren.

La idea que surge de esta revisión es que “no todos los modelos de sociedad tienen la misma capacidad integradora” (Laparra et al., 2007, pp.19) y que este tipo de sociedad es claramente excluyente (Aguilar, 1993).

A partir del año 2000 empiezan a desarrollarse trabajos simultáneos que pretenden definir y contextualizar la exclusión social en España (Brugué et al., 2002; Pérez-Erasmus, 2003; Pérez et al., 2004). Elementos en común de todos ellos son la clara intencionalidad de superar el concepto de pobreza, perfilando factores no relacionados con el ámbito económico; el uso de múltiples dimensiones explicativas para definir el fenómeno; la definición del fenómeno como fruto de la estructura social existente, en la que existe un cuerpo central y grupos de personas que son empujados hacia los márgenes; y la necesidad de combatirlo desde unas políticas públicas multinivel.

Para la conceptualización de la exclusión social, se toma de referencia la definición de Brugué et al. (2002) que la definen como un “fenómeno cambiante, relacional, insertado en el marco de las transformaciones hacia sociedades postindustriales y susceptible de mediaciones políticas colectivas” (pp. 13).

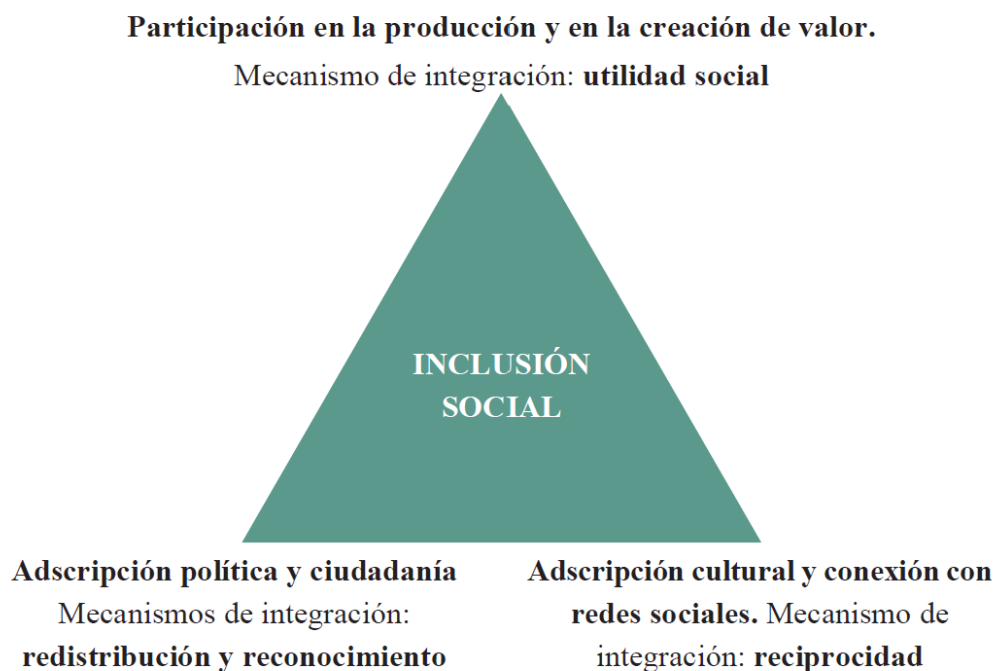
Con el uso del término exclusión social, se ponen en valor las tres características que definen este concepto: su carácter estructural, la multidimensionalidad y su naturaleza procesual (Laparra et al., 2007).

1. *La exclusión social como fenómeno estructural.* La exclusión social se define desde una perspectiva estructural, restando importancia a causas de carácter individual o coyuntural. Desde el punto de vista de que este fenómeno supone que “algunas personas, en determinados momentos, no participen en el intercambio económico y social, en la construcción en común de la sociedad” (Fresno, J.M., 2007, p. 92) es la capacidad integradora de la sociedad la que se pone en tela de juicio. Según Laparra et al. (2007), aspectos que afectan a la capacidad integradora de la sociedad son los que tienen que ver con las transformaciones producidas en el mercado laboral, la incorporación de nuevas formas de convivencia, los límites en la acción del estado de bienestar o el impacto de los movimientos migratorios.
2. *La exclusión social como fenómeno multidimensional.* Son múltiples las dimensiones que se ven afectadas por la exclusión, lo que marca la diferencia en su relación con la pobreza. Esta idea ya venía reflejada por Subirats (2004), que señalaba la existencia de numerosas dimensiones que estructuró en tres ejes cuya cobertura era necesaria para alcanzar la inclusión social. Cada uno de estos ejes se configura sobre un elemento central y propone un mecanismo de integración distinto. Según puede observarse en la Figura 5, el primer

elemento es la participación en la producción, cuyo mecanismo de integración es la utilidad social. El segundo elemento es la adscripción política y ciudadanía y el mecanismo de integración es la redistribución y el reconocimiento. Por último, el tercer elemento es la descripción cultural y conexión con las redes sociales y su mecanismo de integración es la reciprocidad. Solo desde una integración de estos 3 ejes, señala este autor, pueden darse procesos de inclusión integrales y que tengan en cuenta las circunstancias de la vida de las personas desde todos sus enfoques.

Figura 5

Los pilares de la exclusión social



Nota. Fuente Subirats (2004)

3. *La exclusión social como fenómeno procesual, relativo en el espacio y el tiempo.* Esto supone entender la exclusión no como un fenómeno estático, sino como un proceso de alejamiento de las personas del centro de la sociedad. Un proceso que se produce de forma brusca o pausada, en el que las circunstancias propias de la estructura social tienen gran impacto y que está muy contextualizado en el momento y lugar en el que se genera. En este sentido, la fractura social generada por las desigualdades en el acceso a bienes y servicios está en la base de esta idea.

En el análisis de los procesos de exclusión, entendidos desde sus diferentes dimensiones como el alejamiento del centro de los procesos de relación natural, hay una cuestión que despierta gran interés para el diseño de políticas inclusivas y que es el factor subjetivo de la exclusión. Y esto es así porque en la definición de las situaciones de exclusión hay una serie de factores comunes, pero hay una serie de factores específicos y propios de cada persona/hogar/situación (Sarasa y Sales, 2007). Y, para conocer en profundidad estos factores específicos es necesario adentrarse en el conocimiento de las situaciones de exclusión desde el “ciclo vital” de las personas, entendido como “la secuencia de acontecimientos que han sucedido a lo largo de la vida del individuo y que constituyen su biografía” (pp.12). Explican esta cuestión de una forma muy gráfica, de manera que se entiende perfectamente el concepto de *secuencialidad* de sucesos y su impacto en la intensidad de la vivencia de la situación:

Cada acontecimiento seleccionado (por ejemplo, la pérdida del puesto de trabajo) sitúa al individuo en un nuevo estado (desempleado) que comporta un nuevo rol social (rol de persona enferma si la pérdida ha sido el resultado de una incapacidad, de persona

desempleada si está buscando trabajo o de ama de casa si se trata de una mujer que se ha retirado de forma voluntaria para hacerse cargo de su familia (p. 13).

Y, pese a todo, los últimos años han estado marcados por el diseño de unas políticas públicas de corte conservador, que no han sabido dar una respuesta ágil a todos estos procesos cambiantes, y que no han posibilitado la creación de caminos estructurales alternativos, que faciliten la inclusión para el conjunto de la ciudadanía.

2.2. Formas de medir la exclusión: el indicador AROPE y el Índice Sintético de Exclusión Social (ISES)

Actualmente, en España tenemos dos formas diferentes de medir la exclusión: el indicador AROPE y el ISES o Índice Sintético de Exclusión Social. Cada uno de ellos pone el acento en cuestiones diferenciadas, por lo que son complementarios, pero no comparables.

A continuación, se detallará el funcionamiento de cada uno de estos indicadores.

2.2.1. El indicador AROPE

El indicador AROPE (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*) es una medida diseñada por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN). En España lleva midiéndose desde 2008, con motivo de la crisis económica y la Gran Recesión, con una frecuencia anual. Fruto de estas mediciones se ha podido analizar el efecto de la estructura social y las diferentes crisis coyunturales vividas, casi desde el inicio del siglo XXI.

El indicador AROPE se nutre de tres subindicadores que miden el riesgo de pobreza, la privación material severa y la baja intensidad de trabajo en el hogar, respectivamente. Las mediciones se hacen en base a los hogares y se considera que una persona se encuentra en una situación AROPE si cumple, al menos, uno de los tres indicadores que lo forman.

-
- Subindicador 1: Riesgo de pobreza. Un hogar está bajo el umbral de la pobreza si sus ingresos son inferiores al 60% de la mediana de renta neta disponible, por unidad de consumo. Se trata de una medida que se va actualizando anualmente, según se modifica la renta de la población.
 - Subindicador 2: Privación material severa. Un hogar en situación de privación material severa es aquel en el que no se puede acceder, al menos a cuatro de los siguientes conceptos, según señala el Instituto Nacional de Estadística (s.f.): no puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año; no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días; no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada; no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros); ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses; no puede permitirse disponer de un automóvil; no puede permitirse disponer de teléfono; no puede permitirse disponer de un televisor; no puede permitirse disponer de una lavadora.
 - Subindicador 3: Baja intensidad de empleo. Se trata de aquellos hogares en los que sus miembros en edad activa y con capacidad de trabajar lo hicieron tan sólo un 20% del total en el año. Para calcular este porcentaje, “se calcula el número de meses en que los miembros del hogar han estado trabajando durante el año de referencia frente al total de meses en que podrían haber trabajado. Se determina si esta ratio es inferior al 20%” (I.N.E., s.f.).

Aunque el indicador AROPE es uno de los más utilizados para el análisis de la exclusión social en España, hay algunos elementos que generan dudas sobre su capacidad de medir la misma desde una perspectiva multidimensional. Laparra et al. (2021) señalan, por ejemplo, sus

dificultades para medir más dimensiones de la exclusión que la puramente económica. Señalan, además, que integra indicadores con alta presencia en la población (como puede ser el de pobreza relativa), con otros muy poco representados y/o casi residuales en una sociedad como la española (como el que hace referencia a la ausencia de ciertas comodidades).

2.2.2. El índice sintético de exclusión social

El Índice Sintético de Exclusión Social o ISES es una medida construida por la Fundación FOESSA en 2008 y basada en un sistema de 35 indicadores, que están vinculados a tres ejes y a un total de 8 dimensiones. En la Tabla 2 que se incorpora a continuación, se señalan los ejes, las dimensiones y los indicadores².

² El ISES se configuró originariamente con 35 indicadores, repartidos en ocho dimensiones. En la revisión metodológica hecha en 2021, se incorporaron dos nuevos indicadores, por lo que actualmente está configurado por 37 indicadores, aunque se mantienen las ocho dimensiones originales.

Tabla 2*ISES: Ejes, dimensiones e indicadores*

Eje	Dimensión	Indicador
Económico	Participación en la producción	Hogares con sustentador principal en paro desde hace un año o más
		Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo de exclusión
Económico	Participación en el consumo	Hogares cuyo sustentador principal tiene un empleo irregular
		Hogares sin ocupados, ni pensionistas contributivos, ni de baja, ni con prestaciones contributivas por desempleo del INEM
		Hogares con personas en paro y sin haber recibido formación ocupacional en el último año
		Hogares con todos los activos en paro
		Hogar cuya persona sustentadora principal está activa, en inestabilidad laboral grave (≥ 3 contratos o ≥ 3 empresas o ≥ 3 meses en desempleo)
		Pobreza extrema: Ingresos inferiores al 30% de la renta familiar mediana equivalente
Político	Participación política	Hogares que no cuentan con algún bien considerado básico por más del 95% de la sociedad (agua corriente, agua caliente, electricidad, evacuación de aguas residuales, baño completo, cocina, lavadora, frigorífico)
		Hogar con acumulación de deudas: con retrasos en los pagos de suministros, vivienda, pagos a la administración o préstamos, que no podrán ponerse al día fácilmente
	Educación	Derecho de elegir a tus representantes políticos y a ser elegido: hogares con alguna persona de 18 o más años, de nacionalidad extracomunitaria
		Capacidad efectiva de ser considerado y de influir en el proceso de toma de decisiones colectivas: no participan en las elecciones por falta de interés y no son miembros de ninguna entidad ciudadana
Político	Educación	Hogares con menores de 3 a 15 no escolarizados
		Hogares en los que nadie de 16 a 64 años tiene estudios
Político	Educación	Hogares con alguna persona de 65 o más que no sabe leer y escribir

Vivienda	<p>Infravivienda: chabola, bajera, barracón, prefabricado o similar</p> <p>Deficiencias graves en la construcción, ruina, etc.</p> <p>Humedades, suciedad y olores (insalubridad)</p> <p>Hacinamiento grave (< 15 m /persona)</p> <p>Tenencia en precario (facilitada gratuitamente por otras personas o instituciones, realquilada, ocupada ilegalmente)</p> <p>Entorno muy degradado</p> <p>Barreras arquitectónicas con discapacitados físicos en el hogar</p> <p>Gastos excesivos de la vivienda (ingresos - gastos vivienda < umbral pobreza extrema)</p>	
Salud	<p>Alguien sin cobertura sanitaria</p> <p>Han pasado hambre en los 10 últimos años con frecuencia o la están pasado ahora</p> <p>Todos los adultos con minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que les generan limitaciones para las actividades de la vida diaria</p> <p>Hogares con personas dependientes (que necesitan ayuda o cuidados de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria) y que no la reciben</p> <p>Hogares con enfermos, que no han usado los servicios sanitarios en un año</p> <p>Hogares que han dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos</p>	
Social-Relacional	Conflicto social	<p>Alguien en el hogar ha recibido o recibe malos tratos físicos o psicológicos en los últimos 10 años</p> <p>Hogares con relaciones muy malas, malas o más bien malas</p> <p>Hogares con personas que tienen o han tenido en los 10 últimos años problemas con el alcohol, con otras drogas o con el juego</p> <p>Alguien ha sido o está a punto de ser madre adolescente sin pareja</p> <p>Hogares con personas que tienen o han tenido en los 10 últimos años problemas con la justicia (antecedentes penales)</p>

Aislamiento social	Personas sin relaciones en el hogar y que no cuentan con ningún apoyo para situaciones de enfermedad o de dificultad
	Hogares con malas o muy malas relaciones con los vecinos
	Hogares con personas en instituciones: hospitales y pisos psiquiátricos, centros de drogodependencias, de menores, penitenciarios, para transeúntes o mujeres

Nota. Elaboración propia a partir de Laparra et al. (2007)

En la base del diseño del índice conformado por 35 indicadores se encontró una de las características de la exclusión social: su multidimensionalidad. Cada uno de los indicadores que forman el ISES supone un problema carencial que, en sí mismo, marcaría una situación de exclusión extrema y que, por tanto, está infrarrepresentado en la población española (Laparra & Pérez, 2008).

La medida del ISES en la media de la población española se encuentra en 1, por lo que en la medición de la exclusión social se configuraron cuatro categorías en las que ubicar a los hogares y personas en base al número de indicadores afectados. De nuevo el planteamiento que subyace a la existencia de estas cuatro categorías de integración/exclusión es el que define la exclusión como un alejamiento progresivo de la integración plena, que puede acabar en la exclusión severa, situación que asume un mayor número de problemáticas de intensidad más alta (Laparra et al., 2021).

Las puntuaciones del ISES derivan a los hogares a una de las cuatro categorías definidas, manteniendo la idea de proceso y de alejamiento del centro de la sociedad. Se encuentran en un estado de *integración plena* aquellos hogares cuya puntuación del ISES es igual a 0. Teniendo en cuenta que, los indicadores valorados tienen una cierta gravedad, se considera entonces que las puntuaciones $0 \leq \text{ISES} \leq 2$ hacen referencia a personas o familias que, si bien teniendo alguna dificultad, pueden considerarse en integración; esta categoría recibe el nombre de *integración precaria*. Se entiende que una puntuación del ISES ≥ 2 refiere a una situación de *exclusión moderada*, mientras que una puntuación ISES ≥ 4 refiere a una situación de *exclusión severa*.

Aunque en 2021 se ha hecho una revisión completa del sistema de indicadores, añadiendo dos más y reajustando las bases de datos previas para tenerlos en cuenta, los autores señalan que el sistema de indicadores que sustenta la construcción del índice funciona y permiten clasificar de

forma clara las distintas situaciones sociales por las que puede pasar una persona (Laparra et al, 2021). Consideran, además, que su carácter multidimensional permite esta categorización con más solidez que los análisis objetivos que parten de indicadores económicos y que los análisis subjetivos.

2.3. Una mirada a la exclusión social en España: cambios estructurales desde la Gran Recesión.

Desde el inicio de la crisis en 2008, el número de hogares que se encuentran en situación de exclusión social en España ha experimentado un incremento considerable, reduciéndose estas tasas en los periodos de bonanza económica, pero manteniendo una tendencia al alza cada vez que algún evento desestabiliza la economía. Así lo muestran diferentes investigaciones, que han constatado la pérdida del bienestar social en estos últimos años (Lorenzo, 2014; Fernández Maíllo, 2018; Ayala et al., 2022).

En este sentido, y vinculados con el funcionamiento de la estructura social, se presentan una serie de elementos que aparecen en el contexto de la gran recesión y que, por su calado, se han mantenido de forma estructural desde entonces:

- La desigualdad en el crecimiento de las rentas. En los últimos años se ha producido un incremento significativo de las rentas más altas, mientras simultáneamente se producía un decremento de las rentas más bajas. El indicador S80/S20, que mide esta desigualdad, ha pasado de un valor de 5 puntos a otro de 7 puntos entre 2015 y 2020: se genera un incremento del 38% entre el quintil de rentas más bajas y el quintil de rentas más altas (ECV, s.f.).
- Se incrementa la tasa de desempleo y de desempleo de larga duración, que afecta con más intensidad a los menores de 25 años, a los mayores de 55 años, a las mujeres y a los

sustentadores principales de los hogares. Aún en los momentos de recuperación económica, la tasa de desempleo sigue superando de forma considerable la media europea³, alcanzando una distancia más considerable en los grupos más vulnerables.

- Aparece un nuevo perfil de familias afectadas por situaciones de pobreza: familias con hijos a cargo, especialmente familias monoparentales sostenidas por una mujer⁴. La brecha de género se hace más evidente en más ámbitos de la vida. Se mantienen las dificultades para acceder a empleos de calidad y bien remunerados para las mujeres cuidadoras
- La reducción de la inversión pública ha generado un debilitamiento de los sistemas de protección, incapaces de asumir el incremento de personas y familias necesitadas de apoyo en muchas dimensiones de su vida.

La evidencia demuestra que la desigualdad se ha intensificado en estos últimos 15 años y que las situaciones de exclusión se han extendido, intensificado y cronificado. Se han extendido a un mayor número de hogares y personas de perfiles muy diversos, que ahora viven en situaciones de pobreza y privación. Se han intensificado, afectando a un mayor número de ámbitos del hogar, lo que supone mayores dificultades para alcanzar la integración. Y se han cronificado, de forma que se genera un grupo de personas que se enquistan en las dinámicas de exclusión social y no encuentran las estrategias y/o apoyos necesarios para salir de este espacio.

³ Con datos de diciembre de 2021, la tasa de desempleo de la media de la UE era del 7%, mientras que la tasa española alcanzaba el 13%. En relación con los grupos más vulnerables, mientras que la tasa de desempleo de la UE para menores de 25 años se situaba a finales de 2021 en el 16,6%, la tasa española para este mismo grupo de edad se situaba en el 34,8%.

⁴ En lo que tiene que ver con desempleo y sexo, las mujeres han tenido en 2021 tasas más altas de desempleo que los hombres, alcanzando la brecha entre ambos los 3,6 puntos porcentuales en España y los 0,7 puntos en la UE.

CAPÍTULO 3:

LA RELACIÓN ENTRE EXCLUSIÓN SOCIAL

Y SALUD MENTAL: FACTORES

DETERMINANTES

CAPÍTULO 3:
LA RELACIÓN ENTRE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA SALUD MENTAL:
FACTORES DE RIESGO

“Buena parte de las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, se distribuyen entre la población siguiendo pautas de estratificación social, con independencia de si los indicadores de clase social empleados son la renta disponible, la ocupación profesional o los estudios”. (Sarasa & Sales, 2007, p. 97)

3.1. Introducción

Existe una correlación positiva entre los procesos de exclusión social y la aparición de problemáticas de salud mental: los problemas de salud mental son mayores en la población que se encuentra en situaciones más intensas de exclusión (Van Bergen et al., 2018; Villegas et al., 2020). No obstante, en la relación entre exclusión social y salud mental es difícil establecer una relación de causalidad.

Por una parte, diferentes estudios señalan que las personas con trastornos de salud mental tienen un mayor riesgo de acabar en una situación de exclusión. Uno de los elementos que generan esta relación es el estigma social que sufren los enfermos mentales y que supone un rechazo a nivel laboral y social. El estigma que, aún hoy en día tienen ciertas enfermedades mentales y sus tratamientos terapéuticos, hace que muchas personas con una enfermedad mental acaben viviendo situaciones de exclusión social cronicadas. A este respecto, Duncan (2007) señala cómo, pese a existir un mayor conocimiento y sensibilización sobre estos grupos de personas todavía se mantiene ideas falsas. Y, sobre el constructo de estas ideas desajustadas sobre lo que es la

enfermedad mental y lo que supone la convivencia con ella, surgen actitudes negativas que conllevan procesos de estigmatización y discriminación (Duncan, 2007; Baumann, 2009).

Por otra parte, también se ha podido constatar que las situaciones de exclusión social generan problemáticas de salud mental, por el efecto que la privación tiene en la cronificación de la exclusión. Esta idea está tras la detección de que las enfermedades mentales con más frecuentes en las poblaciones que viven situaciones más intensas de exclusión (Fryers et al., 2003). También Lázaro (2020) plantea que las dificultades en los entornos sociales que se habitan afectan de una forma intensa a la salud mental de los individuos. Flores y Ubritch (2014) señalan que la mayor prevalencia de enfermedades mentales entre las personas que están en situaciones de exclusión puede explicarse “(...) *por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales a la pobreza*” (p. 82).

En esta relación, hay diferentes elementos determinantes, uno de los cuales hace referencia a la pobreza, entendida como ausencia de los recursos materiales suficientes para la cobertura básica de las necesidades que permitan una vida digna y adaptada. También en la relación entre enfermedad mental y pobreza existe un amplio consenso sobre que la pobreza no es únicamente una consecuencia de la enfermedad mental, sino que también es una causa. Por otra parte, los estudios epidemiológicos confirman que hay una estrecha relación entre enfermedad mental y clase social (Cazzaniga y Suso, 2015). La prevalencia de la psicosis, por ejemplo, es más elevada entre los trabajadores manuales. Aunque es discutible que haya una asociación lineal directa entre renta disponible y salud mental, lo cierto es que la pobreza y el bajo estatus socioeducativo vinculado a ella restringen el acceso y el uso de servicios sociosanitarios que pueden actuar de manera preventiva. Estudios longitudinales sobre la prevalencia e incidencia de la depresión muestran que los nuevos casos aparecen con mayor frecuencia en los hogares más pobres, lo que

indica que una parte de esas enfermedades pueden ser el resultado de las tensiones generadas por la privación relativa (Murali y Oyebode, 2004).

En este sentido, Smith (2013) indica un elemento que es de especial trascendencia en esta relación entre salud mental y exclusión social: abordar las brechas entre las personas más integradas y las más excluidas, de forma que los profesionales de la salud mental puedan fortalecer su acción integral sobre estas. No es posible plantear alternativas terapéuticas homogéneas para grupos con experiencias vitales tan distantes y heterogéneas. Porque, obviamente, asociada a la presencia de una enfermedad mental en el hogar se encuentran las alternativas terapéuticas. Una de las más habituales en el caso de los trastornos de salud mental tiene que ver con el consumo de fármacos y las psicoterapias. En este sentido, nos parece pertinente mencionar a Llosa (2017), quien parafraseando a Parker afirma que *“la inmediatez que provee el psicofármaco como herramienta de intervención no la logra la terapia clínica, lo que convierte al fármaco en un elemento perfectamente contextualizado en la sociedad neoliberal”*. Y tiene sentido lo que señala este autor porque en la Encuesta de Salud podemos encontrar mucha información sobre consumo de fármacos y ninguna sobre el uso de la psicoterapia como alternativa real al tratamiento de los trastornos de salud mental. Alternativas ambas que, como veremos a lo largo del trabajo, son difíciles de sostener cuando el hogar está sometido a situaciones de privación y/o de falta de recursos.

En lo referente al consumo de fármacos, la Encuesta de Salud 2017 presenta un análisis de este y hemos seleccionado en la Tabla 3 una muestra de aquellos vinculados a las diferentes enfermedades mentales (tranquilizantes, relajantes e hipnóticos; antidepresivos y estimulantes) por Comunidades Autónomas. Si bien el consumo de los primeros alcanza a un mayor número de individuos que el de los segundos, en ambos casos estamos hablando de un número de personas

importante. Y, como elemento significativo, es necesario señalar que el consumo va precedido en todos los casos del diagnóstico, ya que este tipo de fármacos no están disponibles para el consumo libre en el mercado español.

Tabla 3

Número de personas que consume fármacos vinculados a TSM por CCAA

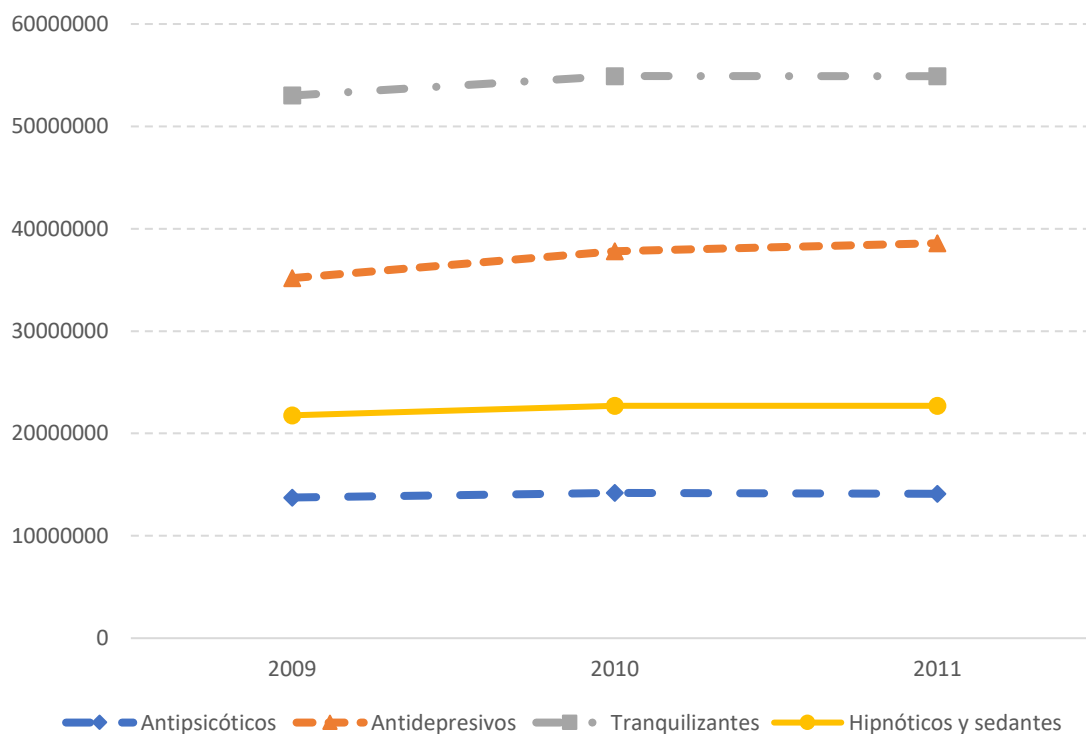
Ámbito	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir		Antidepresivos, estimulantes	
	Recetado	No Recetado	Recetado	No Recetado
Andalucía	1.043,8	37,0	492,2	2,2
Aragón	116,1	3,8	50,7	--
Asturias	141,4	4,3	97,3	--
Baleares	106,1	1,4	43,0	--
Canarias	229,3	0,9	110,7	--
Cantabria	37,3	--	17,9	--
Castilla La Mancha	229,5	10,3	113,8	--
Castilla y León	207,8	2,3	69,2	--
Cataluña	659,4	35,5	302,8	5,3
Comunidad Valenciana	518,8	14,4	182,5	--
Extremadura	79,9	--	38,1	--
Galicia	398,8	0,6	226,1	--
Comunidad de Madrid	513,4	24,7	239,6	--
Región de Murcia	132,7	--	64,3	--
Comunidad Foral de Navarra	80,0	4,2	31,8	1,2
País Vasco	247,2	4,2	75,2	--
La Rioja	26,9	1,4	17,9	--
Estatal	4.779,7	146,2	2.175,5	8,9

Nota. Fuente Encuesta de Salud 2017, INE

Durante los años de la crisis, ya se había puesto en evidencia el incremento del consumo de fármacos para el tratamiento de trastornos mentales. Así, en el periodo entre 2009 y 2011 se disparó el uso de antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos y sedantes. Es significativo el incremento en el consumo de antidepresivos: en 2011 se consumieron 7.410.051 cajas más de antidepresivos que en 2009.

Figura 6

Consumo de psicofármacos durante la crisis económica en España

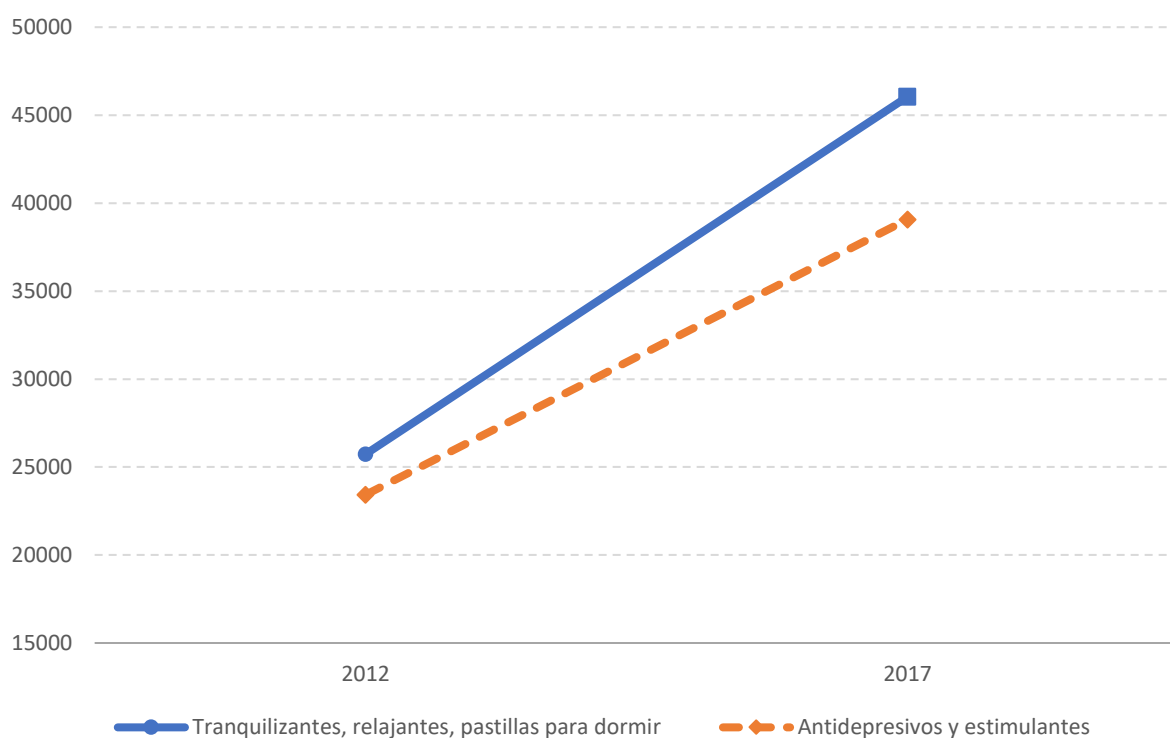


Nota. Elaboración propia a partir de datos de IMS Health

Actualizando estos datos en base a los aportados por la Encuesta Nacional de Salud, podemos ver que esta tendencia al alza se mantiene también en el periodo posterior a la crisis y de supuesta recuperación económica. En la Figura 7, muestra el significativo incremento en el consumo de fármacos relacionados con los trastornos de salud mental en base a la comparación de los datos de la Encuesta Nacional de Salud entre 2012 y 2017. A la vista de los resultados, el consumo de fármacos se ha incrementado, lo que podemos interpretar como una dificultad cada vez mayor de las personas en la gestión de las dificultades propias de la vida cotidiana.

Figura 7

Consumo de fármacos entre 2012 y 2017



Nota. Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Salud

La literatura científica muestra cómo determinados factores tienen un reflejo en la mayor presencia de enfermedades mentales entre las personas en situación de exclusión. A continuación, se revisarán cinco de estos factores, que serán la base de las investigaciones que se presentan en el estudio empírico.

3.2. El empleo y sus dificultades: desempleo y precariedad laboral

La relación entre dificultades en el empleo (precariedad, inseguridad, etc.) y enfermedad mental no es nueva, sino que ha sido ampliamente estudiada (Llosa et al., 2018; Liu et al, 2019; Llosa et al. 2020).

El incremento de la precariedad laboral es una consecuencia de la crisis de 2008 y de la posterior Gran Recesión. Los trabajadores han visto como su papel en la participación en el empleo ha quedado limitado, disminuyendo por tanto sus posibilidades de bienestar. Llosa et al. (2020) ya indican cómo la existencia de un empleo no garantiza ni el bienestar ni una mejor salud mental que la que pueden generar las situaciones de desempleo. Plantean, además, que “si el trabajo ni siquiera sirve para sacar a las familias del riesgo de pobreza, pierde su función de bienestar y cuestiona uno de los pilares fundamentales de las sociedades desarrolladas occidentales” (p.16).

El concepto de empleo digno se relaciona de manera directa con la calidad de vida y el bienestar (Álvaro & Arjona, 2016). Su descenso o déficit ocasiona problemas de salud, de privación, de relaciones, pero también de educación, empleabilidad y desempeño laboral (OCDE, 2015). Los datos indican que las personas que sufren algún problema de salud mental también tienen una baja empleabilidad, lo que puede conducir a un mayor riesgo de pobreza y exclusión social.

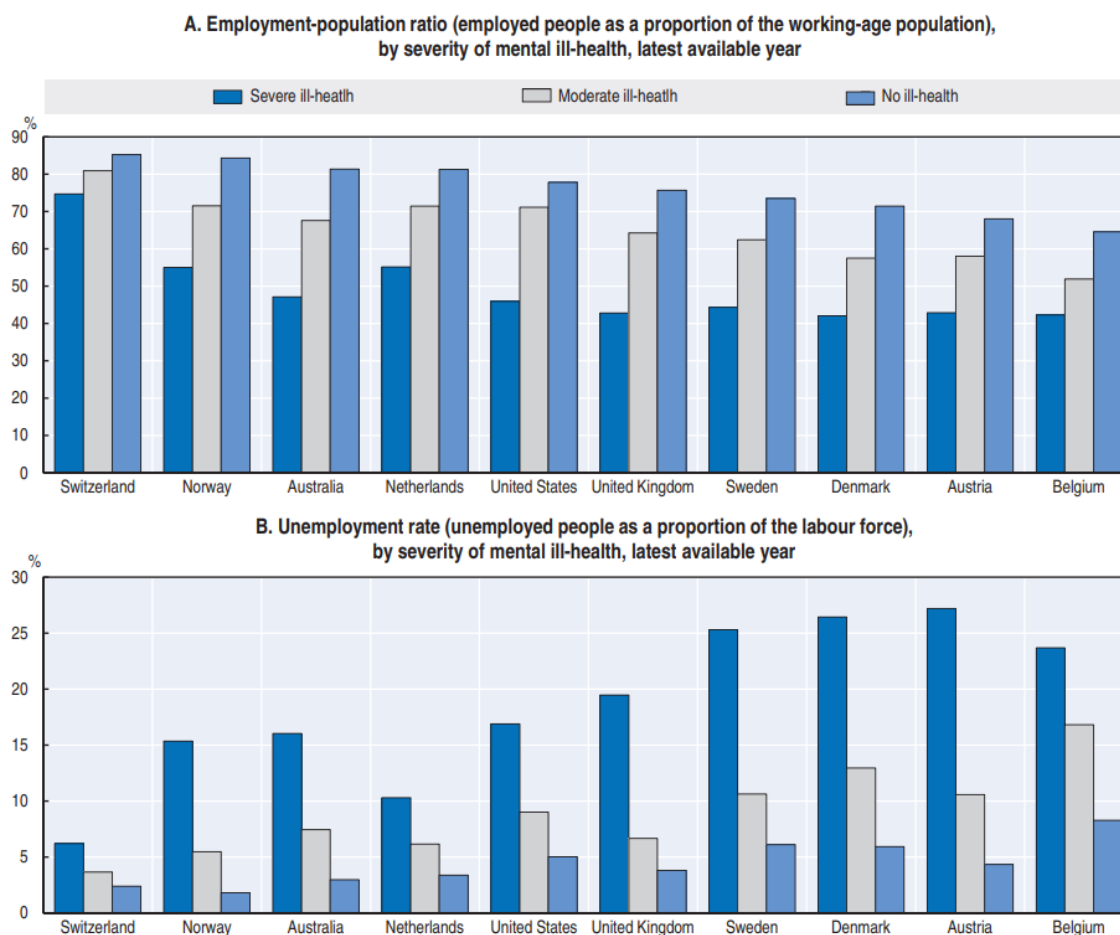
Además, la salud mental es responsable de entre un tercio y la mitad de las incapacidades laborales a largo plazo en los países desarrollados (OCDE, 2012). Aunque existen manuales para diagnosticar o referir los diferentes aspectos médicos de la salud mental, ninguno aborda las

connotaciones sociales y laborales que sufren las personas con problemas en este ámbito. Su visión clínica se queda corta, al igual que muchos de los instrumentos de medida.

Desde el año 2010 se ha experimentado un aumento de la producción científica en cuanto al análisis del impacto sociolaboral de la salud mental (Whitefourd et al., 2010), pero sigue habiendo vacíos de conocimiento en muchos aspectos. El mayor interés por generar conocimiento con relación a esta cuestión puede tener que ver con el alto impacto que está teniendo la salud mental en los costes sociales, donde la prevalencia de trastornos mentales asciende a un 38,2% (Wittchen et al, 2010; Gustavsson et al., 2011; Olesen et al., 2012; Deuschl et al., 2020).

Por otra parte, los problemas de salud mental pueden ser el resultado de un factor de riesgo como pueda ser el desempleo (Olesen et al., 2013). Las ratios de riesgo de problemas de salud mental en personas desempleadas aumentan entre 1,5 a 3,5 veces más que en empleadas, donde a mayor desempleo, mayor es la gravedad del problema (Staiger et al., 2017; Brand et al., 2015).

De acuerdo con los datos de 2012, la proporción de personas con problemas de salud mental con trabajo es mayor que las personas con problemas de salud mental en situaciones de desempleo. Aunque los datos varían en función del país de referencia en Europa, aproximadamente el 50% de las personas que tienen trastornos mentales severos tienen trabajo, dato que se extiende hasta 2021 (OCDE, 2021). Sin embargo, todavía existe un gran número de personas que no pueden encontrar trabajo y que se encuentran en situaciones de desempleo, lo que ahonda con mayor profundidad en los procesos de estigmatización que sufren estas personas, por el hecho de tener una enfermedad mental (Figura 8).

Figura 8*Empleo y desempleo en personas con enfermedad mental*

Nota. Fuente OCDE (2015)

En relación con las condiciones laborales en las que se encuentran estas personas, existe un alto porcentaje de trabajadores con diferentes dificultades de salud mental con jornadas parciales. Mientras que un grupo de trabajadores no ha tenido decisión sobre la modalidad de trabajo, el otro grupo ha usado esa reducción horaria para equilibrar las demandas derivadas de la condición de salud mental. En este sentido, la flexibilización horaria parece ser un aspecto esencial del puesto de trabajo para dejar que las personas permanezcan vinculadas al mercado laboral (OCDE, 2021).

En la Tabla 4 se muestra un análisis de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE, 2017) sobre la presencia de trastornos de salud mental en base a la situación laboral manifestada por la persona. El perfil de población con mayores dificultades a nivel mental es el de las personas que, por una incapacidad, no pueden acceder al empleo y que despuntan con un valor superior a 4. Seguidas están las personas en situación de desempleo, quienes se dedican a las labores del hogar y las personas en situación de prejubilación/jubilación.

Tabla 4

Prevalencia (%) de problemas de salud mental en relación con actividad económica

	Depresión	Ansiedad	Otros
Trabajador en activo	3,08	4,42	0,50
Desempleo	7,90	9,44	1,39
Jubilación / Prejubilación	11,14	8,47	3,91
Estudiando	1,57	2,44	1,54
Incapacidad laboral	30,06	27,35	22,94
Labores del hogar	12,14	9,77	1,45

Nota. Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE, 2017)

En los últimos años se han hecho muchas investigaciones acerca de los efectos que el desempleo tiene sobre la salud física y mental de las personas (OCDE, 2015; OCDE, 2017; Espino, 2014). En este sentido, es interesante señalar las aportaciones de Espino (2014) acerca de los efectos del desempleo en la salud mental. Este autor señala que el desempleo es un importante factor de riesgo para la aparición de problemas de salud mental: ansiedad, insomnio, depresión y conductas disociales y autolesivas.

La actual situación debido al COVID-19 ha creado todavía una mayor complicación de impacto sanitario y económico. El entorno laboral ha cambiado de manera significativa y un gran número de puestos laborales se han perdido, sobre todo en mujeres (Douglas et al., 2020; Wenham et al., 2020). Las condiciones laborales extraordinarias, que se han generado para dar respuesta a la situación excepcional de la pandemia, han ahondado la brecha de género vinculada al empleo. Otros han podido ver cómo su propio hogar se convertía en su puesto de trabajo en medio de una revolución tecnológica que adaptaba las condiciones de trabajo a un nuevo desempeño.

3.3. Las dificultades en el acceso a una vivienda adecuada

La vivienda se configura como uno de los elementos más determinantes en la vida de las personas. No en vano se trata del espacio en el que se desarrolla la vida personal y familiar y en el que se configura la identidad (Pinto & Cornejo, 2018). La vivienda se configura, por tanto, como el entorno donde se desarrollan “las rutinas cotidianas de cuidado personal y de relaciones sociales, familiares e íntimas, por lo que la sensación de hogar es crucial para la salud mental positiva de todo ciudadano” (García-Pérez et al. (2016), p. 179).

El derecho a una vivienda digna se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Esta dignidad de la vivienda se estructura en base a la adecuación en siete elementos: la seguridad de la tenencia; la disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructuras; la asequibilidad; la habitabilidad; la accesibilidad o gastos soportables; la ubicación; y, por último, la adecuación cultural (ACNUDH, 2010, p. 4). La inseguridad en la tenencia de la vivienda es uno de los elementos más analizados desde que, con la crisis de 2008, el número de personas en situación de inseguridad habitacional se incrementa de forma significativa. Esta inseguridad tiene que ver, según Solana y Ortiz (2020) con las dificultades de los individuos para planificar sus posibilidades reales de permanecer en la vivienda. Esto puede

deberse a cuestiones de ámbito económico, por dificultades en el estilo de tenencia o por la inadecuación de la vivienda a las necesidades de la familia.

Novoa et al., (2014) señalan las cuatro dimensiones cuya interrelación impacta en el desarrollo de la salud mental de los individuos: “el hogar (significado social y emocional que las personas dan a su vivienda); 2) las condiciones físicas de la vivienda; 3) el entorno físico; y 4) el entorno social (comunidad) del barrio donde está situada la vivienda” (p. 45). Muchas personas en situaciones de exclusión social habitan hogares que no cumplen el principio de idoneidad desde una o varias de estas dimensiones (Vásquez-Vera, H. (2020)). En este sentido, las situaciones de inseguridad en la vivienda en diferentes grados generan un intenso deterioro de la salud mental y el agravamiento de patología preexistentes según se avanza, por ejemplo, en los procesos de desahucio (Bolívar et al., 2016).

Del mismo modo, las personas con patologías mentales presentan dificultades en el acceso y mantenimiento de una vivienda adecuada. El estigma que, aún hoy, sigue existiendo sobre las personas con enfermedades mentales está en la base de sus dificultades para el acceso a la vivienda (Acevedo y Amairani, 2017).

3.4. Enfermedad, discapacidad y salud mental

Convivir con una enfermedad crónica o una discapacidad supone una situación de impacto en la vida de las personas, sobre todo en lo que tiene que ver con la autonomía.

Las necesidades de autocuidado, de cuidado externo y de seguimiento de la enfermedad (a través de controles sanitarios, de fármacos asociados o de terapias de diversa índole) condiciona intensamente la vida de las personas desde muchos ámbitos de desarrollo: el laboral, el de las relaciones personales, el económico, etc.

La convivencia con una enfermedad crónica o limitante genera importantes impactos sobre la salud de las personas. Numerosas investigaciones señalan el impacto que tiene la cronicidad de las enfermedades o su intensidad en el bienestar mental (Lacomba-Trejo et al., 2019; Hudson & Moss-Morris, 2019).

Hay que tener en cuenta, además, la sobrecarga económica que asumen los hogares en los que alguno de sus miembros presenta una enfermedad crónica. En este sentido, hay suficiente literatura científica al respecto como para poder afirmar que el empeoramiento de las condiciones de salud de las personas es más intenso, cuanto peores son sus condiciones de vida (Belzunegui & Puig, 2016). Así, el informe elaborado por EAPN-España sobre las desigualdades generadas en el ámbito de la salud (Llano, 2019) señala que “las personas pobres fuman más; son más obesas; hacen menos ejercicio y consumen menos alcohol; se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado; consumen más patatas, pasta, arroz pan y comida rápida” (p. 95).

Por otra parte, la literatura muestra cómo la discapacidad, por sí misma, no supone un riesgo excesivo para la salud mental. De hecho, las investigaciones que señalan esa asociación entre salud mental y discapacidad acaban poniendo el acento sobre cuestiones más relacionadas con la exclusión social que con la discapacidad: sus problemas para el acceso al empleo, sus limitaciones para el desarrollo autónomo, sin personal auxiliar de apoyo, etc. Sánchez (2014) hace referencia a esta situación y la define con las siglas DPE (Discapacidad, Pobreza y Exclusión social). Son estas cuestiones, y no la propia existencia de la discapacidad, las que marcan su mayor índice de afección de la salud mental. Por lo que la salud mental de las personas en situación de discapacidad es mejorable abordando las causas que les excluyen socialmente (Honey et al., 2011).

Sin embargo, la discapacidad se convierte en un factor de riesgo para la salud mental cuando se acompaña de dificultades para la integración: condiciones vitales caracterizadas por un

menor apoyo social o una mayor dificultad en el ámbito económico. Son estos factores estresantes los que dificultan el afrontamiento de la vivencia de la discapacidad (Emerson et al., 2009; Honey et al., 2011).

3.5. Familias con menores a cargo y mujeres que crían a sus hijos en soledad

La salud mental de los adultos responsables de la crianza de niños/as (de los padres, las madres o los/as cuidadores/as) es un factor determinante para el desarrollo de la salud mental de estos menores. Los niños son extremadamente permeables al ambiente familiar, por lo que un hogar en el que los cuidados y las relaciones afectivas no son saludables es un hogar en el que la salud mental de los menores corre peligro.

Numerosos estudios han confirmado que los niños cuyos padres sufren una enfermedad mental presentan entre un 41% y un 70% de posibilidades de desarrollar problemas de salud mental. Así lo ha mostrado la revisión sistemática de Tapias et al. (2021), que incluyó 16 investigaciones previas sobre menores cuyos padres tienen trastorno mental. En este sentido, la investigación que se presenta indica que el 65% de los y las niñas que tienen una enfermedad mental, viven en hogares en los que un adulto también padece una enfermedad mental, con los efectos que esto supone para el desarrollo psicoemocional de estos menores.

La relación entre salud mental y exclusión social no es ajena tampoco al ámbito de la infancia. Reiss (2013) advierte que los niños/as que viven en una situación de desventaja económica presentan entre dos y tres veces más probabilidades de desarrollar enfermedades mentales. También Evans & Cassells, (2014) constatan que “uno de cada cuatro niños estadounidenses nace en la pobreza, pero se sabe poco sobre las implicaciones a largo plazo para la salud mental de la privación temprana”. Estos autores aseguran que cuánto más tiempo pasan en una situación pobreza estos menores entre los 0-9 años, peor es su salud mental en los primeros

años de adultez. Y, con relación a la causa, señalan que el riesgo es acumulativo y los primeros años de vida de exposición al mismo son determinantes. Con relación al tipo de factores, se señalan dos categorías: factores psicosociales (violencia, disturbios familiares, separación del niño de la familia) y factores físicos (ruido, hacinamiento, viviendas precarias).

También González et al. ((2021) señalan cómo las desigualdades socioeconómicas afectan, tanto al desarrollo, como a la salud mental de los menores. De hecho, su investigación concluye que las estrategias de gestión de las dificultades son diferentes para los menores que están en riesgo de pobreza o exclusión.

Pero, además, y aunque la muestra que se ha usado para la presente investigación no es lo suficientemente amplia como para establecer conclusiones cerradas, se ha observado que la presencia de enfermedades mentales en los niños se incrementa notablemente en el caso de los hogares en exclusión, pudiendo alcanzar hasta 4 veces más de prevalencia. Y, en los hogares en situación de exclusión en los que un adulto tiene un TSM, la prevalencia de que un niño/a lo tenga también se incrementa hasta 5 veces.

Por tanto, la relación entre salud mental del hogar y salud mental de los/as niños/as que lo habitan es innegable. Y también es innegable el impacto de la exclusión en la gestión y/o tratamiento de las enfermedades mentales infantiles.

A este respecto, problemas como la exclusión, el racismo o la pobreza incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades mentales graves y limitan las posibilidades de beneficiarse adecuadamente de los tratamientos (WHO, 2021). Estos niños no sólo están más expuestos, sino que tienen mayores dificultades para recuperarse de las propias enfermedades.

En el caso de familias monomarentales, donde la responsabilidad de la crianza recaerá de forma exclusiva de la madre, proteger la salud mental de esta es fundamental para el bienestar del

hogar. El análisis de Santibáñez et al. (2018) señala que estas mujeres tienen mayores riesgos de vivir en situación de pobreza y de desarrollar enfermedades mentales, como la ansiedad o la depresión. Conminan, por tanto, a implementar acciones que permitan proteger a estos hogares de los riesgos que parecen serles inherentes.

Estas mujeres, además, cuentan con menos recursos y posibilidades para desarrollar una parentalidad positiva, lo que les hace más vulnerables a las dificultades en el marco de la crianza. Es de interés, por tanto, desarrollar posibilidades de contacto con profesionales y otras familias, de forma que el estilo educativo de estas madres pueda compensar las dificultades en las que se encuentran estas familias (Torío et al. 2015).

3.6. El apoyo social y su impacto en la salud mental

Los efectos de las dificultades en el ámbito de la salud y, especialmente, en el ámbito de la salud mental impactan sobre todas las dimensiones de la vida de las personas. Impactan, por tanto, y de una forma muy significativa, en sus relaciones sociales que pueden convertirse fuente de protección o de exposición a riesgos psicosociales añadidos.

En este epígrafe se hace un acercamiento al concepto de apoyo social, su significado, su funcionalidad y el modo en el que impacta sobre la salud mental y la exclusión social.

Previamente, es necesario señalar que múltiples investigaciones han analizado el papel del apoyo social sobre la salud mental, y lo han hecho desde una doble visión: analizando sus aspectos estructurales (esto es, la propia composición de las relaciones sociales) y también sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que asumen) (Barrón y Sánchez, 2001).

En la revisión de la literatura científica se constata la existencia de diferentes definiciones de apoyo social. Estas definiciones se construyen sobre componentes igualmente diferenciados. En cualquier caso, todas las definiciones revisadas tienen una serie de componentes en común:

-
- la presencia de personas de referencia
 - la disponibilidad para la ayuda
 - la afectividad

Se trata, por tanto, de un concepto de carácter positivo, que pretende poner en valor las relaciones sociales desde su funcionalidad y que se traduce en una cobertura nutritiva para las personas. En este sentido, esa cobertura puede proceder de diferentes fuentes y tener diferentes funcionalidades.

Algunos autores, como Caplan (1984) hacen una división entre los sistemas que dan apoyo social y diferencia entre los sistemas formales y los sistemas informales. Por su parte, Jacobson señala tres funciones que cumple el apoyo social: el apoyo emocional, que aporta empatía y afecto; el apoyo cognitivo, que ofrece conocimientos, información o consejos; y el apoyo material, que aporta bienes o servicios que permiten resolver problemas concretos (Jacobson, 1986). Posteriormente otros autores han incorporado o redefinido estas categorías. Actualmente, no se habla de apoyo material, sino de apoyo instrumental; y el apoyo cognitivo, recibe la denominación de apoyo informativo (Almagiá, 2004).

En cualquier caso, se suele revisar el apoyo social desde su perspectiva positiva, como elemento de anclaje o de protección. Sin embargo, en determinados contextos, las relaciones están extremadamente deterioradas y este apoyo social no sólo no tiene efectos positivos sobre las personas, sino que tiene efectos negativos (Shinn et al., 1984). Además, y entendiendo el apoyo social desde un concepto de reciprocidad (Molina & Valenzuela, 2006), el apoyo social puede convertirse en contextos de exclusión en una carga que conduzca a la desaparición de las relaciones sociales (Offer, 2012). La crisis económica de 2008 ha sido un ejemplo muy claro de cómo las

redes de apoyo social de las personas pueden llegar a un desgaste que ponga en peligro la propia relación social (Mendiara-Laplaza, 2014).

En cualquier caso, las investigaciones nos indican por una parte que, “a mayor grado de apoyo social percibido menor era la sintomatología de salud mental asociada” (Barrera et al., 2019, p. 111) y por otra que las redes sociales determinan la forma en que las personas salen de las situaciones de pobreza.

Por tanto, la protección, el cuidado y el bienestar de las redes de apoyo social es una garantía de protección para las personas con una enfermedad mental o situadas en el espacio de la exclusión.

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4:

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4:

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

“(…) una sanidad pública para toda la población y una eficiencia que sitúa al sistema sanitario español entre los cinco o seis primeros del mundo, además de uno de los pocos que han podido combinar un cierto desarrollo de la atención primaria con un cierto desarrollo de la salud mental comunitaria pública. Hay mucho que investigar en este sistema particular y mucho en qué ampliar nuestra formación para mantenerlo y mejorar su efectividad y eficacia, sus disfuncionalismos, su equidad...” (Tizón, 2001, p. 898).

Este capítulo inicia la investigación empírica que se ha llevado a cabo. Se pretende mostrar qué se va a estudiar, por qué se va a estudiar, para qué se va a estudiar y cómo se va a estudiar.

Para ello, se presentan de manera detallada los objetivos, general y específicos, y las hipótesis con las que se ha iniciado esta investigación, así como el procedimiento para seleccionar y acceder a la muestra, y para hacer la medición de las variables.

4.1. Pregunta de investigación

Esta investigación pretende concretar diferentes formas de proteger a los hogares más vulnerables de la presencia de enfermedades mentales. La pregunta de investigación que se plantea es: ¿Qué elementos es necesario reforzar para proteger a los hogares en situación de exclusión social de la presencia de enfermedades mentales?

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo general

El objetivo general del trabajo que se presenta es analizar los factores que exponen a los hogares excluidos a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales, con el ánimo de determinar prácticas psicosociales preventivas.

Para el desarrollo de este objetivo general, se han definido tres objetivos específicos que se sustentan en una serie de hipótesis, generadas tras la revisión de la literatura científica correspondiente. A continuación, se presentan los objetivos específicos y las hipótesis generadas para cada uno de ellos.

4.2.2. Objetivos específicos

A continuación, se presentan los tres objetivos específicos diseñados y que pretenden facilitar el logro del objetivo general y dar respuesta a la pregunta de investigación:

- Objetivo específico 1: Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares, en base a los determinantes sociales de la salud mental.
- Objetivo específico 2: Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental, en el contexto de la crisis sanitaria generada por la COVID-19.
- Objetivo específico 3: Contrastar el modelo descriptivo desarrollado, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2.

4.3. Hipótesis

Para la consecución de ambos objetivos, general y específicos, se han configurado una serie de hipótesis sobre las que ha pivotado el trabajo.

Como indicación, las hipótesis están formuladas como factores de riesgo y no como factores de protección. Se podría hacer la doble lectura: si lo que es un riesgo no se produce, se podría pensar entonces que sería una protección. No obstante, en este trabajo se han estudiado las relaciones directas y se han desechado las inversas (salvo para el último objetivo, en el que sí se ha hecho el análisis directo e inverso, como se explicará en el apartado de metodología).

- Objetivo específico 1: Construir un modelo descriptivo que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares en base a los determinantes sociales de la salud mental.
- Hipótesis 1.1: El empleo no es garante de integración social, ni un elemento protector de la presencia de enfermedades mentales en los hogares.
- Hipótesis 1.2: La ausencia de ingresos suficientes en el hogar (asociada al desempleo o bien a la ausencia de prestaciones) incide en la presencia de enfermedades mentales.
- Hipótesis 1.3: La exclusión sanitaria conlleva aparejado el debilitamiento de la salud de los hogares, lo que potencia una mayor presencia de trastornos de salud mental.
- Hipótesis 1.4: La presencia de conductas de riesgo, asociadas a situaciones de exclusión incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares.
- Hipótesis 1.5: Una red de relaciones frecuentes y conflictivas, o bien una red de relaciones poco frecuentes en las que el aislamiento o la soledad sean el pilar central, expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales.

-
- Objetivo específico 2: Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental, en el contexto de la crisis sanitaria generada por la COVID-19.
 - Hipótesis 2.1: Los trastornos de salud mental tienen una mayor extensión, intensidad y cronicidad entre las mujeres. Por ello, los hogares sustentados por una mujer corren un mayor riesgo de exposición a enfermedades mentales.
 - Hipótesis 2.2: Las personas con menores niveles de estudios tienen una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad mental.
 - Hipótesis 2.3: Las situaciones de inseguridad laboral (empleo temporal, empleo precario, empleo de exclusión, riesgos en el empleo) incrementan la posibilidad de que una persona padezca un trastorno de salud mental.
 - Hipótesis 2.4: Las enfermedades mentales tienen mayor prevalencia entre las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza y en situaciones de privación material. Esta prevalencia es aún mayor en los casos más extremos de pobreza (pobreza severa).
 - Hipótesis 2.5: La presencia de enfermedades crónicas y discapacidades, por el debilitamiento que suponen sobre el estado de salud, suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en los individuos.
 - Hipótesis 2.6: Las situaciones de inseguridad en la vivienda (vivienda insegura, vivienda inadecuada, etc.) impactan sobre el estado de salud mental de los individuos, máxime en el marco de una crisis sanitaria.
 - Hipótesis 2.7: Las conductas de riesgo o situaciones asociadas a las mismas suponen un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.

-
- Hipótesis 2.8: Las relaciones saludables, pero infrecuentes suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.
 - Hipótesis 2.9: Las relaciones frecuentes, pero negativas o dañinas suponen un grave riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.
 - Hipótesis 2.10: Las situaciones de soledad, aislamiento o falta de apoyo social han sido un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en el contexto de la pandemia.
 - Objetivo específico 3: Contrastar el modelo descriptivo desarrollado con la muestra EINSFOESSA 2018, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2, con la muestra EINSFOESSA 2021.
 - Hipótesis 3.1: En el actual contexto de precariedad laboral, el empleo no tiene incidencia en la protección de la salud mental. Por tanto, no hay diferencias significativas entre las muestras EINSFOESSA 2018 y EINSFOESSA 2021 en este sentido.
 - Hipótesis 3.2: La ausencia de ingresos suficientes en el hogar (asociada al desempleo, a la ausencia de prestaciones o a una cobertura parcial a través de los mecanismos de protección social asociados a la crisis sanitaria) expone a una mayor presencia de enfermedades mentales independientemente de la situación contextual en que se produzca.

-
- Hipótesis 3.3: La ausencia o deficiencia en la cobertura sanitaria expone a los hogares a la presencia de trastornos de salud mental, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.
 - Hipótesis 3.4: Una relación insegura con la vivienda supone un riesgo de incrementar la presencia de enfermedades mentales en los hogares. Esta cuestión tiene que ver con la trascendencia que tiene la vivienda en el bienestar de las familias y no cambia en contextos de crisis o crecimiento.
 - Hipótesis 3.5: La presencia de conductas de riesgo asociadas a situaciones de exclusión, incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares, de forma especial en el contexto de una crisis sanitaria.
 - Hipótesis 3.6: La ausencia o el debilitamiento de la red de apoyo social expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales, especialmente en una situación de emergencia sanitaria.

4.4. Procedimiento de la investigación

A continuación, se desarrolla el procedimiento que se ha seguido para la investigación. Las muestras de datos de las que nacen estos estudios proceden de los diferentes Informes FOESSA, por lo que se hace, en un primer momento un acercamiento a la Fundación FOESSA, a su metodología y a su sistema de indicadores. Posteriormente se describirá el método seguido y los principios éticos que se han tenido en cuenta.

4.4.1. La Fundación FOESSA

La Fundación FOESSA (Fomento de estudios Sociales y Sociología Aplicada) se constituye en 1965 bajo el auspicio de Cáritas Española. Su objetivo fue y es analizar con objetividad la situación social de España. Desde sus inicios la Fundación FOESSA ha desarrollado numerosas investigaciones aportando “una descripción sobre el desarrollo social en España, la estructura social, la desigualdad y la pobreza, las relaciones sociales y la cooperación internacional”. Especialmente relevantes han sido las investigaciones desarrolladas desde el 2007, año en el que se instaura un nuevo sistema de indicadores sociales que permiten el cálculo de los niveles de exclusión en base a un conjunto más amplio de dimensiones y variables.

Actualmente, la Fundación FOESSA mantiene varias líneas de investigación y publicación en paralelo: Análisis y perspectivas; Colección Estudios; Focus y otros. Pero, en cualquier caso, los más conocidos siguen siendo sus Informes Sociológicos, el último de los cuales se presentó en 2018 y es fuente de esta investigación.

Como se ha indicado, los informalmente conocidos como Informes FOESSA (porque su nombre técnico es: Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España) son investigaciones de reconocido prestigio, en los que cooperan numerosos investigadores de diferentes universidades del ámbito nacional.

La investigación desarrollada ha tomado como base muestral los datos recogidos para la elaboración del VIII Informe sobre exclusión y Desarrollo Social en España (Fernández (coord.), 2018) y el informe Evolución de la Cohesión Social y Consecuencias de la COVID-19 en España (Ayala et al. (coord.), 2022). Ambos han sido los dos últimos informes sociológicos desarrollados por la Fundación FOESSA, editados en 2018 el primero y 2021 el segundo. Permiten una visión muy intensa de la realidad de la enfermedad mental en España antes y el después de la pandemia.

4.4.2. La Encuesta de Necesidades e Integración Social de la Fundación FOESSA

El instrumento que la Fundación FOESSA utiliza para el desarrollo de sus informes es la Encuesta de integración social de la Fundación FOESSA (en adelante EISNFOESSA). Cada informe tiene su propia encuesta, sobre las que se van haciendo las modificaciones necesarias para adaptar la información recogida a las características del momento que se va a investigar. En cualquier caso, las encuestas mantienen una estructura común, lo que permite mantener la serie histórica, una de las grandes riquezas de estos informes.

Ayala et al. (2022) señalan el procedimiento de aplicación de la encuesta. Las encuestas se aplican de forma presencial, de forma que los encuestadores hacen un duro trabajo de recogida de la información en los domicilios de las personas entrevistadas. El procedimiento de selección de los hogares es bietápico, con una primera selección de secciones censales y una segunda selección mediante rutas aleatorias. El trabajo de selección de las secciones censales se hace desde el CSIC. La selección de las secciones censales donde se ha realizado la encuesta proporcional a la población estimada en riesgo de pobreza relativa. La desproporcionalidad en la selección de las secciones censales se corrige a posteriori con ponderación.

La encuesta contiene dos cuestionarios, el primero de filtro y el segundo el principal, con el grueso de las preguntas. El segundo cuestionario se pregunta solo a las personas que cumplen determinadas condiciones del primer cuestionario. Este procedimiento sirve para garantizar que se obtenga un número suficiente de hogares con indicios de exclusión social.

En el capítulo 5 se detallará las características de la EISNFOESSA 2018, mientras que en el capítulo 6 se detallará las características de la EINSFOESSA 2021.

4.4.3. El índice Sintético de Exclusión Social (ISES): ejes, dimensiones e indicadores

“El índice sintético de exclusión social (ISES) es un índice que permite sintetizar las situaciones de exclusión en función de los tres ejes (económico, político y social), que agrupan, a su vez, una serie de dimensiones e indicadores, proporcionando una visión más amplia de la exclusión social” (FOESSA, s.f.).

Desde el año 2007 y, a la luz de la revisión del concepto de exclusión que se hace desde la Fundación FOESSA, se cambia el modo en que se miden las tasas de integración y exclusión. Este nuevo modelo, el ISES, está formado por 35 indicadores que se reparten en las 8 dimensiones que conforman los tres ejes de la exclusión social. En el año 2021 ha habido una revisión metodológica, incorporando 2 nuevos indicadores, por lo que actualmente el ISES se compone de 37 indicadores.

Así, el eje económico se divide en dos dimensiones: participación en la producción, que aglutina 7 indicadores, y participación en el consumo, que cuenta con 3 indicadores. El eje político o de ciudadanía está formado por 4 dimensiones: participación política, con 2 indicadores; educación, con 3 indicadores; vivienda con 8 indicadores; y salud, con 6 indicadores. Por último, el eje social o relacional se compone de dos dimensiones: conflicto social, que integra 5 indicadores; y aislamiento social, que cuenta con 3 indicadores.

En la Tabla 2, presente en el capítulo 2, se incluye información de los ejes, las dimensiones y los indicadores señalados.

4.4.4. Método

Para llevar a cabo los objetivos específicos señalados previamente, se llevaron a cabo tres análisis empíricos, que conforman los capítulos 5, 6 y 7 de esta investigación. Los tres estudios se

han desarrollado mediante una metodología cuantitativa y tienen una serie de características en común:

1. Los análisis desarrollados en los capítulos 5 y 6 toman como muestra la propia de dos encuestas utilizadas por la Fundación FOESSA para sus investigaciones. El estudio desarrollado en el capítulo 5 se centra en la muestra recogida en el año 2018 y el análisis desarrollado en el capítulo 6 se centra en la muestra recogida en el año 2021. Por su parte, el análisis realizado en el capítulo 7 es una comparación de los dos anteriores.
2. En todos los análisis se ha trabajado con regresiones logísticas binarias, con el objetivo de determinar el riesgo que una determinada situación suponía para la presencia de enfermedades mentales. Por ello, en todos los estudios se han configurado como variable dependiente la presencia o ausencia de enfermedades mentales en el hogar y como variables independientes los factores motivo de análisis.
3. Se ha hecho una interpretación de las *OR* obtenidas diferente, que es fruto de la evolución de la investigación y de las diferentes alternativas que se han propuesto para el análisis de los datos. Así, en el capítulo 5 se han configurado dos modelos (riesgo y protección), cada uno de ellos con una variable dependiente diferenciada y con una lectura lineal de los datos obtenidos en las *OR*. En el capítulo 6, por el contrario, se configuró un único modelo, que nace de una única variable dependiente y que permite la interrelación entre las variables, bien se hayan configurado como factores de riesgo o de protección. Además, la lectura de las *OR* se ha hecho directa (para los casos en los que la *OR* era superior a 1) e inversa (para los casos en los que la *OR* era inferior a 1).
4. Las muestras utilizadas para estos análisis han sido facilitadas por la Fundación FOESSA y corresponde a las muestras utilizadas para la elaboración del VII y el VIII Informe sobre

exclusión y desarrollo social en España (Lorenzo, 2014; Fernández, 2018) y a la utilizada para el informe Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España (Ayala et al., 2022).

En la Tabla 5 se muestra la relación entre los tres objetivos específicos e hipótesis y los tres capítulos empíricos desarrollados, el capítulo 5, el capítulo 6 y el capítulo 7.

Tabla 5

Correspondencia entre los capítulos y los objetivos e hipótesis diseñados

Capítulo	Objetivo Específico
<p>Capítulo 5: Construcción de un modelo de prevención para la aparición de enfermedades mentales en los hogares en exclusión</p>	<p>Objetivo específico 1: Construir un modelo descriptivo que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares en base a los determinantes sociales de la salud mental.</p>
<p>Capítulo 6: Modelo de prevención para la aparición de enfermedades mentales en personas en situación de exclusión: el impacto de la COVID-19</p>	<p>Objetivo específico 2: Construir un modelo descriptivo que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental.</p>
<p>Capítulo 7: La coyuntura o la estructura: comparación de modelos de prevención de la patología mental, en hogares en exclusión pre y post COVID-19</p>	<p>Objetivo específico 3: Contrastar el modelo descriptivo desarrollado, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2.</p>

Nota. Elaboración propia.

En cada uno de los capítulos se hace una exposición de los resultados obtenidos, así como una discusión y conclusiones para conocer sus posibles causas, explicaciones y comprensión.

4.4.5. Principios éticos

Esta investigación sigue los requisitos y protocolos de la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, así como los propios del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Oviedo (Reglamento publicado en el BOPA el 26 de febrero de 2014), y también todas las exigencias y recomendaciones éticas recogidas en el apartado 8 de los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la APA (APA, 2017).

CAPÍTULO 5:

**CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE
PREVENCIÓN PARA LA APARICIÓN DE
ENFERMEDADES MENTALES EN
LOS HOGARES EN EXCLUSIÓN**

CAPÍTULO 5:

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS HOGARES EN EXCLUSIÓN

“Existe un fuerte vínculo entre la salud mental y la pobreza y las dificultades económicas derivadas de la inadecuada realización de los derechos a la educación, el trabajo, la vivienda, la alimentación y el agua, entre otros derechos humanos” (ONU, s.f.).

5.1. Introducción

Este capítulo presenta el primero de los tres análisis empíricos que se desarrollan en esta investigación. En él se analizan los datos relativos a la EINSFOESSA 2018 y se generan dos modelos, que pretenden ser preventivos para evitar la presencia de enfermedades mentales en los hogares: uno, configurado por factores de riesgo y el segundo, configurado por factores de protección.

Como se ha indicado previamente, existe una correlación positiva entre los procesos de exclusión social y la existencia de problemáticas de salud mental: los problemas de salud mental son mayores en los hogares que se encuentran en situaciones más intensas de exclusión. Esta realidad es incuestionable si se realiza un análisis de los datos tanto del VII, como del VIII Informe FOESSA (Oliveros, 2016).

En la Tabla 6, se pueden ver los datos obtenidos a través de la EINSFOESSA 2013. Se trata de datos que reflejan el momento de las consecuencias de la llamada Gran Recesión, la situación de crisis económica y social vivida en España desde 2008, hasta 2014. Aunque algunas Comunidades Autónomas no tienen datos representativos de su territorio, tanto los datos estatales

como los de aquellas Comunidades que sí están representadas, muestran cómo el porcentaje de hogares excluidos que presentan trastornos de salud mental casi duplica al de los hogares integrados.

Tabla 6

Porcentaje de hogares con problemáticas de salud mental por CCAA 2013

Ámbito	% en total de hogares	% en hogares integrados	% en hogares excluidos
Andalucía	9,0	6,8	16,7
Aragón	7,7	6,5	13,3
Asturias	23,0	20,9	32,4
Baleares	2,3	1,3	5,0
Canarias	14,4	13,7	16,5
Cantabria		Sin datos	
Castilla La Mancha		Sin datos	
Castilla y León	5,6	4,0	15,1
Cataluña	10,7	7,4	23,4
Comunidad Valenciana	11,0	9,2	16,4
Extremadura	12,1	10,1	18,8
Galicia	6,1	4,4	14,6
Comunidad de Madrid	19,9	17,3	32,2
Región de Murcia		Sin datos	
Comunidad Foral de Navarra	7,4	5,0	19,0
País Vasco	13,0	10,7	24,3
La Rioja		Sin datos	
Estatal	10,6	8,7	17,4

Nota. Fuente EINSFOESSA 2013

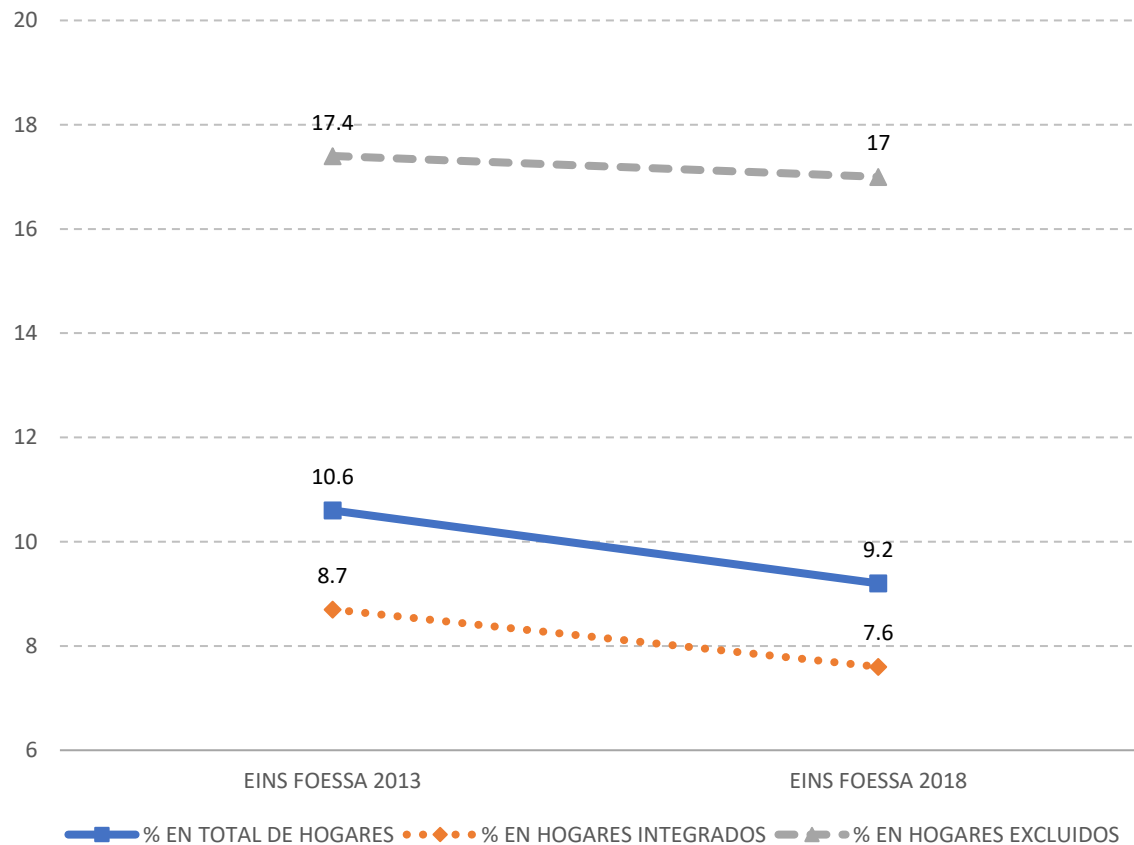
Esta tendencia a que los hogares en situación de exclusión presenten más diagnósticos de enfermedad mental se ha mantenido también en la EINSFOESSA 2018. En la Tabla 7 aparecen los datos y, en este caso, todas las comunidades autónomas cuentan con representatividad. El primer elemento que aparece reflejado es la reducción en el porcentaje de TSM en los hogares en todos los espacios analizados (total de hogares, hogares en situación de integración y hogares en situación de exclusión). Una reducción esperable, en tanto que la situación de crecimiento económico se trasladaba a los hogares de forma evidente: reducción de las tasas de desempleo, mayor y mejor cobertura económica de los hogares, reducción de las problemáticas relacionales, entre otras. Aun así, del análisis de los datos de la Tabla 7 se obtiene un resultado preocupante: la brecha entre los hogares en integración social que tienen diagnosticada una enfermedad mental y los hogares en exclusión en los que hay, al menos un diagnóstico, no se reduce. Esta distancia o brecha alcanza los 9,4 puntos en el conjunto de la población española mientras que en algunas comunidades autónomas destaca con valores por encima de los 15 puntos. Tal es el caso de Galicia (22 puntos de distancia), de Baleares (18,6 puntos de distancia) o de La Rioja (18,1 puntos de distancia).

Tabla 7*Porcentaje de hogares con problemáticas de salud mental por CCAA 2018*

Ámbito	% en total de hogares	% en hogares integrados	% en hogares excluidos
Andalucía	8,9	7,7	14,7
Aragón	2,4	1,0	11,1
Asturias	10,5	8,7	20,0
Baleares	24,6	20,5	39,1
Canarias	13,6	10,8	20,9
Cantabria	9,2	8,2	16,7
Castilla La Mancha	7,7	5,3	20,8
Castilla y León	17,4	15,9	25,5
Cataluña	7,7	5,9	16,1
Comunidad Valenciana	4,6	3,5	9,3
Extremadura	11,5	10,2	16,4
Galicia	8,9	5,1	27,1
Comunidad de Madrid	6,8	6,7	7,9
Región de Murcia	9,4	7,4	17,6
Comunidad Foral de Navarra	11,7	10,1	20,8
País Vasco	14,6	12,5	27,8
La Rioja	6,0	4,1	22,2
Estatatal	9,2	7,6	17,0

Nota. Fuente EINSFOESSA 2018

En el Figura 9 también puede observarse esta evolución de los TSM en los hogares, comparando ambas muestras. En todos los casos, hay una reducción de la prevalencia de enfermedades mentales y, en los dos momentos de recogida de datos, las cifras de los hogares en situación de exclusión afectados por una enfermedad mental duplican a las de los hogares en situación de integración.

Figura 9*Evolución de la presencia de TSM en los Hogares*

Nota. Elaboración propia a partir de datos de EINSFOESSA 2013 y EINSFOESSA 2018

Estos datos permiten confirmar, no sólo la relación directa entre la exclusión social y las enfermedades mentales, sino la brecha que se produce al comparar la presencia de enfermedades mentales entre hogares integrados y hogares situación en el espacio de la exclusión. Esta brecha, además, se ha ampliado en los últimos cinco años.

Tal es así, que en 2013 la brecha entre los hogares excluidos y los integrados que presentaban un TSM era de 8,7 puntos porcentuales (17,4% - 8,7%). Esto supone que había un 200% más de prevalencia de TSM entre los hogares excluidos que entre los integrados: el riesgo

de presentar una enfermedad mental se duplicaba en los hogares en situación de exclusión. En 2018, los porcentajes de presencia de TSM se reducen en todos los hogares, pero la brecha entre hogares en exclusión y hogares en integración se amplía. Así, se pasa de 8,7 puntos a 9,4 puntos (17% - 7,6%) que en términos relativos calculados sobre el límite inferior de los hogares integrados supone una brecha del 223%: el riesgo de presentar un TSM es 2,2 veces superior entre los hogares situados en exclusión, que entre los hogares situados en integración.

En este sentido, parece que también existe también una brecha entre la recuperación económica y la mejora de la calidad de vida de los hogares y la reducción de enfermedades mentales diagnosticadas: la mejora de las condiciones de vida no se traduce en la misma reducción de los niveles de afectación en la salud mental en los hogares integrados y en los excluidos. Posiblemente, la cronificación de las situaciones que llevan a los hogares en exclusión a mantener esta, pueda ser la responsable de esta brecha. Siguiendo a López-Aróstegui et al. (2010) no es fácil intervenir sobre la enfermedad mental en situaciones de exclusión: estos hogares, por sus características, realimentan las relaciones saludables, poniendo de manifiesto los límites de las políticas sociales. Para el apoyo a los hogares en situación de exclusión cronificada, no se dispone de demasiados recursos.

No ha sido posible establecer comparaciones entre las Tablas 6 y 7 que permitan hacer un seguimiento entre ambas muestras. La razón es el formato de la pregunta, que tuvo matices diferenciadores. Así, mientras que la pregunta que se planteó en la EINSFOESSA 2013 tenía que

ver con la presencia de un trastorno de salud mental en el hogar, la pregunta planteada en la EINSFOESSA 2018 hacía referencia al diagnóstico específico del trastorno mental⁵.

5.2. Objetivos e hipótesis

El trabajo de este capítulo responde al objetivo específico 1 y a las hipótesis que se definen a continuación.

- Objetivo específico 1: Construir un modelo descriptivo que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares, en base a los determinantes sociales de la salud mental.
- Hipótesis 1.1: El empleo no es garante de integración social, ni un elemento protector de la presencia de enfermedades mentales en los hogares.
- Hipótesis 1.2: La ausencia de ingresos suficientes en el hogar incide en la presencia de enfermedades mentales.
- Hipótesis 1.3: La exclusión sanitaria conlleva aparejado el debilitamiento de la salud de los hogares, lo que potencia una mayor presencia de trastornos de salud mental.

⁵ En el cuestionario diseñado para la EINSFOESSA 2013, la pregunta que se planteaba era la siguiente: *¿Alguien de su hogar en los últimos 5 o 10 años ha tenido o tiene algún trastorno de salud mental o depresión?*

En el cuestionario diseñado para recoger la EINSFOESSA 2018, la pregunta se reformuló: en primer lugar, se hizo referencia a la existencia de un diagnóstico por parte de un profesional de la salud reconocido; en segundo lugar, se clasificaron los trastornos de salud mental en tres categorías para permitir un análisis más detallado; por último, se amplió el límite temporal en tres categorías, en lugar de dos: alguna vez en la vida, últimos diez años y último año. Por tanto, la pregunta quedaba planteada del siguiente modo:

¿Alguien de su hogar ha sido diagnosticado alguna vez en la vida, en los últimos diez años, en el último año de:

- *Trastornos neuróticos (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo...).*
- *Trastornos psicóticos (esquizofrenia, paranoia...).*
- *¿Trastornos mentales debido a sustancias (alcohol, opiáceos...)?*

- Hipótesis 1.4: La presencia de conductas de riesgo, asociadas a situaciones de exclusión, incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares.
- Hipótesis 1.5: Una red de relaciones frecuentes y conflictivas, o bien una red de relaciones poco frecuentes en las que el aislamiento o la soledad sean el pilar central, expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales.

5.3. Método

En este apartado se describe el método seguido para el desarrollo de este estudio. Se define el tipo de diseño seleccionado, la muestra utilizada, el instrumento de recogida de datos que ha permitido la muestra, cómo se ha realizado el diseño y construcción de las variables y el análisis estadístico que se ha desarrollado.

5.3.1. Diseño

El diseño del estudio se planteó desde un enfoque transversal, descriptivo-exploratorio y analítico, a partir de una muestra de tamaño nacional.

5.3.2. Muestra

La muestra utilizada en esta investigación corresponde a la utilizada para el VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Con el fin de recoger datos representativos de cada Comunidad Autónoma, se ha recogido información sobre 650 hogares en cada una, 400 para hogares con algún indicio de exclusión y 250 para hogares sin indicios. La muestra total diseñada para España fue de 11.495 hogares. Esto ha garantizado un nivel de error del $\pm 5\%$ al nivel de confianza del 95% para el total de la población (Fernández (coord.), 2019).

La información fue recogida de manera presencial, entre el 19 de enero y el 13 de abril de 2018. Para el proceso de recogida de datos se utilizó la EINSFOESSA 2018, administrada por un encuestador en los domicilios de las personas. En total se han realizado 716 rutas repartidas en 464 municipios de España.

La encuesta está formada por dos cuestionarios: uno, que se usa como filtro y otro, el principal. A través del cuestionario filtro, se clasifican los hogares según si tienen o no indicios de exclusión. A través del cuestionario principal, se recoge la información de estos.

5.3.3. Instrumentos

La EINSFOESSA, el cuestionario utilizado para la investigación de 2018 pretendía dar respuesta a las situaciones sociales de las familias en un momento de recuperación económica. Por ello, se prestaba una mayor atención a cuestiones vinculadas con el empleo, la gestión de los recursos familiares y la valoración de ciertos derechos sociales.

La encuesta se realizó presencialmente, a través de una entrevista personal y las respuestas se recogieron en un cuestionario estructurado y precodificado en el 99% de las variables. La encuesta ha sido administrada por entrevistadores previamente formados para la realización de la tarea, que han trabajado en un total de 716 rutas repartidas en 464 municipios de España.

En este caso, el cuestionario principal estaba de nuevo dividido en bloques. En total, 118 ítems, repartidos del siguiente modo:

- A. Composición del hogar. 11 ítems. Referidos a las características personales básicas de cada miembro del hogar (datos personales, sexo, edad, nacionalidad, situación de ciudadanía, estado civil...).

-
- B. Educación y estudios. 9 ítems. Referidos a las características formativas de cada miembro del hogar (nivel de estudios, dificultades para la consecución de los estudios, estudios que se cursan actualmente, etcétera).
- C. Salud, autovalimiento y necesidades específicas de inserción. 13 ítems. Referidos a las características de salud de cada miembro del hogar (estado de salud, cobertura sanitaria, necesidades específicas, situaciones de dependencia...) y a las dificultades del hogar para asegurarse los tratamientos necesarios.
- D. Empleo y formación. 15 ítems. Referidos a la situación de empleabilidad de todos los miembros del hogar (situación laboral, búsqueda de empleo, formación referida al empleo...).
- E. Economía. 31 ítems. Referidos a los ingresos percibidos por todos los miembros del hogar, los gastos relativos a la vivienda, la percepción de la persona entrevistada de la situación económica de su hogar y de las dificultades por las que atraviesan a causa de la crisis económica.
- F. Vivienda y entorno. 7 ítems. Referidos a las características de la vivienda y el equipamiento del que dispone.
- G. Servicios sociales. 12 ítems. Referidos a la necesidad del hogar de apoyo por parte de los Servicios Sociales o entidades del Tercer Sector.
- H. Origen familiar. 6 ítems. Referidos a las experiencias relacionadas con la pobreza de la persona entrevistada durante su infancia y adolescencia (primeros 14 años de vida).
- I. Situación actual. 17 ítems. Referidos a la valoración de la persona entrevistada de la actual situación política y social, de las relaciones sociales que se mantienen, de las conductas de

riesgo presentes en el hogar, del interés por la participación política y de posibles experiencias de discriminación sufridas por algún miembro del hogar.

En esta encuesta, la presencia de enfermedades mentales se podía definir a través de tres preguntas: Las preguntas señaladas se planteaban en dos márgenes temporales (“*Alguna vez en la vida*” o en el “*Último año*”) y se definían del siguiente modo:

- I.106.b: *Alguien de su hogar, ¿ha sido diagnosticado de trastornos neuróticos (depresión, ansiedad...)?*
- I.106.c: *Alguien de su hogar, ¿ha sido diagnosticado de trastornos psicóticos (esquizofrenia, paranoia...)?*
- I.106.f: *Alguien de su hogar, ¿ha sido diagnosticado de trastornos mentales debido a sustancias (alcohol, opiáceos, cannabis...)?*

Un elemento diferenciador con las encuestas anteriores tiene que ver con el diagnóstico. Mientras que, en las encuestas utilizadas en 2007, 2009 y 2013, las preguntas utilizadas para determinar la presencia de enfermedades mentales en el hogar buscaban asegurar la presencia de alguien que, a criterio de la persona entrevistada, tuviera un problema de salud mental, en la encuesta utilizada en 2018 se buscaba el diagnóstico clínico, de forma que se recogiese información únicamente de las personas cuya patología hubiera sido contrastada por un clínico.

5.3.4. Construcción de las variables

5.3.4.1. Variables dependientes

Para la construcción de las variables dependientes, se utilizaron ambos espacios temporales y la respuesta afirmativa o negativa a las tres preguntas.

Por tanto, la variable dependiente “TrastornoSaludMental” se configuró con la sintaxis:

IF (I106_C_2 = 1 | I106_C_3 = 1 | I106_C_6 = 1) TrastornoSaludMental=1.

Por otra parte, la variable dependiente “NOTrastornoSaludMental” se configuró en base a la sintaxis:

IF (I106_C_2 = 2 | I106_C_3 = 2 | I106_C_6 = 2) NOTrastornoSaludMental=1.

5.3.4.2. Variables independientes

Se construyeron un número significativo de variables independientes o explicativas para el desarrollo del modelo, aunque muchas de ellas fueron rechazadas por su falta de significatividad. En las Tablas 8 y 9 se muestran las variables creadas y sus resultados en cuanto a su significatividad.

Tabla 8

Variables diseñadas en base a las hipótesis, dimensión y significatividad para el modelo de riesgo

Dimensión	Variable	Significatividad ($p \leq 0,05$)
Empleo	Hogar con sustentador principal en desempleo más de 1 año	No
	Hogar con sustentador principal en empleo irregular	No
	Sustentador principal sin contrato ni alta en SS	No
	Hogares con personas no ocupadas, ni pensiones contributivas, ni prestaciones contributivas	No
	Al menos una persona desempleada que no ha hecho formación en el último año	No
	Todas las personas activas desempleadas	No
	Sustentador principal en empleo irregular	No
Privación	Hogares en pobreza severa	No
Ingresos	Hogares sin, al menos un bien, considerado básico	No
	No comprar medicamentos por problemas económicos	No
	No acude a terapia por problemas económicos	Sí

	No puede gastos hospitalizaciones por problemas económicos	No
	Retraso pago de recibos	No
	Retraso pago vivienda	Sí
	Avisos de cortes por problemas económicos	No
	No disponer de dinero para gastos de la casa	No
	Amenazas expulsión de la vivienda	No
	No disponer de efectivo para gastos imprevistos	No
	Pérdidas de relaciones sociales por problemas económicos	Sí
	Reducir actividades de ocio por problemas económicos	No
	Necesidad de pedir ayuda económica a familiares o amigos	No
	Necesidad de pedir ayuda económica a una institución	No
	Abandona proceso educativo por problemas económicos	No
	Necesita atención médica y no puede pagar desplazamientos	No
	No compra medicamentos por problemas económicos	Sí
	Deja de seguir tratamientos médicos por problemas económicos	Sí
	Reducir gastos en alimentación por problemas económicos	No
	No llevar una dieta adecuada por problemas económicos	No
	Avisos de cortes por problemas económicos	No
	No disponer de dinero para gastos de la casa	No
	Amenazas expulsión de la vivienda	No
	NO puede mantener la vivienda caliente	No
	Ha solicitado renta básica en su CCAA	No
	Ha solicitado ayudas de emergencia	No
	Ha solicitado subsidio por desempleo	Sí
	Ha solicitado pensiones no contributivas de la SS	No
Participación Política	Hogares sin derecho a elegir o ser elegidos como representantes políticos	No
	Hogares con personas sin capacidad ni influencia para la toma de decisiones colectivas	No
Educación	Hogares con personas de 3 a 15 años no escolarizadas	No
	Hogares en los que ningún adulto tiene estudios	No
	Hogares con mayores de 65 analfabetos	Sí
Salud	Enfermedad grave en el hogar	Sí
	Discapacidad en el hogar	Sí
	Situación de dependencia en el hogar	No
	Hogares con personas que necesitan ayuda para las AVD	No
	Alguien en el hogar necesita atención médica y no acude por lista de espera	No

	Hogares que dejan de percibir la ayuda de la dependencia	No
	Hogar sin cobertura sanitaria	No
	Hogares que han pasado hambre en los últimos 10 años	No
	Todos los adultos con discapacidad	No
	Enfermos crónicos sin tratamientos médico	No
Vivienda	Vivienda con barreras arquitectónicas graves	No
	Situaciones de infravivienda	No
	Hogares con deficiencias graves en la construcción	No
	Situaciones de insalubridad	No
	Situaciones de hacinamiento	No
	Tenencia de la vivienda en precario	No
	Entorno degradado y/o conflictivo	No
	Gastos excesivos de vivienda	No
Conflicto Social	Sin relaciones con miembros del hogar	No
	Sin relaciones con otros familiares	No
	Sin relaciones con amigos	Sí
	Sin relaciones con vecinos	Sí
	Malas relaciones con otros familiares	Sí
	Malas relaciones con miembros del hogar	No
	Malas relaciones con amistades	No
	Malas relaciones con vecinos	No
	Un divorcio en el hogar en los últimos diez años	No
	Problemas con el alcohol en los últimos diez años	Sí
	Problemas con drogas ilegales en los últimos diez años	Sí
	Problemas con el juego en los últimos diez años	Sí
	Antecedentes penales en el hogar en los últimos diez años	Sí
	Hogares con malos tratos físicos en los últimos diez años	No
	Hogar con malos tratos psicológicos en los últimos diez años	Sí
	Muerte violenta en el hogar en los últimos diez años	No
	Suicidio en el hogar en los últimos diez años	No
	Tráfico de drogas en el hogar en los últimos diez años	No
Hogares con personas en instituciones	Sí	
Aislamiento Social	No han tenido a personas que le ayuden	No
	No tiene a personas que le ayuden	Sí
	No ha ayudado a otras personas	No
	No ayuda a otras personas	Sí

Percepción	Califica al hogar como pobre	Sí
Vital	Nivel de vida empeora en comparación con últimos 10 años	Sí
	Nivel de vida empeora en el último año	No
	El hogar llega a fin de mes con dificultad	No
	Acude a los SS en el último año	No
	Acude a Cáritas en el último año	No
	Acude a otras entidades en el último año	No
	Entrevistados insatisfechos con su vida	Sí
	Discriminado por raza o etnia	No
	Discriminado por ser mujer	Sí
	Discriminado por el aspecto físico	No
	Discriminado por identidad sexual	No
	No sienten la recuperación económica en su hogar	No
	Cree que necesitará una ayuda económica en el próximo año	No

Nota. Elaboración propia.

Tabla 9

Variables diseñadas en base a las hipótesis, dimensión y significatividad para el modelo de protección

Dimensión	Variable	Significatividad ($p \leq 0,05$)
Empleo	Alguien en el hogar trabajó el año anterior	No
	Alguien en el hogar percibió una prestación el año anterior	No
Privación	Se puede mantener la vivienda a una temperatura adecuada	No
Participación Política	Es miembro activo de un sindicato	No
	Es miembro activo de una asociación de mayores	No
Vivienda	Tiene la vivienda en propiedad	Sí
Salud	Hogares sin enfermedades graves	Sí
Conflicto Social	Tiene relaciones positivas con los miembros del hogar	Sí
	Tiene relaciones positivas con otros familiares	No
	Tiene relaciones positivas con amistades	No
	Tiene relaciones positivas con vecinos	No
	Tiene quien le ayude en momentos de necesidad	No
Aislamiento Social	Tiene relaciones frecuentes con los miembros de su hogar	Sí
	Tiene relaciones frecuentes con otros familiares	No
	Tiene relaciones frecuentes con amistades	Sí
	Tiene relaciones frecuentes con vecinos	No
	Tiene relaciones positivas con los miembros del hogar	Sí
	Es ayuda para otras personas	Sí
Percepción Vital	El nivel de vida ha mejorado en los últimos 10 años	No
	Hogares que creen que no necesitarán ayuda económica en los siguientes 12 meses	Sí
	Se siente satisfecho con su vida	No
	Considera que no necesitará ayuda económica en los próximos 12 meses	No

Nota. Elaboración propia.

5.3.5. Análisis estadístico

Para el análisis de la muestra se utilizó el programa estadístico SPSS (vs. 23). Se contrastaron todas las variables de interés en una base de datos a disposición del equipo investigador.

Se consideró que el modelo de regresión logística binaria era el que mejor se ajustaba al planteamiento de investigación y al tratamiento de los datos a raíz del cuestionario empleado. De acuerdo con el objetivo de la presente investigación, esta selección se refuerza por cuatro razones:

1. La muestra es lo suficientemente numerosa como para dar datos fiables con una significación menor a 0,05.
2. Los 11.655 hogares analizados suponen un número suficientemente amplio como para obtener márgenes de fiabilidad adecuados.
3. Se han tenido en cuenta un número suficiente de variables respuesta que puedan explicar la variable dependiente (esto es, la presencia de patologías mentales en el hogar). De hecho, en el modelo de riesgo se han analizado 96 variables, hasta definir las 28 que conforman el modelo que se presenta. Por otra parte, en el modelo de protección se han analizado 22 variables hasta definir las 7 que forman el modelo.
4. Las variables dependientes han sido configuradas de forma dicotómica: hay o no presencia de enfermedades mentales en el hogar.

A través del análisis de regresión logística binaria, se han puesto en relación las variables para construir dos modelos que expliquen la relación existente entre las mismas, a efectos de factores de riesgo o de protección sobre la salud mental en el hogar de cada familia entrevistada.

Para ello, se han generado cruces bivariantes entre las variables, que se definen de la siguiente forma:

- Variable dependiente:
 - Modelo de riesgo: presencia de trastornos de salud mental en el hogar
 - Modelo de protección: no presencia de trastornos de salud mental en el hogar
- Variables independientes y explicativas: se analizarán como factores de riesgo o de protección.

Una vez que se han calculado las OR, se ha analizado la relación entre las variables en base a los siguientes parámetros:

- Valores iguales o cercanos a 1: no existe relación entre las variables, por lo que la variable no se define como de riesgo.
- Valores superiores a 1: existe una relación entre ambas variables, por lo que la variable se define como de riesgo.
- Valores inferiores a 1: existe una relación inversa entre las variables, de forma que la variable analizada podría cumplir una función inversa a la estudiada. No obstante, este fenómeno no ha sido investigado en profundidad, a causa del formato que se ha diseñado para el trabajo. Las variables cuyas OR se han situado por debajo de 1, han sido tenidas en cuenta, pero no interpretadas.

5.4. Resultados

Tras analizar la relación entre las variables señaladas a través de la regresión logística binaria, se han constituido dos modelos: uno de riesgo y otro de protección. El modelo de riesgo está conformado por 28 variables y el de protección cuenta con 7 variables presentes.

5.4.1. Modelo de riesgo

La configuración del modelo de riesgo queda formada por las 28 variables que han sido significativas. Se hará una descripción de las que tienen una relación directa, esto es, aquellas cuyo valor de OR sea superior a 1.

Es significativo señalar que todos los ejes están representados a través de alguna de sus dimensiones, aunque algunos tienen más peso que otros (como es el caso de la privación, dentro del eje económico; o del eje social, que está representado en todas sus dimensiones).

Los resultados muestran que uno de los bloques que más incidencia tiene sobre la presencia de trastornos mentales en el hogar es el relacionado con la cobertura económica. Las dificultades económicas tienen que ver con la ausencia de los ingresos suficientes en el hogar para mantener un nivel de vida digno que permita acceder a los servicios básicos. Muchos de estos servicios están vinculados con el ámbito de la salud.

En la Tabla 10 aparecen las variables que forman parte del modelo de riesgo, su nivel de significatividad y la OR correspondiente, que será analizada en los siguientes puntos del trabajo.

Tabla 10

Variables presentes en el modelo de riesgo, significatividad (p) y Odds Ratio (OR) correspondiente

Dimensión	Descripción	p	OR
Empleo	Han solicitado subsidios por desempleo	0,004	1,30
	No compran medicamentos por problemas económicos	0,000	6,93
Privación	No hacen terapia por problemas económicos	0,000	3,18
	Necesitan atención médica y no la tienen por lista de espera	0,013	2,43
	Pérdida de relaciones sociales por problemas económicos	0,011	1,67
	Necesidad de pedir ayuda a pariente o amigos	0,009	1,11
	Retrasos en el pago de la vivienda	0,002	0,69
	No pueden asumir gastos de hospitalizaciones	0,000	0,26
	Abandono de tratamientos por problemas económicos	0,000	0,13
	Participación política	No participan en las elecciones	0,000
Salud	Hogares que situaciones de dependencia	0,001	1,95
	Hogares con situaciones de discapacidad	0,002	1,46
	Hogares con enfermedades graves	0,000	0,64
Aislamiento Social	Sin relación con los vecinos	0,015	0,80
	Sin personas que les apoyen	0,000	0,57
	No son apoyo para otros	0,000	0,55
Conflicto social	Hogares con personas en instituciones	0,000	5,55
	Hogares malos tratos psicológicos en últimos diez años	0,000	4,61
	Personas con adicciones a drogas en los últimos diez años	0,000	4,29
	Hogares con problemas de juego en los últimos diez años	0,001	3,84
	Hogares con muertes violentas en los últimos diez años	0,000	3,40
	Hogares que han tenido antecedentes penales en los últimos diez años	0,015	3,37
	Hogares con intentos de suicidio últimos 10 años	0,000	2,92
	Malas relaciones con otros familiares	0,006	1,95
Percepción vital	Discriminación por ser mujer	0,000	0,76
	Hogares que manifiestan insatisfacción con su vida	0,000	2,31
	Hogares que se autocalifican como pobres	0,001	1,85
	Hogares cuyo nivel de vida ha empeorado en los últimos diez años	0,037	0,52
	Hogares que no sienten la recuperación económica	0,000	0,18

Nota. Elaboración propia

5.4.1.1. Eje económico: el empleo y la privación

Los datos muestran que la relación con el empleo no expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales en ninguna de sus acepciones: ni el desempleo, ni el desempleo de larga duración, ni el trabajo precario, ni el trabajo inseguro, tienen presencia en el modelo. La única variable del ámbito laboral que, de manera significativa, se observa como un factor de riesgo para la existencia de un TSM diagnosticado es la solicitud de subsidios por desempleo. Esto es, aquellas personas en situación de desempleo que han finalizado su prestación contributiva y se ven abocadas a la solicitud del subsidio no contributivo por falta de empleo. En este caso, el riesgo de presentar una enfermedad mental es 1,3 veces mayor.

Los elementos que sí generan un importante impacto en el desarrollo de enfermedades mentales son los que tienen que ver con la cobertura de necesidades a través del pago de servicios o recursos. Concretamente, la imposibilidad de asumir ciertos gastos relacionados con el ámbito sanitario incrementa de forma importante el riesgo de que en el hogar exista un trastorno de salud mental: el no comprar medicamentos por dificultades económicas casi septuplica la posibilidad de que alguna persona del hogar presente una patología mental: multiplica esta posibilidad por 6,9. El no poder pagar una psicoterapia privada y el no poder acceder a la atención médica especializada necesaria a causa de retrasos y/o listas de espera casi triplica la presencia de TSM: expone 3,2 veces más, en el primer caso y 2,4 veces más, en el segundo.

También la reducción de relaciones sociales por cuestiones económicas expone 1,6 veces más y la necesidad de pedir ayuda a personas de confianza (familiares y/o amigos) produce un mayor impacto en la salud mental (multiplicando por 1,1 la presencia de enfermedades mentales).

5.4.1.2. Eje político y de ciudadanía: la participación política y la salud

Desde el punto de vista del eje político y de acceso a los derechos de la ciudadanía, tan sólo la dimensión de la salud tiene una representación significativa en el modelo. Las variables relacionadas con la vivienda y la educación no han sido significativas y la única significativa relacionada con la participación política, obtiene una OR inferior a 1.

Sin embargo, la dimensión de la salud sí que está presente con tres factores de riesgo. Estas tres variables presentes en el modelo tienen que ver con la presencia en el hogar de personas con discapacidades o dependencias. No es el caso de los hogares con enfermedades crónicas, cuya OR es inferior a 1.

Sin embargo, en el caso de los hogares en los que algún conviviente tiene una discapacidad, la exposición a enfermedades mentales es 1,5 veces superior. Esta posibilidad casi se duplica, en el caso de los hogares en los que una de las personas convivientes se encuentra en una situación de dependencia reconocida.

5.4.1.3. Eje social-relacional: el conflicto social y el aislamiento

Las conductas de riesgo son, por propia definición, un riesgo para los hogares. Pero este riesgo es el más significativo, ya que las OR son en este punto muy superiores a cualquier otro ámbito de los analizados en este trabajo.

Los hogares en los que ha habido problemas de adicciones en los últimos 10 años están 4,3 veces más expuestos a la presencia de enfermedades mentales. Dentro de las adicciones, se puede definir la adicción al juego o ludopatía, que multiplica el riesgo por 3,8.

Las familias que viven en hogares en los que alguna persona está institucionalizada (en centros sanitarios, penitenciarios, para personas con discapacidad, enfermedad mental, mayores, drogodependientes, menores, sin hogar, mujeres u otros) se exponen 5,5 veces más. Por otra parte,

la presencia de antecedentes penales, multiplican por 3,4 la posible presencia de enfermedades mentales. Los hogares en los que se han vivido muertes violentas o intentos de suicidio en los últimos 3 años se exponen en mayor medida a los TSM: multiplicando su presencia por 3,4 en el primer caso y por casi 3, en el segundo.

Desde el punto de vista del género, se debe hacer referencia a los malos tratos psicológicos en el ámbito del hogar, que tiene una OR de 4,6: esto significa que estas mujeres se exponen casi 5 veces más a la posibilidad de desarrollar una enfermedad mental.

Los hogares con malas relaciones con familia no conviviente, también se expone de un modo especial, duplicando el riesgo.

Por último, los datos muestran cómo una percepción negativa, desde el punto de vista del empeoramiento de la situación personal o la ausencia de esperanza, suponen un riesgo para la salud mental del hogar. Por una parte, la falta de satisfacción con la propia vivencia de la realidad es un elemento de riesgo e incrementa el riesgo de enfermedades mentales en 2,3. Por otra parte, la percepción de que la situación del hogar no mejora, pese a que es posible hacerlo (una perspectiva desesperanzada de la recuperación), que casi duplica (multiplica por 1,8) esta exposición de la salud mental.

5.4.2. Modelo de protección

En la Tabla 11 aparecen las variables que forman parte del modelo de protección, su nivel de significatividad y la OR correspondiente, que será analizada en los siguientes puntos del trabajo.

Tabla 11

Variables presentes en el modelo de protección, significatividad (p) y Odds Ratio (OR) correspondiente

Dimensión	Descripción	p	OR
Privación	Puede mantener la vivienda caliente	0,000	1,37
Salud	Sin presencia de enfermedades graves	0,000	1,99
Relaciones sociales	Relaciones positivas con familiares	0,000	2,06
	Relaciones positivas con vecinos	0,000	1,56
	Relación frecuente con amistades	0,000	1,33
	Relación frecuente con vecinos	0,005	1,25
Percepción vital	Hogares en los que el entrevistado/a se siente satisfecho con la vida	0,000	1,75
	Hogares que creen que no necesitarán ayuda económica en los siguientes 12 meses	0,007	1,25

Nota. Elaboración propia

En el caso del modelo de protección, el primer dato reseñable es que el número de variables presentes y los ejes y dimensiones afectadas son mucho menores que en el modelo de riesgo. Aun así, todos los ejes están presentes, aunque el económico y el político pierden fuerza con relación al eje social, que está especialmente representado.

5.4.2.1. Eje económico: la privación

De nuevo, la dimensión del empleo es la menos determinante: si en el modelo de riesgo, el empleo no tuvo incidencia sobre la presencia de enfermedades mentales en los hogares, en el modelo de protección, la presencia de un empleo tampoco tiene incidencia para la ausencia de enfermedades mentales en los hogares. Los dos factores construidos sobre la base del empleo (el

haber trabajado o cobrado algún tipo de pensión/prestación en el año anterior) no han resultado significativos, por lo que no han llegado a entrar en el modelo.

Con relación al ámbito de la privación, sólo el tener el nivel de ingresos suficiente como para que la vivienda esté a una temperatura óptima, aparece como una protección en este proceso: concretamente, 1,4 veces más de no presentar una enfermedad mental.

5.4.2.2. Eje político y de la ciudadanía: la salud

Ningún elemento vinculado con la participación política, la vivienda o la educación están presentes en el modelo. Sólo uno de los factores testados ha sido significativo y forma parte del modelo de protección.

Este factor pertenece a la dimensión de la salud y tiene que ver con la ausencia de enfermedades calificadas como graves: incapacitantes, crónicas u otros. En este caso, aquellos hogares en los que no está presente ninguna de estas patologías, está más protegida de las enfermedades mentales: concretamente, casi el doble que los hogares en los que hay una enfermedad crónica presente.

5.4.2.3. Eje social-relacional

De las ocho variables presentes en el modelo de protección, cuatro tienen que ver con las relaciones sociales, lo que de nuevo muestra el impacto que la red social tiene sobre la salud mental.

Tener relaciones frecuentes con amigos multiplica por 1,3 la protección ante la patología mental. Además, la relación frecuente con los vecinos protege un 1,3 veces más. Pero no sólo se valora la frecuencia de las relaciones, sino su calidad. Y es en esta calidad donde se encuentra la mayor protección. Tener buenas relaciones con familiares no convivientes en el hogar multiplica

por casi 2,1 la protección, mientras que tener buenas relaciones con los vecinos, lo multiplica por 1,6.

También una percepción vital positiva garantiza la protección de la salud mental. Aquellos entrevistados que consideran que el nivel de ingresos de su hogar no les hará necesitar apoyo económico en los próximos 12 meses, multiplican la protección por 1,2. Por otra parte, aquellos entrevistados/as que manifiestan sentirse satisfechos/as con su vida, multiplican esta protección por 1,7.

5.4.3. El contraste en los hogares en situación de exclusión social

Los modelos señalados en los puntos anteriores están contruidos sobre la base de la muestra total. En este apartado, se van a revisar los factores que resultan significativos y alcanzan una OR superior a 1, testados sobre la muestra de hogares en situación de exclusión.

Muchas de los factores presentes en los modelos originales pierden significatividad al testarlos sobre los hogares situados en el espacio de la exclusión social. Pero aquellos que se mantienen, lo hacen con más intensidad. Esto puede ayudar a acotar con más precisión los elementos que deben tenerse en cuenta desde el punto de vista del diseño de políticas públicas.

5.4.3.1. El modelo de riesgo en los hogares situados en el espacio de la exclusión

El modelo de riesgo testado sobre la muestra de hogares en exclusión deja 18 factores significativos, de los que 9 tiene una *OR* superior a 1, como puede verse en la Tabla 12. Será sobre estos factores sobre los que se haga una descripción más detallada.

Con relación a la privación, de nuevo son los elementos relacionados con la dificultad para acceder a bienes y servicios los que tienen un mayor impacto sobre la salud mental. Aun así, este impacto es claramente inferior al encontrado en el modelo de riesgo general. Por ejemplo, el no

comprar medicamentos por dificultades económicas triplica la presencia de patologías mentales, pero el impacto es la mitad que el que se encontraba en la muestra general. El no poder asumir el coste de una psicoterapia privada duplica el riesgo de padecer una enfermedad mental, pero el impacto sigue siendo un punto inferior al del modelo general.

Tres son los factores en los que existe una distancia significativa al alza al testar el modelo general sobre la muestra de población excluida: la presencia de una discapacidad en el hogar, la presencia de una adicción en los diez años anteriores a la recogida de datos y la pérdida de relaciones sociales por cuestiones económicas. Es este último factor, en el que existe la distancia más ajustada, pasando de una exposición de 1,7 a otra de 1,9 en los hogares situados en el espacio de la exclusión. La presencia de una discapacidad casi duplica el riesgo de enfermedades mentales, 0,5 puntos más que sobre la muestra general. Por último, y con una distancia apreciable, los hogares en los que alguno de sus miembros ha tenido una adicción en los últimos diez años multiplican por 7,5 sus posibilidades de presentar patologías mentales: 3,2 puntos por encima que la puntuación obtenida en el modelo de riesgo construido sobre la muestra general.

También en este caso los hogares en los que alguna persona está institucionalizada (en centros sanitarios, penitenciarios, para personas con discapacidad, etc.) están casi 4 veces más expuestos a la presencia de enfermedades mentales (3,75) y aquellos hogares en los que hay malas relaciones con otros familiares no convivientes tienen una exposición a enfermedades mentales de 1,7 (algo inferior a la puntuación obtenida en el modelo general).

De nuevo una percepción negativa y desesperanzada sobre la situación subjetiva genera un riesgo importante, pero menor que el obtenido en el análisis previo: tanto la insatisfacción con la propia vida, como la autocalificación del hogar como “pobre” genera una exposición 1,6 veces superior, pero en ambos casos inferior a la obtenida previamente.

Tabla 12*Factores presentes en el modelo de riesgo en hogares en exclusión*

Dimensión	Factor	<i>p</i>	OR	OR Total muestra
Privación	Dejan de comprar medicinas	0,002	3,11	6,93
	No pueden acudir al psicólogo	0,001	2,10	3,18
	Pérdida de relaciones sociales por causas económicas	0,000	1,86	1,67
Salud	Hogares en los que algún miembro presenta una discapacidad	0,001	1,90	1,46
Conflicto	Personas con adicciones a drogas en los últimos diez años	0,000	7,49	4,29
	Personas en instituciones	0,002	3,75	5,55
	Malas relaciones con otros familiares	0,050	1,75	1,95
Percepción vital	Se sienten insatisfechos con su vida	0,001	1,64	2,31
	Sienten que su nivel de ingresos está muy por debajo de la media	0,003	1,64	1,85

Nota. Elaboración propia**5.4.3.2. El modelo de protección en los hogares situados en el espacio de la exclusión**

El modelo de protección testado sobre los hogares en exclusión deja valores muy similares al modelo de protección del conjunto de hogares sobre casi todas las variables, ya que la OR más alejada entre uno y otro modelo lo está en 0,3 puntos.

De los factores testados, sólo hay cuatro que sean significativos, de los que 3 tienen un valor superior a 1. En cuanto a su ubicación por ejes, uno de los factores corresponde a la dimensión de salud, que pertenece al eje político y de derechos de la ciudadanía, mientras que los

otros dos factores se ubican en el eje social-relacional: uno de los factores en la dimensión de conflicto social y el otro en la dimensión de aislamiento social.

Se pasa a describir estos tres factores, que pueden contrastarse en la Tabla 13.

De nuevo los factores más protectores tienen que ver con el ámbito de la salud y de las relaciones sociales. La ausencia de enfermedades graves en el hogar reduce casi a la mitad la presencia de enfermedades mentales en el hogar. Por otra parte, en el ámbito de la red sociales, el que las relaciones con familiares no convivientes sean positivas, también reduce casi a la mitad la aparición de TSM. Un poco menor, pero también una reducción significativa, es el caso de los hogares que tienen relaciones frecuentes con sus amistades. En este caso, la reducción se acerca a 1,5 puntos.

Tabla 13

Factores presentes en el modelo de protección en hogares en exclusión

Dimensión	Factor	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i> Total muestra
Salud	Sin presencia de enfermedades graves	0,000	1,97	1,99
Conflicto social	Relaciones positivas con otros familiares	0,008	1,78	2,06
	Relaciones frecuentes con amistades	0,030	1,36	1,33
Aislamiento social	Es apoyo para otras personas	0,000	0,61	0,65
	Acude a Servicios Sociales a demandar ayuda	0,000	0,55	0,58

Nota. Elaboración propia

5.5. Discusión

Algunas investigaciones recientes ya habían dejado en evidencia el escaso papel protector que el actual sistema de empleo tiene en la prevención de situaciones de exclusión y enfermedades mentales (Llosa et al., 2020). Como se ha podido ver en los resultados, ninguno de los modelos otorga un papel determinante a las situaciones de empleo, desempleo, empleo precario o inseguridad en el empleo están ausentes. Por otra parte, ni el desempleo (bien sea de corta o de larga duración), ni el empleo en exclusión, ni el empleo irregular se presentan como variables con significatividad en su relación con la presencia de los trastornos de salud mental en los hogares.

Con respecto a la presencia del empleo en el modelo, sólo una de las variables hace referencia a este ámbito: los hogares en los que alguna persona ha solicitado un subsidio por desempleo multiplican por 1,3 la presencia de trastornos de salud mental. Al respecto, se podría valorar la deficitaria cobertura que las prestaciones (contributivas y, en mayor medida no contributivas) tienen sobre la cobertura de las necesidades del hogar. Aun así, podría parecer que la actual cobertura del desempleo, de carácter contributivo, sí protege a los hogares de las enfermedades mentales. El desempleo podría no estar ligado a situaciones más próximas a la enfermedad mental, como la exclusión o la vulnerabilidad sociales. No así la pobreza, como es el caso de los trabajadores pobres (Arnal et al., 2013).

Este hecho vincula directamente con la necesidad de una garantía de ingresos mínimos, una cuestión presente desde hace tiempo en el debate político y social. En este sentido, Fernández (2015) asegura que el sistema de garantía de rentas supone un soporte para que la ciudadanía mantenga un nivel de vida digno y asegura que incide tanto en la reducción de la pobreza como en el mantenimiento del bienestar de los hogares. Los datos obtenidos permiten demostrar que una cobertura económica adecuada podría no exponer a los hogares al mayor riesgo que supone la

presencia de trastornos de salud mental. Las evidencias del análisis desarrollado muestran un impacto importante de la privación material en el riesgo de patologías mentales. Las políticas de austeridad implementadas con motivo de la Gran Recesión de 2008, junto con el escaso interés político por incorporar un ingreso mínimo, suficiente y adecuado a los diferentes territorios, como una apuesta en la agenda social, exponen a los hogares al riesgo de la enfermedad mental.

En general, las situaciones de enfermedad grave y dependencia están muy vinculadas con la presencia de enfermedades mentales en los hogares y su ausencia, esto es, las situaciones de salud y bienestar sanitario funcionan como un claro factor de protector. Los estados de salud deteriorados suelen marcar la necesidad de la presencia de la figura del “cuidador informal”, definida por el IMSERSO (2005) como la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizado. El riesgo de presencia de trastornos de salud mental en estos cuidadores es mayor. Así lo señalan López et al. (2013), quienes aseguran que algunos procesos como la ansiedad, depresión, alternaciones del sueño, apatía e irritabilidad son más propios de los cuidadores informales en comparación con el resto de población.

Las relaciones sociales generan redes de solidaridad que suponen auténticos recursos sociales, pero también generan procesos de significación y de identidad no menos importantes en la dimensión simbólica de la integración social (Llosa et al., 2020).

En las hipótesis del trabajo se había planteado como posibilidad el hecho de que la ausencia de relaciones sociales sanas y comprometidas pudiera ser uno de los aspectos que más afectaran a configurar riesgos para la presencia de enfermedades mentales en el hogar. Así ha sido: los hogares que tienen malas relaciones con otros familiares o vecinos están dos veces más expuestos a la presencia de un trastorno de salud mental. Es curioso señalar cómo las variables que hacen

referencia al apoyo mutuo (personas que no tienen personas que les ayuden o que no son ayuda para otras personas), si bien son significativas en el modelo, no exponen a los hogares a la presencia de trastornos de salud mental, sino que más bien suponen un cierto marco de protección, en el que no se ha profundizado. Quizás esto pueda deberse al deterioro que han sufrido las redes de apoyo familiares (sobre todo, las relacionadas con la familia extensa) a causa de la crisis. Numerosas investigaciones desarrolladas en los últimos años hacen mención del desgaste de las redes sociales, sobre todo la familia extensa (Arnal et al., 2013; Gallagher & Wetherell, 2020).

Dentro de anomia y conflicto social se han construido una serie de factores que tienen que ver con situaciones y conductas que suponen un elemento de desestructuración para el hogar. Laparra y Pérez (2007) aseguran que una forma de expresar situaciones de exclusión social tiene que ver con relaciones que presentan una dimensión perversa o se manifiestan en comportamientos de amplio rechazo social. Aquí el problema no es la ausencia de lazos sociales, sino el hecho de que los existentes sitúan a las personas que participan de ellos al margen del conjunto de la sociedad.

Hay que hacer mención en este punto a que una de las categorías de trastorno mental estudiadas tiene que ver con los trastornos asociados a la adicción, es decir a las patologías duales, tan frecuentes en personas excluidas con problemas adictivos. En este caso, las complicaciones asociadas al consumo en presencia de trastorno mental se agravan, como señala Torrens (2008), quien asegura que estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica). En cualquier caso, no se puede asegurar que estos datos hagan referencia a la persona consumidora y con trastorno mental o a otra persona que conviva en el mismo hogar.

Los malos tratos físicos no han tenido significatividad y han sido eliminados del modelo. Distintas investigaciones sobre la violencia de género en el hogar han señalado la incidencia sobre la salud mental del maltrato reiterado y mantenido en el tiempo. Por ejemplo, Amor et al. (2001) aseguraban que sólo una pequeña parte de las víctimas ha tenido una historia psiquiátrica anterior al maltrato sufrido, referida sobre todo al ámbito de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Se trata, por tanto, de mujeres equilibradas mentalmente que sufren de trastornos psicológicos como consecuencia de un contexto de maltrato crónico (Viaña, 2014).

La percepción acerca de la vivencia subjetiva de la realidad tiene gran trascendencia en esa dimensión tan importante en la vida a la que se llama felicidad. Algunos autores han trabajado sobre esta idea, diseñando escalas que pretendían medir la satisfacción que las personas tenían con su vida (Raynor y Panza, 2022). Esta satisfacción vital puede ser entendida como una comparación entre las circunstancias vitales globales y otros estándares impuestos (Gan et al, 2022). Los datos reflejan como una visión positiva del presente y esperanzada del futuro funcionan como un elemento de protección. Por el contrario, las perspectivas negativas a futuro suponen un riesgo importante para la aparición de enfermedades mentales.

Por último, hay que señalar que se han encontrado con dos limitaciones importantes en el desarrollo de este estudio. En primer lugar, el hecho de que el cuestionario pregunta por la presencia de enfermedades mentales en el hogar, sin llegar a concretar a qué miembro del hogar se está haciendo referencia. Sería necesario poder definir quién o quiénes son estas personas para desarrollar con mayor profundidad este análisis. La segunda limitación tiene que ver con la interpretación de los resultados obtenidos en aquellas variables que, si bien son significativas, funcionan en sentido inverso al estudiado. La profundización en estas variables puede ser una futura línea de trabajo para próximas investigaciones.

CAPÍTULO 6:

MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA

APARICIÓN DE ENFERMEDADES

MENTALES EN PERSONAS EN SITUACIÓN

DE EXCLUSIÓN: EL IMPACTO DE LA

COVID-19

CAPÍTULO 6:
MODELO DE PREVENCIÓN PARA LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES
MENTALES EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN:
EL IMPACTO DE LA COVID-19

“La angustia psicológica está extendida entre la población. Muchas personas están angustiadas por los efectos inmediatos del virus en la salud y las consecuencias del aislamiento físico (...) Las personas han estado físicamente alejadas de seres queridos y compañeros. Millones de personas se enfrentan a turbulencias económicas tras haber perdido sus fuentes de ingresos y sus medios de vida o por estar en peligro de perderlos (...) Es probable que se produzca un aumento del número y la gravedad de los problemas mentales a largo plazo” (ONU, 2020, p.3).

6.1. Introducción

En el desarrollo de los últimos capítulos, ha quedado en evidencia de la dificultad que tienen las personas que viven en hogares vulnerables y excluidas también en el ámbito de la salud mental y de los factores tan diversos que exponen estos hogares al riesgo de presentar una enfermedad mental.

Ante este panorama, en 2019 aparece un elemento extremadamente estresor a nivel mundial, que ahonda más en la brecha que ya existía entre la presencia de enfermedades mentales entre los hogares situados en el espacio de la integración y los hogares situados en el espacio de la exclusión.

Concretamente en diciembre de 2019 aparece una nueva enfermedad causada por un coronavirus en SARS-COV2 y a la que denominan COVID-19. *“La COVID-19 es la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China)”* (WHO, 2019). El impacto de la COVID-19 fue difícil de predecir en aquellos primeros momentos, pero tras meses de convivencia con el virus y la enfermedad, el desarrollo de la cotidianeidad se modificó de forma integral. La entrada de las nuevas tecnologías para el desarrollo laboral y educativo; la ausencia de contacto presencial con las personas de apoyo; el uso de mascarillas y/u otros dispositivos que limitaron la comunicación no verbal; y un largo etcétera de elementos novedosos, comenzaron a mediar en la relación interpersonal, social y comunitaria.

En cuanto a la gestión de la situación pandémica llevada a cabo por los diferentes estados, también se ha pasado por diferentes momentos. Desde el desconcierto inicial, hasta las restricciones a la movilidad y la relación, los Estados han tomado las medidas necesarias para frenar el avance de la enfermedad y mantener la capacidad de sus sistemas de salud. Muchas de estas medidas han tenido como objetivo la salvaguarda de la salud física, pero no han puesto la mirada en el resto de los elementos que componen la definición de salud: la psicológica y la social.

En España, el Gobierno español decretó el estado de alarma el 14 de marzo (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, 2020), que incluyó severas medidas de confinamiento y aislamiento social domiciliario, que sólo permitían el desplazamiento fuera del domicilio con justificación para trabajos considerados “esenciales” y para citas médicas, compras o cuidados de personas dependientes. Esta situación excepcional redujo la socialización de las

personas a sus hogares con el fin de evitar la propagación del virus, lo que ha tenido graves consecuencias para la salud: cancelación de citas médicas, atención sanitaria telefónica; reducción en el número de diagnósticos; retraso en la implementación de tratamientos sanitarios esenciales; incremento del impacto sobre la salud mental, con mayor número de diagnósticos o incluso agravamiento de diagnósticos psiquiátricos previos a la pandemia (Ramírez-Ortiz et al., 2020; Shanbehzadeh et al., 2021).

Durante muchos meses, y aun hoy en día, la COVID-19 sigue marcando el ritmo de la vida desde todas las esferas posibles: la sanitaria, pero también la económica, la educativa, la social, etc. Y los efectos de la pandemia siguen generando muchas dificultades también, en el ámbito de estas esferas.

A lo largo del capítulo se presentará información sobre los aprendizajes extraídos de esta crisis sanitaria. Concretamente, sobre la situación sanitaria que han vivido las personas que eran más vulnerables en cuanto a su salud antes de la COVID-19, porque se contrasta que lo son todavía más tras el impacto de la pandemia. Se ha puesto de manifiesto a nivel social que el impacto del COVID-19 ha sido mayor en personas con escasos recursos económicos o personas en riesgo de exclusión social como personas con enfermedad mental, personas con discapacidad, inmigrantes en situación administrativa irregular o personas sin hogar (Morante-García et al., 2022). Y esto, a nivel de salud/enfermedad mental no es baladí: supone que se asumen más riesgos y menos protecciones para evitar las enfermedades mentales.

6.2. Objetivos e hipótesis

Este trabajo pretende dar respuesta al segundo objetivo específico de la investigación presentada, que se detalla a continuación.

-
- Objetivo específico 2: Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental, en el contexto de la crisis sanitaria generada por la COVID-19.
 - Hipótesis 2.1: Los trastornos de salud mental tienen una mayor extensión, intensidad y cronicidad entre las mujeres. Por ello, los hogares sustentados por una mujer corren un mayor riesgo de exposición a enfermedades mentales.
 - Hipótesis 2.2: Las personas que pertenecen a una etnia o de procedencia extranjera están más afectadas por enfermedades mentales.
 - Hipótesis 2.3: Las personas con menores niveles de estudios tienen una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad mental.
 - Hipótesis 2.4: Las situaciones de inseguridad laboral (empleo temporal, empleo precario, empleo de exclusión) incrementan la posibilidad de que una persona padezca un trastorno de salud mental.
 - Hipótesis 2.5: Las enfermedades mentales tienen mayor prevalencia entre las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza y en situaciones de privación material.
 - Hipótesis 2.6: La presencia de enfermedades crónicas, discapacidades y situaciones de dependencia, por el debilitamiento que suponen sobre el estado de salud, suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en los individuos.
 - Hipótesis 2.7: Las situaciones de inseguridad en la vivienda impactan sobre el estado de salud mental de los individuos, máxime en el marco de una crisis sanitaria.
 - Hipótesis 2.8: Las conductas de riesgo o situaciones asociadas a las mismas suponen un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.

- Hipótesis 2.9: Las relaciones saludables, pero infrecuentes suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.
- Hipótesis 2.10: Las relaciones negativas o dañinas suponen un grave riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.
- Hipótesis 2.11: Las situaciones de soledad, aislamiento o falta de apoyo social han sido un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales, en el contexto de la pandemia.

6.3. Método

En este apartado se describe el método seguido para el desarrollo de este estudio. Se define el tipo de diseño seleccionado, la muestra utilizada, el instrumento de recogida de datos que ha permitido la muestra, cómo se ha realizado el diseño de las variables y el análisis estadístico que se ha desarrollado.

6.3.1. Diseño

El diseño del estudio se planteó desde un enfoque transversal, descriptivo-exploratorio y analítico, a partir de una muestra de tamaño nacional.

6.3.2. Muestra

La muestra utilizada en esta investigación corresponde a la utilizada para el Informe Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. En esta ocasión no

se han recogido datos representativos de todas las Comunidades Autónomas, sólo de algunas⁶. Para cada Comunidad Autónoma con muestra específica, se recogió información sobre 600 hogares, 400 para hogares con algún indicio de exclusión y 200 para hogares sin indicios. La muestra total diseñada para España fue de 7.013 hogares (4.625 vulnerables y 2.388 integrados). Esto ha garantizado unos márgenes de error del 0,7% para la información de los hogares y del 1,2% para la información de la población. “En ambos casos, el margen de error es óptimo, la información es estadísticamente representativa del conjunto del universo, y los intervalos de confianza permiten un análisis detallado de los niveles de integración y exclusión social”. (Ayala et al. (coords.), 2022, pp.638).

La información fue recogida de manera presencial, entre el 11 de marzo y el 31 de mayo de 2021. Para el proceso de recogida de datos se utilizó la EINSFOESSA 2021, administrada presencialmente por un encuestador en los domicilios de las personas. En total se realizaron 400 rutas, repartidas en 262 municipios de España.

La encuesta EINSFOESSA 2021 está formada por dos cuestionarios: uno, que se usa como filtro y otro, el principal. A través del cuestionario filtro, se clasifican los hogares según si tienen o no indicios de exclusión. A través del cuestionario principal, se recoge la información de los mismos.

6.3.3. Instrumentos

Por último, el cuestionario utilizado para la investigación de 2021 surgía como la primera radiografía completa de la situación social en España tras la crisis sanitaria generada por la

⁶ Se indica a continuación, las CCAA de las que se tienen datos representativos: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Madrid, Murcia y País Vasco.

pandemia de la COVID-19. En este caso, se pretendía ahondar en las circunstancias de salud de los hogares, pero también en el impacto de los confinamientos y la reducción en el consumo en el empleo y las relaciones sociales. Para esta investigación, el cuestionario principal estaba también dividido en bloques, con un total de 131 ítems, repartidos del siguiente modo:

- A. Composición del hogar. 11 ítems. Referidos a las características personales básicas de cada miembro del hogar (datos personales, sexo, edad, nacionalidad, situación de ciudadanía, estado civil...).
- B. Educación y estudios. 11 ítems. Referidos a las características formativas de cada miembro del hogar (nivel de estudios, dificultades para la consecución de los estudios, estudios que se cursan en la actualidad y, especialmente, elementos relacionados con la formación durante las diferentes crisis sanitarias).
- C. Salud, autovalimiento y necesidades específicas de inserción. 29 ítems. Referidos a las características de salud de cada miembro del hogar (estado de salud, cobertura sanitaria, necesidades específicas, situaciones de dependencia y, especialmente, el impacto de la COVID-19 en las personas afectadas) y a las dificultades del hogar para asegurarse los tratamientos necesarios.
- D. Empleo y formación. 16 ítems. Referidos a la situación de empleabilidad de todos los miembros del hogar (situación laboral, búsqueda de empleo, formación referida al empleo...) y a los cambios acontecidos en los periodos de crisis y que afectan a la relación con el trabajo (reducciones de jornada, despidos, ERTES, etc.).
- E. Economía. 34 ítems. Referidos a los ingresos percibidos por todos los miembros del hogar; los gastos relativos a la vivienda, la educación y otros elementos de la vida de la familia;

la percepción de la persona entrevistada de la situación económica de su hogar; y de las dificultades económicas que se han atravesado con motivo de la pandemia sanitaria.

- F. Vivienda y entorno. 7 ítems. Referidos a las características de la vivienda y el equipamiento del que dispone, prestando especial atención en los elementos tecnológicos.
- G. Servicios sociales. 13 ítems. Referidos a la necesidad del hogar de apoyo por parte de los Servicios Sociales o entidades del Tercer Sector, incidiendo especialmente en la solicitud/percepción de rentas mínimas autonómicas, Ingreso Mínimo Vital o las ayudas para el pago de la vivienda/suministros generados con motivo de la pandemia.
- H. Situación actual. 14 ítems. Referidos a la valoración de la persona entrevistada de la actual situación política y social, de las relaciones sociales que se mantienen, de las conductas de riesgo presentes en el hogar, del interés por la participación política y de posibles experiencias de discriminación sufridas por algún miembro del hogar.

Como elemento diferenciador de las anteriores encuestas, las preguntas relacionadas sobre la salud mental estaban en el apartado C (Salud). Y, además, y este ha sido un cambio fundamental que matiza la metodología de la investigación, las preguntas estaban referidas a personas concretas, de forma que se ha podido extraer información del número de personas del hogar diagnosticadas por un problema de salud mental y sus características.

En esta ocasión, cuatro eran las preguntas que permitían determinar la presencia o ausencia de enfermedades mentales en el hogar: C.41, C.42, C.43 y C.44. Las preguntas señaladas se planteaban en tres márgenes temporales (“*En el último año*” o en el “*En los últimos diez años*” y “*Anteriormente*”). Las preguntas se definían del siguiente modo:

- C.41: *¿Ha sido diagnosticado de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (por ejemplo, brotes psicóticos, paranoia, etc.)?*

-
- C.42: *¿Ha sido diagnosticado de trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión, ansiedad, TOC...)?*
 - C.43: *Alguien de su hogar, ¿ha tenido o tiene problemas con el alcohol?*
 - C.44: *Alguien en su hogar, ¿ha tenido o tiene problemas con otras drogas (ilegales, medicamentos)?*

6.3.4. Revisión de los indicadores

El sistema de 35 indicadores con el que la Fundación FOESSA construye su índice sintético de exclusión social (ISES) se ha implantado en 2007, como se ha hecho referencia en apartados anteriores de este trabajo. Con el objeto de iniciar una nueva serie desde 2018, se ha hecho una revisión de este sobre algunos elementos que se pasan a definir (Ayala et al. (coords.), 2022):

- Indicadores 1, 5, 6 y 38: personas desempleadas. Para identificar a las personas desempleadas, se añaden dos requisitos nuevos: el de la búsqueda activa de empleo en las últimas 4 semanas y el de la disponibilidad para la incorporación inmediata.
- Indicador 4: hogares sin ingresos periódicos. Se incorpora a la dimensión 2 (participación en el consumo) y recoge los hogares en los que la fuente de ingresos no es periódica y/o previsible.
- Indicador 5: hogares con empleados de larga duración que no han recibido formación en el último año. En este indicador se dejan de contabilizar a las personas desempleadas que, si bien no han realizado ninguna opción formativa en el último año, tienen estudios superiores.
- Indicador 7: Umbral de la pobreza severa (40% de la mediana). Se actualizan los datos del umbral de la pobreza correspondiente a la renta de 2017.

-
- Indicador 8: equipamientos domésticos básicos. Se actualiza el listado de los bienes considerados como básicos.
 - Indicador 9: hogar con adultos in derecho a voto. Se actualiza el listado de países.
 - Indicador 12: hogares en los que todos los adultos tienen menos de la formación básica. Se actualiza la información en base a las diferentes leyes educativas y sus diferentes edades escolares.
 - Indicador 13: hogares con mayores de 65 años con menos de 5 de escolarización. Se aplica un criterio común de edad.
 - Indicador 16: hogar con situaciones de insalubridad. Se introduce un filtro para eliminar a aquellos hogares en los que el entrevistador asegura no tener necesidades especiales en la vivienda.
 - Indicador 17: hacinamiento grave. Se ajusta el espacio a aquellos inferiores a 15m.
 - Indicador 20: personas con movilidad reducida que viven en hogares con barreras arquitectónicas. Se seleccionan los hogares en los que se dan ambas situaciones simultáneamente, ajustando el tipo de discapacidad y/o enfermedad y el tipo de barrera.
 - Indicador 21: gastos excesivos en la vivienda. Se ajusta el nivel de gastos a la modificación del umbral de la pobreza severa.
 - Indicador 27: hogares que no se pueden permitir ciertos servicios sanitarios por dificultades económicas. Se limitan estos hogares a aquellos que están por debajo de la pobreza moderada (60% de la mediana).
 - Indicador 31: madre o padre adolescente. Se elimina la consideración de monoparentalidad.
 - Indicador 35: hogares con personas institucionalizadas. Se acota el límite temporal de la institucionalización al último año.

- Indicador 36: acumulación de deudas. Indicador de nueva creación.
- Indicador 37: sustentador principal en inestabilidad laboral grave. Indicador de nueva creación.

6.3.5. Creación de las variables

6.3.5.1. Variable dependiente

Para este trabajo se construyó una única variable dependiente, para la que se utilizaron ambos marcos temporales. Este cambio metodológico se explicará en el apartado *Análisis estadístico*.

La variable dependiente “TSM_TOTAL” se configuró con la sintaxis:

IF (C41RECO = 1 | C42RECO = 1 | C43RECO = 1 | C44RECO = 1) TSM_TOTAL=1.

6.3.5.2. Variables independientes

En este caso, también se ha construido un número significativo de variables independientes o explicativas para el desarrollo del modelo: en total 126. Como se ha comentado anteriormente, en este trabajo se han incorporado una serie de cambios metodológicos, que tienen que ver con la construcción de las variables y la interpretación de los datos.

El impacto de este cambio en lo que tiene que ver con la construcción de las variables afecta a la variable dependiente, de la que se ha dejado constancia en el apartado anterior. En relación con las variables independientes hay pocos cambios con relación al capítulo anterior: se han construido como factores de riesgo o de protección, aunque se hayan usado conjuntamente. En la tabla CCC se muestran las variables creadas y su significatividad.

Como puede verse en la Tabla 14, de las 126 variables configuradas, sólo 48 han sido significativas tras las nueve cribas de análisis realizadas y, por tanto, forman parte del modelo.

Tabla 14*Factores creados para el modelo y significatividad*

Dimensión	Factor	Significatividad ($p \leq 0,05$)
Datos	Ser mujer	No
Socio-demográficos	Mujer con responsabilidad exclusiva sobre la crianza	Sí
	Sustentador principal mujer	Sí
	Nacionalidad extracomunitaria	No
	Situación administrativa irregular	No
	Pertenencia a etnia	No
	Pertenencia a etnia gitana	No
	Etnia gitana con nacionalidad española	No
	Edad de 54-65 años	Sí
	Mayores de 65 años	No
	Nacionalidad española	No
	No ser el sustentador principal del hogar	Sí
Empleo	Trabajando	Sí
	Desempleo	No
	Desempleo de larga duración	No
	Desempleo reciente	No
	Empleo irregular	No
	Empleo regular	No
	Hogares con todas las personas activas desempleadas	No
	Muchos cambios en las condiciones laborales	No
	Asumir riesgo de contagio	Sí
	Sin asumir riesgo de contagio	Sí
Consumo	Abandono educativo	Sí
	Deja de seguir tratamientos	No
	Abandono de tratamientos médicos	Sí
	Solicita ayudas sociales	No
	Solicita ayuda a Servicios Sociales	No
	Solicita ayuda a entidades tercer sector	Sí
	Recibe ayudas sociales: económica	No
	Recibe ayudas sociales: alimentos	Sí

	Recibe ayudas sociales: psicológica	Sí
	Pobreza severa (40%)	No
	Pobreza moderada (60%)	Sí
	No puede asumir el coste de los tratamientos médicos	No
	Abandona procesos educativos	Sí
	Tienen dificultades para llegar a fin de mes	No
	No puede asumir el coste de medicamentos	No
	No puede asumir el coste de una psicoterapia	Sí
	No puede asumir gastos derivados de hospitalizaciones	Sí
	Pérdidas de RRSS por causas económicas	No
	Retrasos en el pago de la vivienda	No
	Recibe ayudas de familiares	No
	Puede asumir el pago de tratamientos médicos	Sí
	Reciben ingresos procedentes de un empleo	No
	Reciben ingresos procedentes de una pensión	No
	Sin deudas	No
	Sin retrasos en los pagos	Sí
	Sin dificultades para llegar a fin de mes	No
	Mejoran económicamente respecto a momentos anteriores	No
	Pueden mantener la vivienda a una temperatura adecuada	Sí
	Cree que no necesitará ayuda en los próximos 12 meses	Sí
Participación Política	Participa de alguna asociación	No
	Participa en asociación religiosa	No
	Participa en asociación de vecinos	No
	Participa en asociación de mujeres	No
	Participa en asociación de jóvenes	No
	Participa en sindicatos	Sí
	Participa en asociación de mayores	No
	Participa en asociación deportiva	No
Educación	Estudios inferiores a Educación Secundaria	No
	Estudios universitarios	Sí
	Hogares con menores (3-15 años) no escolarizados	No
	Han tenido dificultades para conciliar durante la pandemia	Sí
	Han tenido alternativas para conciliar durante la pandemia	Sí

Salud	Presenta enfermedad crónica	Sí
	Presenta discapacidad	Sí
	Presenta dependencia	Sí
	Percepción de la salud: regular	Sí
	Percepción de la salud: mala	Sí
	Sin cobertura sanitaria	No
	Sin tratamientos para enfermedades	No
	Todos los adultos con problemas de salud graves	No
	Han pasado hambre en los últimos 10 años	No
	Dependientes que necesitan ayuda y no la reciben	No
	Cobertura sanitaria pública	No
	Recibe asistencia sanitaria para enfermedad	Sí
	Su ánimo es más positivo que antes de la pandemia	No
	Necesita ayuda para las AVD	Sí
Vivienda	Vivienda con pagos pendientes	Sí
	Vivienda con pagos por alquiler	No
	Vivienda insegura	No
	Entorno muy degradado	No
	Gastos excesivos	No
	Vivienda segura	Sí
	Vivienda pagada	Sí
	Conflicto Social	Haber sentido discriminación
Haberse sentido discriminada por ser mujer		No
Intento de suicidio (10 años)		Sí
Intento de suicidio (1 año)		No
Ludopatía (10 años)		No
Ludopatía (1 año)		No
Maltrato físico (10 años)		Sí
Maltrato físico (1 año)		No
Maltrato psicológico (10 años)		Sí
Maltrato psicológico (1 año)		No
Dormir en la calle (10 años)		Sí
Dormir en la calle (1 año)		No
Sin hogarismo (10 años)		No
Sin hogarismo (1 año)		No

	Malas relaciones en el hogar	No
	Malas relaciones con otros familiares	No
	Malas relaciones con amistades	No
	Relaciones frecuentes y malas en el hogar	No
	Relaciones frecuentes y malas con otros familiares	No
	Relaciones frecuentes y malas con amistades	No
	Relaciones infrecuentes y buenas en el hogar	Sí
	Relaciones infrecuentes y buenas con otros familiares	No
	Relaciones infrecuentes y buenas con amistades	Sí
	Relaciones frecuentes y buenas hogar	Sí
	Relaciones frecuentes y buenas otros familiares	No
	Relaciones frecuentes y buenas amistades	Sí
	Relaciones positivas hogar	No
	Relaciones positivas otros familiares	No
	Relaciones positivas amistades	No
	Relaciones positivas vecinos	Sí
Aislamiento Social	No participa de la ayuda mutua	No
	No tuvo ayuda	No
	No tiene ayuda	No
	No tuvo ni tiene ayuda	Sí
	Recibe menos ayuda	No
	No fue ayuda	Sí
	No es ayuda	No
	No fue ni es ayuda	No
	Ha sido y es ayuda	No
	Sin relación con los vecinos	Sí
	La pandemia no ha debilitado las relaciones	Sí

Nota. Elaboración propia.

6.3.6. Análisis estadístico

Para el análisis de la muestra se utilizó el programa estadístico SPSS (vs. 23). Se ha utilizado el modelo de regresión logística binaria y se mantiene la elección de este porque se mantenían los elementos que forzaron su uso:

1. La muestra es lo suficientemente numerosa como para dar datos fiables con una significación menor a 0,05.
2. Los 7.013 hogares analizados suponen un número suficientemente amplio, como para obtener márgenes de fiabilidad adecuados.
3. Se han tenido en cuenta un número suficiente de variables respuesta que puedan explicar la variable dependiente (esto es, la presencia de patologías mentales en el hogar). De hecho, se han analizado 126 variables independientes hasta definir las 48 que conforman el modelo que se presenta.
4. La variable dependiente ha sido configurada de forma dicotómica: hay presencia de enfermedades mentales.

De nuevo, a través del análisis de regresión logística binaria, se han puesto en relación las variables para construir el modelo que explica la relación existente entre las mismas, a efectos de factores de riesgo o de protección sobre la salud mental en el hogar de cada familia entrevistada. Para ello, se han generado cruces bivariantes entre las variables.

Hay dos elementos distintivos con relación a la metodología utilizada para elaborar los modelos del capítulo 5 y tienen que ver, por una parte, con la definición de las variables dependientes e independientes y, por otra con la lectura que se ha hecho de las *OR* obtenidas.

En este sentido, se ha decidido construir un modelo único en el que factores de riesgo y factores de protección se relacionan en base a una variable dependiente, configurada como

“Presencia de enfermedades mentales en el hogar”. La razón de esta elección tiene que ver con la profundidad interpretativa que se va a hacer de las *OR* obtenidas en la regresión logística. En esta ocasión, se hará una interpretación directa e inversa, lo que justifica la existencia de una única variable dependiente. Las *OR* se analizarán entonces de la forma que se describe:

- Valores iguales o cercanos a 1: no existe relación entre las variables, por lo que la variable no se define como de riesgo/protección.
- Valores superiores a 1: existe una relación entre ambas variables, por lo que la variable se define como de riesgo.
- Valores inferiores a 1: existe una relación inversa entre las variables, de forma que la variable analizada podría cumplir una función inversa a la estudiada. En este caso, el fenómeno se estudia al calcular la inversa de la *OR* obtenida. De esta forma, se puede expresar mejor la fortaleza de la relación. En el modelo, se han cogido aquellos factores cuya *OR* era inferior a 1 y se han interpretado como factores de protección.

Para la definición del modelo que se presenta en el apartado de resultados, ha sido necesario testar las variables en el proceso de regresión logística hasta en ocho ocasiones, pasando de las 126 iniciales, a las 48 definitivas.

6.4. Resultados

Según los datos obtenidos en la muestra de la EINSFOESSA 2021, el 8,5% de la población en España tiene diagnosticada una enfermedad mental. De estas, el 4,4% había sido diagnosticado en los últimos diez años y, concretamente en el último año, se produjeron el 4,1% de los diagnósticos.

En la Tabla 15, se hace un análisis del porcentaje de personas diagnosticadas de una enfermedad mental, en España y en todas las comunidades autónomas de las que hay datos representativos, por espacios de integración.

El primer elemento que destaca vuelve a ser la mayor prevalencia que las enfermedades mentales tienen sobre las personas que viven en situaciones de exclusión. En la muestra estatal, la brecha entre las personas con enfermedades mentales que están en el espacio de la integración y las personas que están en el espacio de la exclusión se sitúa en 5,6 puntos. En la tabla puede verse una gran variabilidad entre las diferentes comunidades autónomas: la Comunidad Valenciana, por ejemplo, tiene la menor brecha, tan sólo una distancia de 0,4 puntos; sin embargo, Asturias presenta la mayor brecha llegando a los 12,9 puntos de distancia entre las personas en integración y las personas en exclusión que presentan enfermedades mentales diagnosticadas.

Tabla 15

Personas diagnosticadas de enfermedad mental, por espacios de integración por CCAA y España (%)

Ámbito Territorial	% Total de personas	% Personas en Integración	% Personas en Exclusión	Brecha entre personas integradas y excluidas
Andalucía	5,6	5,0	7,0	2,0
Asturias	14,6	12,5	25,4	12,9
Baleares	12,4	9,6	19,3	9,7
Canarias	7,2	5,2	16,9	11,7
Castilla La Mancha	6,3	5,5	8,8	3,3
Castilla y León	7,2	5,2	16,9	11,7
Cataluña	10,6	8,4	16,0	7,6
Comunidad Valenciana	9,3	9,2	9,6	0,4
Comunidad de Madrid	7,1	6,1	10,7	4,6
Región de Murcia	3,5	2,7	5,8	3,1
País Vasco	8,3	7,5	12,2	4,7
Resto de CCAA	10,0	8,2	17,6	9,4
Estatal	8,5	7,2	12,8	5,6

Nota. Elaboración propia a partir de datos de EINSFOESSA 2021

Tras el análisis de la regresión logística se han definido una serie de factores que suponen un riesgo o una protección para que las personas presenten enfermedades mentales. Se detallan en los siguientes apartados.

6.4.1. Las características personales sí importan

Algunas de los factores presentes en el modelo tienen que ver con las características personales o con variables sociodemográficas. En este grupo de variables entrarían aquellas que tienen que ver con la edad, con el tipo de familia o con la posición que se ocupa dentro de ella.

En lo que tiene que ver con la edad, las personas situadas en la cohorte de 55 a 64 años multiplican por 1,5 su riesgo de padecer una enfermedad mental.

En lo que tiene que ver con el tipo de familia, las familias que están a cargo de una mujer (esto es, en las que la mujer tiene la responsabilidad exclusiva sobre la crianza de los hijos) están un 1,5 veces más protegidas de la presencia de enfermedades mentales.

Se denomina *sustentador principal* a aquella persona cuyas condiciones de renta son las más altas del hogar. En este modelo, ser el sustentador principal no es una variable significativa, pero no serlo sí lo es. De hecho, las personas del hogar que no asumen el rol de sustentador principal del hogar multiplican por casi 1,7 su riesgo de presentar patologías mentales. Y, cuando el papel de sustentador principal recae sobre una mujer, el impacto sobre la salud mental es importante: las mujeres que asumen el papel de sustentadoras principales en sus familias están 2,1 veces más expuestas a las enfermedades mentales.

6.4.2. Los cambios en el empleo y el hecho determinante de la privación

De nuevo, el empleo aparece como una dimensión poco relevante, aunque sí hay algunas diferencias con relación al modelo diseñado en 2018. En este caso, estar en situación de empleabilidad, esto es encontrarse trabajando en la semana anterior a la aplicación de la entrevista funciona como un elemento de protección: se multiplica por 1,4 la posibilidad de no desarrollar una enfermedad mental.

En relación con los cambios del mercado de trabajo generados por la pandemia, los resultados muestran que las personas que se han visto expuestas a más posibilidades de contagio de COVID-19 por causa de su trabajo han multiplicado por 1,6 las posibilidades de desarrollar una enfermedad mental, mientras que las personas que no han tenido que asumir tales riesgos por cuestiones laborales han multiplicado por 2,1 sus posibilidades de no desarrollar trastornos de salud mental.

En la Tabla 16 también se pueden ver los datos relativos a la participación en el consumo, sobre todo lo que tiene relación con la privación.

Dentro de la privación, es decir, de la imposibilidad de asumir determinados recursos o servicios por no poder costearlos, las dificultades para acceder a tratamientos psicológico por cuestiones económicas es el factor que más expone a las personas a padecer enfermedades mentales, ya que duplica el riesgo.

Las personas que sufren situaciones de privación suelen recurrir a los Servicios Sociales o bien a entidades sociales para alcanzar la cobertura de las necesidades básicas. Esta alternativa posibilita el bienestar de las familias, pero los datos muestran que tienen impacto sobre la salud mental. Por ejemplo, recibir ayudas para la cobertura en alimentación (reparto de alimentos en especie o apoyo económico para la compra de alimentos) o psicológica (apoyo o soporte psicológico) por parte de entidades de apoyo social (bien los Servicios Sociales públicos, bien entidades del tercer sector), incrementa la posibilidad de presentar una enfermedad mental: 1,6 veces más en el caso de los alimentos y 2,9 veces más en el caso del apoyo psicológico.

Tabla 16*Factores relativos al eje económico y OR correspondientes*

Dimensión	Factor	OR
Empleo	Trabajando	0,7
	No asume riesgos de contagio	0,4
	Asume riesgos de contagio	1,6
Privación	Recibe ayuda psicológica	2,9
	Recibe ayuda de alimentos	1,6
	No puede asumir el coste de una psicoterapia	2,1
	Recibe ayudas de entidades sociales	0,5
	Recibe ayuda económica de terceros	0,7
	Abandona procesos educativos por causas económicas	0,4
	En situación de pobreza moderada	0,7
	No puede asumir gastos de hospitalizaciones	0,5
	Sin retrasos en los pagos	0,7
	Pueden asumir el coste de los tratamientos médicos	0,7
	Pueden mantener la casa a una temperatura adecuada	0,7
	Cree que no necesitará ayudas en el próximo año	0,7

Nota. Elaboración propia

Por otra parte, las personas que se han visto obligadas a abandonar sus procesos educativos no han sufrido esta mayor exposición a las enfermedades mentales: al contrario, el abandono de procesos educativos por causas económicas protege de las enfermedades mentales 2,3 veces más. Tampoco la situación de pobreza moderada expone a la enfermedad mental. Al contrario, los datos muestran que protege 1,4 veces de los trastornos mentales. Este también es el caso de las dificultades para poder asumir gastos de hospitalizaciones o poder mantener la vivienda a una

temperatura adecuada. Ambas cuestiones no sólo no exponen a los hogares, sino que los protegen (1,8 veces más y 1,3 veces más, respectivamente).

Por otra parte, el no haber tenido retrasos en los pagos durante el último año también funciona como un elemento protector (multiplica la protección 1,3 veces), así como considerar que no se necesitará ayuda económica de terceros durante los próximos 12 meses: las personas que viven en hogares en los que la persona entrevistada manifiesta su confianza de no necesitar apoyo económico de terceros durante el próximo año, están 1,3 veces más protegidas. La misma protección suponen también el poder mantener la casa a una temperatura adecuada (es decir, la cobertura adecuada de los suministros) y el poder asumir el coste económico de los tratamientos médicos (con lo que ello supone para el cuidado y bienestar de personas que presentan patologías previas). Por último, participar en procesos de apoyo o acompañamiento por parte de entidades sociales protege de las enfermedades mentales 1,8 veces más que no hacerlo, mientras que recibir apoyo económico de terceros supone una protección a la enfermedad mental de 1,4 veces mayor.

6.4.3. El acceso a los derechos de la ciudadanía, tensionado por la pandemia

Los derechos fundamentales de la ciudadanía que se recogen en el eje político (participación política, educación, salud y vivienda) han sufrido una importante tensión durante la pandemia. En la Tabla 17 se pueden ver los factores presentes en el modelo, desde el eje político y de derechos de la ciudadanía.

En lo que tiene que ver con la participación política, la participación activa en sindicatos no protege a las personas de las enfermedades sociales: al contrario, las expone 1,4 veces más.

Desde el punto de vista de la educación, son las personas con nivel de estudios universitarios las que tienen un mayor riesgo de padecer TSM, ya que sus posibilidades se multiplican por 1,8. Tanto las personas que han tenido dificultades para conciliar el cuidado de los menores durante los momentos críticos de la pandemia (confinamientos y ausencia de actividades presenciales), como aquellas que han tenido que recurrir al teletrabajo o a dejar solos a los menores en el hogar durante la jornada laboral, han estado más protegidas de las enfermedades mentales (entre 1,4 veces más y 1,7 veces más, respectivamente).

Desde el punto de vista de la salud, la Tabla 17 muestra que las variables presentes en el modelo relacionadas con esta esfera tienen que ver con la presencia de enfermedades o discapacidad y con la valoración subjetiva negativa sobre el propio estado de salud.

Así, las personas que califican su estado de salud como “malo” multiplican por 3,6 las posibilidades de padecer una enfermedad mental, mientras que las personas que la califican como “regular”, lo multiplican por 2,8. Por otra parte, las personas que padecen una enfermedad crónica tienen casi 4 veces más prevalencia de enfermar desde el punto de vista de la salud mental. Por último, padecer una discapacidad multiplica por el riesgo por 1,8, no recibir la asistencia médica necesaria por retrasos en listas de espera, lo hace por 2,8 y recibir asistencia médica por un

problema de salud, expone 1,7 veces más. El único factor que genera una protección es la presencia de dependencia reconocida en el hogar: protege 2 veces de la presencia de TSM.

En el ámbito de la vivienda, el encontrarse en situación de seguridad ⁷ en la vivienda genera 1,9 veces más de protección.

Tabla 17

Factores relativos al eje político y de derechos de la ciudadanía y OR correspondientes

Dimensión	Factor	OR
Participación social	Participación activa en sindicatos	1,4
	Nivel de estudios universitario	1,8
Educación	Alternativas al cuidado de menores: teletrabajo o menores solos	0,6
	Han tenido dificultades para el cuidado de menores	0,7
Salud	Enfermedad crónica	3,9
	Presenta discapacidad	1,8
	Presenta dependencia	0,5
	Califica su estado de salud: mala	3,6
	Califica su estado de salud: regular	2,8
	Sin asistencia médica por retrasos	2,8
	Recibe asistencia médica para un problema de salud	1,7
Vivienda	En situación de vivienda segura	0,5
	Vivienda en propiedad y pagada	1,2

Nota. Elaboración propia

⁷ Cuando se habla de “*seguridad en la vivienda*” se hace en contraposición a la “*vivienda insegura*”. La vivienda insegura se caracteriza por tres elementos:

1. No disponer de seguridad jurídica sobre el uso de la vivienda en un plazo establecido (no disponer de contrato de alquiler o título legal, situaciones de cesión de uso de la vivienda, etc.).
2. Perder los derechos que tenían para el uso de la vivienda (amenaza de expulsión de la vivienda, desahucios, etc.).
3. Vivir una situación de violencia intrafamiliar que obligue al abandono de la vivienda.

6.4.4. Confinamientos y restricciones sanitarias: el impacto en las relaciones y sus consecuencias para la salud mental

Como ha pasado en los modelos anteriores, es el aspecto que más impacto tiene sobre la presencia de trastornos mentales en las personas, en sus dos dimensiones, pero especialmente en la que tiene que ver con el conflicto social. En la Tabla 18 muestra los resultados obtenidos en ambas.

Dentro de la dimensión conflicto social es donde aparecen un mayor número de factores implicados y, además, unas *OR* mucho más intensas.

En el ámbito de las conductas de riesgo, el modelo presenta cinco factores, que exponen de forma intensa a la presencia de enfermedades mentales. En primer lugar, haber sufrido discriminación, por alguna razón, en algún momento de la vida expone a las personas 1,5 veces más a la presencia de enfermedades mentales. En segundo lugar, se encuentra el caso de los hogares en los que se ha producido un suicidio en los últimos 10 años, ya que este hecho expone a las personas 2,1 veces más. Con relación al maltrato, la diferencia radica en que sea un maltrato físico o psicológico. El tercer elemento tiene que ver con el maltrato psicológico, ya que haber sido víctima de un maltrato psicológico en los últimos diez años casi duplica el riesgo de padecer una enfermedad mental. Un cuarto aspecto tiene que ver con el maltrato físico: haber padecido maltrato físico en los últimos 10 años, protege a las víctimas, que duplican sus posibilidades de no padecer enfermedades mentales. El quinto y último elemento tiene que ver con haber pasado en los últimos diez años por una situación de pérdida de la vivienda que obligara a dormir en la calle (o también en casa de familiares o amistades): esta situación expone a las personas 1,6 veces más a la presencia de TSM.

El segundo gran bloque de factores dentro de la dimensión de conflicto social tiene que ver con las relaciones. Dentro de este bloque se han analizado 7 variables. Es importante señalar que la bondad o maldad de las relaciones proceden de la valoración que la persona entrevistada hace de las mismas. Esto supone que se está recogiendo la opinión de una persona y se está extrapolando al conjunto de las personas del hogar.

Las relaciones positivas tienen un sentido contradictorio, según quiénes sean los implicados en las mismas. Por ejemplo, las relaciones positivas con los vecinos protegen hasta 2,5 veces más de la presencia de enfermedades mentales; sin embargo, las relaciones positivas con amistades exponen multiplicando por 4,4 el riesgo.

Algo similar ocurre con las relaciones valoradas como frecuentes y positivas: mientras que este tipo de relaciones protege de forma intensa en el caso de amistades (eleva la protección, multiplicándola por 5) y de convivientes (alcanzando 2,1 veces más de protección), no es el caso de las relaciones frecuentes y positivas con otros familiares, que incrementan 1,6 veces el riesgo.

Las relaciones infrecuentes y positivas siguen la misma línea: con los convivientes se convierten en un elemento de riesgo (exponen 1,3 veces más), mientras que con las amistades se convierten en un elemento de protección (protegen 1,3 veces más).

Por último, los datos muestran que los factores relacionados con la dimensión del aislamiento social presentes en el modelo no exponen a las personas a enfermedades mentales, sino que las protegen: las personas sin relaciones con los vecinos están 3 veces más protegidas; las personas que consideran que la pandemia no ha debilitado sus relaciones están 1,4 veces más protegidas; y aquellos que manifiestan no tener quien les ayude, también están 1,2 veces más protegidos.

Tabla 18

Factores relativos al eje social-relacional y OR correspondientes

Dimensión	Factor	OR
Conflicto social	Haber sufrido discriminación	1,5
	Alguien en el hogar se suicida (10 años)	2,1
	Maltrato físico (10 años)	0,5
	Maltrato psicológico (10 años)	1,8
	Ha tenido que dormir en la calle (10 años)	1,6
	Relaciones infrecuentes y buenas con convivientes	1,3
	Relaciones infrecuentes y buenas con amistades	0,7
	Relaciones frecuentes y buenas con convivientes	1,6
	Relaciones frecuentes y buenas con amistades	0,2
	Relaciones frecuentes y buenas con otros familiares	1,6
Aislamiento social	Relaciones positivas con vecinos	0,4
	Relaciones positivas amistades	4,4
	No tienen personas que les ayuden	0,8
	Sin relaciones con los vecinos	0,3
	Sus relaciones sociales no se han debilitado	0,7

Nota. Elaboración propia

6.4.5. El modelo testado en la población en situación de exclusión social

Como había sucedido en el capítulo anterior, al testar el modelo generado con los datos del total de la población sobre la muestra de población en situación de exclusión (bien exclusión moderada, bien exclusión severa) muchas de las variables dejan de ser significativas y de tener relevancia en el nuevo modelo. Por ello, de los 48 factores que han formado parte del modelo general, sólo 29 forman parte del modelo generado sobre personas en situación de exclusión. A continuación, se dará cuenta de estos factores y de las OR que presentan.

6.4.5.1. Ser mujer en hogares en situación de exclusión

Como en el modelo general, el hecho de que una mujer asuma la carga económica o de la crianza de los hijos tiene consecuencias sobre su salud mental. De hecho, las mujeres que asumen el rol de sustentar sus hogares incrementan 1,6 veces su riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Sin embargo, y también siguiendo la línea de los resultados del modelo general, las mujeres que asumen la crianza y responsabilidad de sus hijos en exclusiva, están más protegidas de los TSM: concretamente, 1,7 veces más.

6.4.5.2. Empleo y privación

En el modelo aparecen tres factores relacionados con el empleo y ocho factores relacionados con la participación en el consumo.

Desde el punto de vista de la participación en el empleo, las personas que, en la semana anterior a la aplicación de la entrevista, se encontraban activos laboralmente, están 2,4 veces más protegidas de las enfermedades mentales. También actúa como protección el no haber tenido que asumir riesgos de contagio de COVID-19 por causas laborales (protege 1,6 veces más).

Sin embargo, haber asumido riesgos de contagio en el trabajo, sí ha generado un riesgo para desarrollar enfermedades mentales: aumenta el riesgo 1,6 veces.

En lo que tiene que ver con la privación, las variables se dividen en dos tipos: las que tienen que ver con renunciaciones a causa de dificultades económicas y las que tienen que ver con apoyos de terceros a causa de dificultades económicas.

Entre las primeras se encuentra un factor que expone mucho y tres que protegen. Así, no poder asumir el gasto de una psicoterapia cuando se necesita expone a la persona, multiplicando por 3,5 sus posibilidades de desarrollar enfermedades mentales. No es el caso del abandono de procesos educativos por causas económicas, que no sólo no expone a las personas, sino que las

protege: 2,2 veces más. Tampoco el no poder asumir gastos de hospitalización funciona como factor de riesgo, sino de protección (protege 2,4 veces más) y, por último, encontrarse sin retrasos en los pagos también protege de las enfermedades mentales 1,6 veces más.

En lo que tiene que ver con recibir ayuda de terceros, recibir ayudas de entidades protege (1,7 veces más de protección) y recibir ayuda económica de terceros también lo hace (1,4 veces más de protección). Sin embargo, recibir ayuda en forma de alimentos o de apoyo psicoterapéutico expone a las personas: 1,5 veces más en el primer caso y 3,5 veces más en el segundo.

6.4.5.3. Participación política, educación, salud y vivienda

De los siete factores presentes en el eje de la ciudadanía, tan sólo uno es ajeno a la dimensión de la salud. Se trata de las situaciones de seguridad en la vivienda, que protege de la presencia de enfermedades mentales 1,6 veces más.

El resto, como se indicaba, tienen que ver con la dimensión de la salud. Es el caso de las personas que conviven con una enfermedad crónica y/o limitante y que están 3,5 veces más expuestas a la presencia de enfermedades mentales. En el caso de las personas con una discapacidad, esta exposición se reduce a 2,3. Las personas que, por causa de salud, deben seguir un tratamiento médico continuado también están 1,5 veces más expuestas a las enfermedades mentales.

De nuevo, el tener una situación de dependencia reconocida no expone, sino que protege a la salud mental: las personas en esta situación alcanzan 2,8 veces más protección.

La percepción subjetiva negativa sobre el propio estado de salud también tiene mucha trascendencia, porque expone a riesgos a las personas. Por tanto, sobre las personas que entienden que su estado de salud es “malo” se triplica el riesgo, mientras que sobre las personas que entienden que su estado de salud es “regular” se duplica la posibilidad de padecer una enfermedad mental.

6.4.5.4. Conflicto y aislamiento social

En la dimensión del conflicto social se encuentran siete factores significativos. Los relacionados con las situaciones de riesgo son haber vivido situaciones de discriminación, que expone 1,8 veces más a la enfermedad mental; haber vivido un suicidio en el ámbito familiar en los diez años anteriores a la aplicación del cuestionario, que expone 2,6 veces más; y haberse quedado sin hogar, teniendo que dormir en la calle o en casas de familiares o amigos en los diez años anteriores a la aplicación del cuestionario, que expone 2 veces más.

En lo que tiene que ver con el estilo relacional, las relaciones infrecuentes y positivas con los convivientes expone 1,6 veces más al desarrollo de patologías mentales y las relaciones positivas y frecuentes con otros familiares también expone 1,9 veces más. Por otra parte, las relaciones frecuentes y positivas con los convivientes protegen hasta 2,5 veces de la aparición de enfermedades mentales y las relaciones positivas con los vecinos eleva esa protección hasta 3,5 veces.

El único factor significativo que tiene relación con la dimensión de aislamiento social es la ausencia de relaciones con los vecinos. Aun así, este factor no genera un riesgo, sino que se configura como una protección: hasta 5,3 veces multiplica la posibilidad de no desarrollar enfermedades mentales.

En la Tabla 19 se muestra la comparación entre las OR obtenidas en el modelo generado sobre el total de las personas y las OR obtenidas en el modelo testado sobre las personas en situación de exclusión. Puede verse como cada factor tiene un comportamiento diferente, pero, aun así, se puede establecer una generalización: tanto los factores de riesgo, como los de protección, son moderadamente inferiores en las personas en situación de exclusión.

Tabla 19

Comparación del comportamiento de los factores entre el conjunto de personas y las personas en exclusión

Dimensión	Factor	OR Hogares Totales	OR Hogares en el espacio de la exclusión
Empleo	Trabajando	0,7	0,4
	No asume riesgos de contagio	0,4	0,6
	Asume riesgos de contagio	1,6	1,6
Privación	Recibe ayuda psicológica	2,9	3,5
	Recibe ayuda de alimentos	1,6	1,5
	No puede asumir el coste de una psicoterapia	2,1	2,5
	Recibe ayudas de entidades sociales	0,5	0,5
	Recibe ayuda económica de terceros	0,7	0,7
	Abandona procesos educativos por causas económicas	0,4	0,4
	En situación de pobreza moderada	0,7	-- ^a
Participación social	No puede asumir gastos de hospitalizaciones	0,5	0,4
	Sin retrasos en los pagos	0,7	-- ^a
Educación	Participación activa en sindicatos	1,4	-- ^a
	Nivel de estudios universitario	1,8	-- ^a
	Alternativas al cuidado de menores: teletrabajo o menores solos	0,6	-- ^a
Salud	Han tenido dificultades para el cuidado de menores	0,7	-- ^a
	Enfermedad crónica	3,9	3,5
	Presenta discapacidad	1,8	2,3
	Presenta dependencia	0,5	0,4
	Califica su estado de salud: mala	3,6	3,0
	Califica su estado de salud: regular	2,8	2,0
	Sin asistencia médica por retrasos	2,8	-- ^a
Recibe asistencia médica para un problema de salud	1,7	1,5	
Vivienda	En situación de vivienda segura	0,5	0,6
	Vivienda en propiedad y pagada	1,2	-- ^a

	Haber sufrido discriminación	1,5	1,8
	Alguien en el hogar se suicida (10 años)	2,1	2,6
	Maltrato físico (10 años)	0,5	-- ^a
	Maltrato psicológico (10 años)	1,8	-- ^a
	Ha tenido que dormir en la calle (10 años)	1,6	2,0
Conflicto social	Relaciones infrecuentes y buenas con convivientes	1,3	1,6
	Relaciones infrecuentes y buenas con amistades	0,7	-- ^a
	Relaciones frecuentes y buenas con convivientes	1,6	0,4
	Relaciones frecuentes y buenas con amistades	0,2	-- ^a
	Relaciones frecuentes y buenas con otros familiares	1,6	1,9
	Relaciones positivas con vecinos	0,4	0,2
	Relaciones positivas amistades	4,4	-- ^a
Aislamiento social	No tienen personas que les ayuden	0,8	-- ^a
	Sin relaciones con los vecinos	0,3	0,1
	Sus relaciones sociales no se han debilitado	1,4	-- ^a

Nota. Elaboración Propia

^a Valor no significativo

6.5. Discusión

El objetivo de este estudio es construir un modelo explicativo que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental

Una pandemia sanitaria era algo completamente desconocido. Hasta la llegada de la COVID-19, la última experiencia pandémica se había producido con la gripe española, a principios del siglo XIX. Por tanto, la gestión de una pandemia es algo que ha desbordado a muchos estados, que se han visto en la tesitura de tomar durísimas decisiones sobre aspectos como la economía, la educación y, desde luego, la salud y el bienestar de los sistemas sanitarios, junto con su obligación

de comunicar con veracidad y transparencia toda la información disponible en aquellos días (Ibáñez-Peiró, 2020).

Esta pandemia ha afectado, como se ha mostrado en el apartado de resultados, a la salud mental de los individuos. Y, de nuevo, se ha cebado con la salud mental de los individuos más vulnerables, de aquellas personas que sobreviven en situaciones más adversas. Esto confirma la excelsa literatura científica disponible, que refiere una mayor afectación de las poblaciones más vulnerables y los hogares más empobrecidos. (Huarcaya, 2020; Bosch (Dir.), 2020). En este sentido, algunos autores señalan el riesgo de que este impacto contribuya a incrementar “la pobreza dé origen a formas estructurales de este riesgo” (Ayala, 2020, pp. 22). Por tanto, las personas y hogares más pobres han visto agravada su situación, que también ha impactado sobre las personas en situaciones de integración precaria, que empeoran su situación (Blanco et al. (coords), 2021).

Según muestran los datos, la situación laboral activa es un elemento claramente protector. De hecho, las personas que estaban en situación de empleabilidad la semana anterior a la aplicación del cuestionario se encuentran más protegidas, independientemente de si habitan un hogar situado en el espacio de la integración o de la exclusión. El empleo, en el contexto de una pandemia ha sido un elemento relevante y altamente protector, muy posiblemente por las medidas de protección social implementadas tras los acuerdos al respecto de los diferentes agentes sociales, pero también por otras cuestiones inherentes a la propia actividad laboral. Más allá del sustento económico, el empleo tiene otros beneficios en el ámbito personal y social: generación de rutinas, aspectos de socialización, sentimientos de autoestima, etc. (Álvaro et al., 1998).

En lo relativo a las medidas de protección social los ERTE han sido determinantes para la cobertura de las familias, sobre todo aquellas más afectadas por la parálisis económica y la reducción del empleo. No obstante, la cobertura de estas prestaciones no ha sido equilibrada,

dejando con menor protección a aquellos trabajadores menos especializados y/o remunerados (Novales, 2022).

Muchos profesionales han seguido desarrollando su actividad laboral de forma habitual, sin medidas excepcionales que les permitiesen sentirse protegidos ante un posible contagio. Los datos muestran que, en todos los casos, esa exposición al contagio ha penalizado el bienestar y la salud mental, como han demostrado múltiples investigaciones desarrolladas en torno al personal sanitario, fundamentalmente. La mayoría de estas investigaciones señalan como la COVID-19 ha generado una sintomatología de ansiedad, estrés, insomnio y trastornos depresivos, tanto por el miedo al contagio, como por la mayor intensidad del trabajo (Becerra et al, 2021; Dosil et al., 2020; Buitrago et al, 2021).

Otros profesionales, sin embargo, sí han tenido otras alternativas a la presencialidad, fundamentalmente el teletrabajo. Al margen de que esta opción haya generado un mayor impacto en la vida personal (jornadas laborales más largas, aislamiento de compañeros, pérdida de la función socializadora del trabajo, dificultades para ajustar la vida familiar y laboral, etc. (Prieto, 2021)), esta investigación analiza el impacto que han tenido estas alternativas al trabajo presencial en la salud mental, en lo que tiene que ver con evitar riesgos de contagio innecesarios. Los datos señalan que la posibilidad de que el empleo no conllevara riesgo de contagio ha sido muy protectora, tanto en el caso de las personas integradas, como en el caso de las personas excluidas.

La privación ha sido uno de los elementos más determinantes durante la pandemia. En cualquier caso, es necesario recordar que la desigualdad económica no se inicia con la llegada de la pandemia, sino que los indicadores de desigualdad habían iniciado su ascenso durante la Gran Recesión y no se estancaron con el crecimiento económico que lo siguió. Por tanto, llueve sobre mojado en los hogares con rentas más bajas. Además, como se señalaba anteriormente, la

exposición al virus ha sido desigual, afectando más a las personas con trabajos más precarios, sueldos más bajos y peores condiciones de salud (Whitehead et al., 2021; Patel et al., 2021). Los resultados muestran cómo las dificultades para asumir gastos básicos sobreexponen a las personas a los TSM, mientras que la capacidad para afrontar este tipo de gastos es un elemento altamente protector de la aparición de problemáticas de salud mental. Por otra parte, el apoyo de terceros (bien familiares o amigos o entidades sociales) es altamente protector. En cualquier caso, en este estudio se evidencia la relevancia que tiene la cobertura económica de las necesidades, que debería estar garantizada por unos ingresos mínimos, de carácter continuado y suficiente. Esta demanda, la de una red de garantía de rentas que permita a las familias más vulnerables tener una cierta seguridad, confianza y tranquilidad en el futuro, no es nueva, ni desconocida (Patel et al., 2020). Aun así, se mantiene un planteamiento desequilibrado en las rentas mínimas, que son competencia y responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Quizás sería de interés un análisis que profundice en el impacto que determinadas políticas de rentas mínimas tienen sobre la salud mental de la ciudadanía.

En lo que tiene que ver con el ámbito de la salud, el padecer una enfermedad crónica casi cuatriplica el riesgo de padecer una enfermedad mental, tanto en la población integrada como en la población excluida. Hay que recordar que, durante la pandemia, el sistema sanitario estuvo sometido a una tensión realmente intensa. Esto supuso un cambio en la forma en la que se gestionaba la asistencia sanitaria, sustituyendo consultas y pruebas presenciales por atención telemática. Ya existía evidencia científica acerca del impacto que tiene sobre la salud mental la convivencia con una enfermedad crónica y/o limitante (García-Viniegras & Rodríguez, 2007). Vinaccia y Quiceno (2021) señalan que la vivencia de una enfermedad mental genera desajustes emocionales en sus diferentes fases: desde el momento del diagnóstico, hasta la asunción del

carácter crónico de la enfermedad. En diferentes momentos se desarrolla sintomatología ansiosa, depresiva u otros. Por tanto, la sensación de pérdida de apoyo sanitario para la gestión de la propia enfermedad es algo que ha generado desajustes emocionales durante los momentos más críticos de la pandemia (Wei et al., 2021; Viejo et al., 2020).

Con relación al tratamiento de la enfermedad, el no recibir la asistencia sanitaria necesaria por listas de espera excesivas también impacta sobre la salud mental. Investigaciones recientes indican que en España el impacto de la COVID-19 ha incrementado las listas de espera entre un 7,6% y un 19,4%, dependiendo de las Comunidades Autónomas que presentan una alta variabilidad (Escobar & Centeno, 2021).

También la discapacidad supone un riesgo de enfermedades mentales en los hogares (Benjamín et al., 2016). Sin embargo, no expone a la enfermedad mental, sino que protege de ella, la situación de dependencia reconocida. Las personas dependientes son aquellas con enfermedades crónicas o discapacidades que tiene dificultades para la realización de actividades cotidianas y que precisan de un apoyo externo para las mismas (Huete, 2019; OMS, 2002). En este caso, las personas con dependencia han seguido manteniendo los apoyos necesarios para su desarrollo durante toda la pandemia, incluso en los momentos más duros del confinamiento. Estos apoyos, tanto de cuidadores informales como de cuidadores formales, se han considerado “trabajos esenciales” y se ha dispuesto de una consideración especial para facilitarlos. Otra cuestión, no abordada en este trabajo y que podría ser de interés para posteriores investigaciones, es el impacto de la pandemia sobre los cuidadores informales. Algunas investigaciones que abordan esta cuestión señalan cómo el impacto de la pandemia sobre la salud mental de los cuidadores ha sido intenso, generando una importante sensación de agobio y estrés (Balladares et al., 2021).

Otro elemento relacionado con la salud que tiene importantes implicaciones para la salud mental es el que tiene que ver con la percepción subjetiva del estado de salud. Como ya se ha comentado en la exposición de los resultados, estas preguntas de la encuesta deben interpretarse con precaución, ya que la percepción subjetiva no es del propio sujeto, sino de la persona entrevistada. No se puede dar por sentado, por tanto, que la valoración que la persona entrevistada hace del estado de salud de un conviviente sea coherente con la que haría el propio interesado. Hay que recordar que la percepción del estado de salud es una construcción individual (desde el punto de vista de la vivencia del dolor, el malestar o la limitación), pero también colectiva. Es en este encuentro entre lo propio y lo ajeno, donde se definen las demandas al servicio sanitario (Moyano & Ortiz, 2013). En cualquier caso, los resultados muestran cómo una valoración negativa del estado de salud supone un riesgo importante para el desarrollo de enfermedades mentales y, por ello, deberían plantearse alternativas psicosociales que permitan acompañar a las personas en el proceso de aceptación de sus dolencias.

De los tres ejes que se analizan en busca de factores, el que ha tenido un mayor impacto ha sido el de las relaciones sociales, formado por 15 factores significativos. Y está especialmente afectada la dimensión de conflicto social. Algunos autores señalan la relación entre conductas disruptivas o de riesgo y TSM (Francisca & Eldreth, 2011; Sánchez, 1998). Francisca-Corona & Quenza señala que “a salud tiene entre sus fundamentos la calidad de las relaciones sociales, y oportunidades de participación”. Los datos nos muestran cómo las relaciones que comprometen la seguridad, el bienestar o el desarrollo en igualdad son altamente perjudiciales; mientras que aquellas que posibilitan el crecimiento de las personas, son altamente protectoras.

En este contexto de pandemia donde el contacto social se ha visto claramente interrumpido por cuestiones sanitarias, toma más relevancia si cabe valorar la calidad y la frecuencia de las

relaciones. Algunos autores aseguran que, durante la crisis de relaciones generada por los confinamientos y medidas de aislamiento, la calidad de los contactos se asoció directamente a la cantidad de los mismos (Sommerland et al., 2021). En el caso de los resultados obtenidos en este estudio, en la mayoría de las situaciones analizadas, las relaciones positivas e infrecuentes han sido elementos de riesgo, como se señalaba en las hipótesis iniciales. Por otra parte, las relaciones negativas y frecuentes han sido mayoritariamente causa de riesgo.

Por último y, aunque no ha sido el motivo de este trabajo analizar el impacto que determinados determinantes sociales de la salud han tenido en la transmisión y contagio de la COVID-19, sí es importante dejar constancia de esta cuestión en relación con las personas más vulnerables o en situaciones de mayores riesgos. En los últimos meses se han desarrollado investigaciones sobre esta cuestión en las que se evidencia de nuevo, la trascendencia del gradiente social en la protección de la salud y las dificultades que acompañan a determinadas personas por cuestiones de raza, de ingresos o de relación con el empleo (Dalsania et al., 2022; Mattos, 2020).

Por último, hay algunos factores a los que no se ha hecho referencia en este apartado de discusión. La razón es la ausencia de un marco teórico que permita desarrollar un análisis e interpretación sólidos. Esto puede ser el caso de algunos resultados especialmente llamativos, como el efecto protector que tienen encontrarse en situación de pobreza relativa, o la vivencia de la privación de los suministros. Los efectos de la pandemia de la COVID-19 son aún muy recientes y no hay investigaciones suficientes desarrolladas para profundizar en algunas de las cuestiones que aparecen reflejadas en el apartado de resultados. La profundización sobre estos elementos, de gran interés para la salud mental en las personas, queda pendiente para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 7:

LA COYUNTURA O LA ESTRUCTURA:

COMPARACIÓN DE MODELOS DE

PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL

EN HOGARES EXCLUIDOS PRE Y POST

COVID-19

CAPÍTULO 7:
LA COYUNTURA O LA ESTRUCTURA:
COMPARACIÓN DE MODELOS DE PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL
EN HOGARES EXCLUIDOS PRE Y POST COVID-19

“(…) hablar de salud es hablar de la vida, de la capacidad de afrontarla y disfrutarla. Es entender que emociones, relaciones, cuerpo, procesos cognitivos o interacción con el medio ambiente afectan y se dejan afectar en un entramado de vínculos que sólo tiene sentido fragmentar y esquematizar para entenderlos mejor (...) sin insistir en una visión integrada de la salud, mientras mantenemos actuaciones nacidas de una orientación claramente parcial o reducida de la misma” (López Jiménez, 2017, p. 52)

7.1. Introducción

El último estudio empírico de los presentados en esta investigación compara los resultados obtenidos en los capítulos 5 y 6, con el objetivo de analizar el impacto que ha tenido la crisis sanitaria en la salud mental de los hogares más vulnerables. El motivo del análisis es establecer qué elementos son de carácter coyuntural y han sido los efectos de la crisis sanitaria, los responsables del impacto sobre la salud mental de los hogares más vulnerables, y cuáles ya forman parte de la estructura social y, por tanto, tienen menos margen de transformación.

En el capítulo 5 se ha construido un modelo de prevención de patologías mentales en hogares en situación de exclusión y se ha testado en hogares excluidos, definiendo qué factores son determinantes para proteger a estos hogares más vulnerables de la presencia de enfermedades mentales. En el capítulo 6 se ha hecho el mismo trabajo, pero en vez de sobre hogares, sobre

personas. De esta forma, se identifican los factores personales que impactan sobre la posibilidad de desarrollar enfermedades mentales.

Entre el primer y el segundo modelo construidos han acontecido diversas circunstancias y una de gran calado: la pandemia generada por la COVID-19. Un evento sanitario de innumerables consecuencias en todos los ámbitos de la vida: el primero, el sanitario, con múltiples contagiados y decenas de miles de muertos; pero también en el ámbito económico, generando una crisis en el sistema productivo similar a la acontecida durante la Gran Recesión; el laboral, rediseñando nuevas relaciones en el marco del trabajo, ajustadas a la nueva realidad; el educativo, impidiendo la habitual gestión de la docencia y urgiendo a la puesta en marcha de nuevas metodologías y plataformas de enseñanza y aprendizaje; el social, restringiendo completamente la movilidad y limitando al máximo el contacto social; etc. Una circunstancia que ha cambiado, en gran medida, la realidad de los hogares en España y que ha traído nuevas estrategias para afrontar las dificultades sobrevenidas, así como privación y limitaciones. Una circunstancia que ha llevado a “centenares de miles de personas afectadas, en gran medida familias enteras, que han salido de una situación “normalizada” en las franjas bajas de ingresos, para entrar en una situación de absoluta pobreza sin acceso a ningún recurso propio para revertirla” (Uribe, 2021, p. 16).

En este contexto, pues, se establece una comparación entre un modelo construido en pleno crecimiento económico, con las tasas de desempleo en tendencia de reducción y un mayor margen presupuestario disponible para la garantía de los derechos ciudadanos (rentas mínimas, vivienda, educación, etc.) y otro construido con los datos disponibles un año después del inicio de la pandemia. Dos modelos que pretenden medir el mismo impacto en dos momentos muy diferentes, separados tan sólo por tres años de distancia.

7.2. Objetivos e hipótesis

El estudio que se presenta en este capítulo pretende dar respuesta al objetivo específico 3, que se señala a continuación, junto con sus hipótesis asociadas.

- Objetivo específico 3: Contrastar el modelo descriptivo de hogares en exclusión desarrollado con la muestra EINSFOESSA 2018, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2, con la muestra EINSFOESSA 2021.
- Hipótesis 3.1: En el actual contexto de precariedad laboral, el empleo no tiene incidencia en la protección de la salud mental. Por tanto, no hay diferencias significativas entre las muestras EINSFOESSA 2018 y EINSFOESSA 2021 en este sentido.
- Hipótesis 3.2: La ausencia de ingresos suficientes en el hogar (asociada al desempleo, a la ausencia de prestaciones o a una cobertura parcial a través de los mecanismos de protección social asociados a la crisis sanitaria) expone a una mayor presencia de enfermedades mentales independientemente de la situación contextual en que se produzca.
- Hipótesis 3.3: La ausencia o deficiencia en la cobertura sanitaria expone a los hogares a la presencia de trastornos de salud mental, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.
- Hipótesis 3.4: Una relación insegura con la vivienda supone un riesgo de incrementar la presencia de enfermedades mentales en los hogares. Esta cuestión tiene que ver con la trascendencia que tiene la vivienda en el bienestar de las familias y no cambia en contextos de crisis o crecimiento.

- Hipótesis 3.5: La presencia de conductas de riesgo asociadas a situaciones de exclusión, incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares, de forma especial en el contexto de una crisis sanitaria.
- Hipótesis 3.6: La ausencia o el debilitamiento de la red de apoyo social expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales, especialmente en una situación de emergencia sanitaria.

7.3. Método

A continuación, se hará una explicación detallada del método que se ha seguido para realizar este análisis comparativo, tanto en cuanto a la muestra, a los instrumentos de recogida de datos y al análisis estadístico desarrollado.

7.3.1. Diseño

El diseño del estudio se planteó desde un enfoque transversal, descriptivo-exploratorio, analítico y comparativo, a partir de dos muestras de tamaño nacional, recogidas en diferentes momentos (la primera muestra recogida en la primavera de 2018, la segunda muestra recogida en la primavera de 2021).

7.3.2. Muestra

En este estudio se comparan los resultados obtenidos en el capítulo 5 y 6, con alguna salvedad que se explicará en el apartado de análisis estadístico. La muestra total generada en 2018 contaba con información de 11.495 hogares, lo que garantizaba un nivel de error del $\pm 5\%$ al nivel de confianza del 95% para el total de la población (Fernández Maíllo (coord.), 2019). Por otra parte, la muestra generada en 2021 contaba con información de 7.013 hogares, lo que garantizaba

unos márgenes de error del 0,7% para la información de los hogares y del 1,2% para la información de la población (Ayala et al. (Coords.), 2022).

7.3.3. Instrumentos

También en los capítulos 5 y 6 se han detallado las características de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos, por lo que aquí se hará una síntesis de lo detallado en estos apartados previos.

En ambos casos se ha recogido la información a través de dos cuestionarios: uno filtro, que indagaba en las circunstancias de los hogares, con el objetivo de clasificarlos en las categorías integrados/vulnerables; otro principal que, valorada la pertinencia de aplicar el mismo a ese hogar en base a las cuotas de la ruta, recogía la información de las diversas dimensiones de la vida de las familias: información sociodemográfica, estudios, salud, empleo, ingresos, vivienda, relaciones sociales y otros.

La recogida de datos de 2018 se llevó a cabo con la EINSFOESSA 2018, mientras que la recogida de datos llevada a cabo en 2021 se desarrolló a través de la EINSFOESSA 2021. Como se ha señalado previamente, en los capítulos anteriores pueden observarse las diferencias entre ambas encuestas. Aquí se señalará exclusivamente lo que es pertinente para el desarrollo de este capítulo.

En ese sentido, la mayor diferencia en lo que tiene que ver con el conocimiento de la situación de la salud mental de las familias radica en el objeto de la recogida de los datos: mientras que la EINSFOESSA 2018 recogía datos sobre el impacto de la salud mental en los hogares, la EINSFOESSA 2021 recogía datos sobre el impacto de la salud mental en las personas.

En este sentido, la recogida de datos generada con la EINSFOESSA 2021 es mucho más exhaustiva y permite identificar indicadores sociales desde un punto de vista individual.

Concretamente, en el ámbito de la salud se ha hecho un importante esfuerzo por recoger información personalizada de cada miembro del hogar, para ajustarse a la situación sanitaria y de impacto en la salud provocada por la COVID-19.

Aun así, hay que tener en cuenta que es la persona entrevistada del hogar la que facilita la información de cada uno de sus miembros, por lo que existe un sesgo interpretativo difícil de manejar desde el punto de vista del análisis.

El poder contar con información de los individuos afectados por una enfermedad mental ha facilitado que el análisis se haya podido hacer desde la doble opción personas/hogares.

7.3.4. Descripción de las variables

Para cada uno de los modelos se construyeron una serie de variables, en base al objetivo específico perseguido y las hipótesis planteadas. El objetivo de este capítulo no pretende generar un modelo nuevo, sino comparar dos modelos previamente diseñados. Por ello, no se ha llevado a cabo la construcción de nuevas variables, sino que se ha trabajado con las que estaban previamente definidas.

Como elementos importantes a señalar sobre esta cuestión, estarían los siguientes:

1. Las variables dependientes construidas para la generación de los modelos difieren de forma significativa. Para el modelo generado con la muestra de 2018 se han construidos dos variables dependientes (Presencia de trastornos de salud mental y No presencia de trastornos de salud mental) y cada una de ellas se ha utilizado para la construcción de modelos diferentes: con la primera se ha construido el modelo de riesgo y con la segunda el de protección. El año 2021 contó sólo con un modelo, en el que se relacionaban las variables de riesgo y las de protección de forma conjunta. Por tanto, sólo se construyó una variable dependiente (Presencia de enfermedades mentales). En la comparación se han

relacionado factores de riesgo entre sí y factores de protección entre sí, cada uno de ellos obtenido en base al método que fue usado para la construcción del modelo del que proceden.

2. Con relación a las variables independientes, también fueron construidas en un momento previo, en base a las hipótesis existentes en los objetivos que sostienen cada uno de los modelos. No se han construido variables independientes nuevas para este análisis comparativo. Esto supone que algunas coinciden en ambos análisis y otras son específicas cada modelo en concreto.
3. La lectura que se hace de las variables independientes tiene que ver con su presencia o no en cada uno de los modelos y la *OR* obtenida.

7.3.5. Análisis estadístico

El análisis ha consistido en una revisión y comparación de las *OR* obtenidas por los diferentes factores en los estudios previos. Como se ha explicado en los capítulos anteriores, se ha trabajado con el programa estadístico SPSS (vs. 23) para definir los factores a través de la regresión logística binaria. En cualquier caso, es necesario señalar que se parte de dos formas diferentes de analizar e interpretar los resultados de los factores presentes en los modelos.

Con los datos de la muestra EINSFOESSA 2018 se han construido dos modelos: uno de riesgo, con la variable dependiente configurada como “presencia de enfermedades mentales”, y otro de protección, con la variable dependiente configurada como “no presencia de enfermedades mentales”. Al poner en relación las variables independientes en cada uno de los modelos, se han tenido en cuenta dos elementos: que la significatividad fuera menor de 0,005 y que la *OR* obtenida fuera superior a 1. En estos casos, la interpretación se ha hecho como factor de riesgo en el modelo de riesgo y factor de protección en el modelo de protección.

Por otra parte, con los datos de la muestra EINSFOESSA 2021 se construyó un único modelo, en el que factores de riesgo y factores de protección se relacionaron conjuntamente en base a una variable dependiente, configurada como “Presencia de enfermedades mentales en el hogar”. La interpretación de los datos se hizo de forma directa e inversa: se interpretó que existía una relación entre ambas variables cuando la *OR* era superior a 1, por lo que la variable analizada se definía como de riesgo; sin embargo, cuando la *OR* era inferior a 1, se valoraba la existencia de una relación inversa entre las variables, de forma que la variable analizada cumplía una función inversa a la estudiada y actuaba como variable de protección.

7.4. Resultados

El primer elemento al que hacer referencia en los datos de este análisis comparativo tiene que ver con los porcentajes de hogares en los que una persona tiene diagnóstico de enfermedad mental. Para ello, en la muestra de 2021 se han seleccionado los resultados utilizando un filtro de hogar. Por tanto, la comparación analizada se establece en base a los hogares, en los que alguno de sus miembros tiene un diagnóstico de enfermedad mental.

En la Tabla 20 se presentan los resultados a nivel estatal y también por comunidades autónomas (como se ha señalado en el apartado de Método del capítulo 6, no todas las comunidades autónomas tienen datos representativos de su territorio, por lo que en algunas no ha sido posible establecer la comparación). Se puede observar que, a nivel estatal, hay un importante incremento de los hogares en los que hay diagnosticada alguna patología, pasando del 9,2% en el año 2018 al 13,6% en el año 2021.

Por otra parte, también es clara la distancia entre hogares integrados y hogares en situación de exclusión. Esta distancia o brecha se analiza siguiendo dos criterios:

- El primero, la distancia entre hogares integrados y hogares excluidos en los que algún miembro tiene un diagnóstico de enfermedad mental.
- El segundo, el incremento o reducción de esta distancia en las dos mediciones que se han tenido en cuenta: la del año 2018 y la del año 2021.

En lo que tiene que ver con la distancia entre los hogares integrados y excluidos afectados por una enfermedad mental, se constata que en todas las comunidades autónomas analizadas, como también en el ámbito estatal, el porcentaje de hogares en situación de exclusión en los que alguno de sus miembros tiene una enfermedad mental es muy superior al de hogares integrados.

Esta distancia se mantiene en todas las comunidades autónomas, independientemente de que hayan incrementado o reducido sus datos de presencia de enfermedades mentales entre 2018 y 2021. Es decir, todas las comunidades analizadas tienen un porcentaje de hogares en situación de exclusión con diagnósticos de salud mental muy superior al de hogares en el espacio de la integración. Pero, de nuevo, esta distancia no es homogénea en todo el territorio español, sino que tiene márgenes muy diversos según las comunidades autónomas. Así, la mayor distancia la presenta Canarias, con 22,5 puntos de distancia entre los hogares excluidos y los integrados con presencia de patologías mentales. La siguen Asturias, con una distancia de 19,7 puntos; Cataluña, con 15,9 puntos; Castilla y León, con 13,5 puntos de distancia; Comunidad de Madrid, donde la distancia alcanza los 11,7 puntos. Los territorios donde esta brecha es menor son la Comunidad Valenciana, donde se sitúa en 1,9 puntos; la Región de Murcia, donde se obtiene una distancia de 3,8 puntos y Andalucía, con 5,4 puntos de distancia.

En lo que tiene que ver con la intensidad de la brecha y su diferencia en relación con la configurada en 2018, hay bastante equilibrio entre los territorios que han incrementado esa brecha y los que la han reducido. En España la brecha se ha incrementado 1,4 puntos desde 2018 a 2021,

pasando de 9,4 puntos de distancia, en los resultados obtenidos en 2018, a 10,8 puntos de distancia en los resultados obtenidos en 2021.

En relación con las comunidades autónomas, el mayor incremento de la brecha lo ha experimentado Canarias (11,4 puntos), seguida de Madrid (10,5 puntos), Asturias (7,4 puntos), Cataluña (5,7 puntos) y Castilla y León (3,9 puntos). Sin embargo, otras comunidades autónomas han visto reducida esta brecha de forma considerable como el País Vasco o la Región de Murcia (con valores de -7,8 y -6,4, respectivamente), o de forma menos intensa pero igualmente positiva; este es el caso de la Comunidad Valencia (-3,9) o Andalucía (-1,6 puntos).

Tabla 20

Comparación de los hogares con presencia de TSM: integrados y excluidos (%)

Ámbito Territorial	EINS FOESSA 2018				EINS FOESSA 2021				Distancia entre Brechas
	% en total de hogares	% en hogares integrados	% en hogares excluidos	Brecha	% en total de hogares	% en hogares integrados	% en hogares excluidos	Brecha	
Andalucía	8,9	7,7	14,7	7,0	8,6	7,4	12,4	5,0	-2,0
Aragón	2,4	1,0	11,1	10,1	Sin datos				--
Asturias	10,5	8,7	20,0	11,3	22,8	19,6	39,3	19,7	8,4
Baleares	24,6	20,5	39,1	18,6	Sin datos				--
Canarias	13,6	10,8	20,9	10,1	19,5	13,0	35,5	22,5	12,4
Cantabria	9,2	8,2	16,7	8,5	Sin datos				--
Castilla La Mancha	7,7	5,3	20,8	15,5	Sin datos				--
Castilla y León	17,4	15,9	25,5	9,6	11,3	8,7	22,2	13,5	3,9
Cataluña	7,7	5,9	16,1	10,2	19,3	13,4	29,3	15,9	5,7
Comunidad Valenciana	4,6	3,5	9,3	5,8	17,5	17,1	19,0	1,9	-3,9
Extremadura	11,5	10,2	16,4	6,2	Sin datos				--
Galicia	8,9	5,1	27,1	22,0	Sin datos				--
Comunidad de Madrid	6,8	6,7	7,9	1,2	11,5	9,3	21,0	11,7	10,5
Región de Murcia	9,4	7,4	17,6	10,2	6,3	5,5	9,3	3,8	-6,4
C. Foral de Navarra	11,7	10,1	20,8	10,7	Sin datos				--
País Vasco	14,6	12,5	27,8	15,3	14,4	13,3	20,8	7,5	-7,8
La Rioja	6,0	4,1	22,2	18,1	Sin datos				--
Estatal	9,2	7,6	17,0	9,4	13,6	11,4	22,2	10,8	1,4

Nota. Elaboración propia

7.4.1. Los factores de riesgo

A continuación, se presenta un análisis comparativo entre los factores presentes en el modelo de riesgo para hogares en exclusión, configurado con la muestra de la EINSFOESSA 2018 y los factores de riesgo significativos, después de realizar la adaptación del modelo de 2021, configurado en base a las personas y posteriormente adaptado a la realidad de análisis de los hogares.

El primer aspecto que señalar en la exposición de resultados es que los factores presentes en uno y otro modelo son muy diversos: sólo dos factores de los analizados coinciden en los modelos de 2018 y de 2021. El resto de los factores son, por tanto, propios de cada modelo y diferentes.

En cualquier caso, es significativo que el empleo en sus diferentes posibilidades (empleo seguro, desempleo, empleo precario, inestabilidad en el empleo y otros) no está presente en ninguno de los modelos. Sí lo están factores relacionados con la privación por las dificultades en el acceso al consumo. Relacionados con esta dimensión, en el modelo de 2018, están presentes las dificultades económicas que suponen no poder comprar medicinas por no poder pagar su coste, la pérdida de relaciones sociales por causas económicas y el no poder asumir el coste de una psicoterapia. Sólo esta última está presente en el modelo de 2021, aunque con una *OR* un poco menor (2,1/1,9). Sin embargo, también el apoyo de entidades sociales, en forma de apoyo psicológico, supone una exposición a la enfermedad mental en el modelo de 2021, duplicando las posibilidades.

Con relación a la salud, la única dimensión presente del eje político y de ciudadanía, la presencia de personas en el hogar con una discapacidad, casi duplica las posibilidades de presencia de enfermedades mentales en ambos modelos.

Este factor es el único vinculado con la salud presente en el modelo de 2018. Sin embargo, en el modelo de 2021 están presentes cuatro factores más, que exponen al hogar a la presencia de enfermedades mentales. La existencia de una enfermedad crónica multiplica por 3,7 las posibilidades de desarrollar una enfermedad mental; el estar siendo tratado médicamente de una dolencia, expone 1,8 veces más; y la percepción subjetiva de que el estado de salud es malo o regular son factores que comprometen la salud mental de los miembros del hogar: multiplican la posibilidad de desarrollar una enfermedad mental por 2,8, en el caso de percepción muy negativa (estado de salud malo) y 1,6 veces en el caso de percepción negativa (estado de salud regular).

Con relación a los factores relacionados con la dimensión de conflicto social, los factores presentes en el modelo de 2018 están más orientados hacia la vivencia de situaciones de riesgo, mientras que los presentes en el modelo de 2021 están más orientados hacia la calidad de las relaciones sociales.

Un factor que en el modelo de 2018 se configura como especialmente determinante es la presencia en el hogar una persona que haya tenido problemas de adicciones durante los últimos 10 años. Esta cuestión exponía a los hogares 7,5 veces más a la presencia de enfermedades mentales. También el que alguna persona del hogar estuviera internada en algún tipo de institución (centros de menores, centros residenciales de mayores, comunidad terapéuticos u otros) multiplicaba por 3,7 la posibilidad de presentar un trastorno de salud mental. En cuanto a lo relacional, el calificar como negativas las relaciones mantenidas con otros miembros de la familia no convivientes exponía 1,7 veces más.

De los factores presentes en el modelo de 2021, el único que tiene que ver con situaciones de riesgo es el haber sufrido discriminación por algún motivo (sexo, género, etnia...) a lo largo de la vida. Esta situación expone a las personas 1,7 veces más a la presencia de enfermedades

mentales. En lo que tiene que ver con el estilo relacional, mantener relaciones positivas con las amistades supone 6,5 veces más de exposición a la enfermedad mental, mientras que las relaciones frecuentes y positivas con otros familiares, lo hace 2,1 veces.

La EINSFOESSA 2018 planteaba una serie de preguntas relacionadas con la percepción que las personas tenían sobre su propia situación y las circunstancias en las que vivían. Esta información no se recoge en la EINSFOESSA 2021, por lo que no es posible establecer comparaciones al respecto. En cualquier caso, es necesario señalar que ambos factores, configurados en el modelo de 2018 y vinculados con la percepción vital, exponen 1,6 veces ante el desarrollo de enfermedades mentales: el sentirse insatisfecho con la propia vida y el creer que su nivel de ingresos está muy por debajo de la media.

Tabla 21

Factores de riesgo significativos de los modelos 2018 y 2021: comparación

Dimensión	Factor	2018		2021	
		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>
Privación	Dejan de comprar medicinas	0,002	3,1	--	--
	No pueden acudir al psicólogo	0,001	2,1	0,002	1,9
	Pérdida de relaciones sociales	0,000	1,9	--	--
Salud	Reciben apoyo de entidades: psicoterapia	--	--	0,031	2,9
	Hogares en los que algún miembro presenta una enfermedad crónica	--	--	0,000	3,7
	Hogares en los que algún miembro presenta una discapacidad	0,001	1,9	0,016	1,9
	Hogares en los que se recibe un tratamiento médico para una enfermedad	--	--	0,005	1,8
	Percepción de la salud: mala	--	--	0,000	2,8
	Percepción de la salud: regular	--	--	0,020	1,6
	Sufre discriminación	--	--	0,002	1,7
Conflicto social	Personas con adicciones a drogas en los últimos diez años	0,000	7,5	--	--
	Personas en instituciones	0,002	3,7	--	--
	Malas relaciones con otros familiares	0,050	1,7	--	--
	Relaciones frecuentes y positivas con otros familiares	--	--	0,014	2,1
	Relaciones positivas con amistades	--	--	0,041	6,5
Percepción vital	Se sienten insatisfechos con su vida	0,001	1,6	--	--
	Sienten que su nivel de ingresos está muy por debajo de la media	0,003	1,6	--	--

Nota. Elaboración propia.

7.4.2. Los factores de protección

Se presentan a continuación las variables presentes como factores de protección, detalladas en la Tabla 22. La mayoría se encuentran vinculadas con la dimensión conflicto social y, dentro de esta, tiene que ver con el ámbito relacional.

En relación con el eje económico, la relación con el empleo y con el consumo, sólo están presentes como factores protectores en el modelo configurado en 2021. Para este, encontrarse en situación activa a nivel laboral supone una protección de 2,5: la lectura que se hace, en este caso, es que las personas que la semana anterior a contestar el cuestionario tenían un empleo, están 2,5 veces más protegidas del impacto de desarrollar enfermedades mentales. Esta protección se incrementa hasta 2,6 para aquellas personas que no han tenido que asumir riesgos de contagio por causa de su actividad laboral.

La dimensión de la privación está presente como factor de protección a través de la capacidad de las familias de estar al día de sus pagos en diferentes conceptos: aquellas familias que han podido pagar con regularidad sus gastos cotidianos y no han tenido retrasos en estos están 1,8 veces más protegidas.

Por último, en lo que afecta al eje social-relacional, hay cuatro variables que se han con figurado como factores. Dos de ellas tiene que ver con las relaciones con familiares y amigos: mantener relaciones frecuentes y positivas con los convivientes protege hasta 2,5 veces más; por otra parte, están 8 veces más protegidas, las personas que mantiene relaciones frecuentes y positivas con amistades.

El caso de la relación con el vecindario requiere una especial mención, ya que tanto las relaciones positivas con los vecinos, como la ausencia de relación con los mismos son elementos

altamente protectores: hasta 2,7 veces protegen de enfermedades mentales las relaciones positivas con el vecindario y hasta 3,4 veces protegen la ausencia de relaciones con los mismos.

Con relación a la muestra de 2018, sólo tres variables se configuran como factores de protección: uno tiene que ver con la dimensión de la salud y los otros dos con la dimensión del conflicto social. En primer lugar, aparece como elemento que duplica la protección ante las enfermedades mentales el no padecer enfermedades graves, crónicas o limitantes. El impacto de las relaciones positivas, en calidad, o frecuentes, en cantidad, se manifiesta con los dos factores que tienen que ver con el ámbito relacional: mantener unas relaciones positivas con los convivientes casi duplica la protección, mientras que mantener relaciones frecuentes con los amigos la multiplica por 1,3.

Tabla 22

Factores de protección significativos de los modelos de 2018 y 2021: comparación

Dimensión	Factor	2018		2021	
		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>
Empleo	Relación de empleo: trabajando	--	--	0,001	2,50
	No ha tenido que asumir riesgo de contagios por el trabajo	--	--	0,000	2,60
Privación	No ha tenido retrasos en los pagos	--	--	0,001	1,80
Salud	Sin presencia de enfermedades graves	0,000	2,0	--	--
Conflicto social	Relaciones positivas con otros familiares	0,008	1,8	--	--
	Relaciones frecuentes con amistades	0,030	1,3	--	--
Aislamiento social	Relaciones frecuentes y positivas con convivientes	--	--	0,000	2,50
	Relaciones frecuentes y positivas con amistades	--	--	0,021	8,00
	Relaciones positivas con vecinos	--	--	0,000	2,70
	Sin relación con los vecinos	--	--	0,001	3,40

Nota. Elaboración propia.

7.5. Discusión y conclusiones

Pese a que la COVID-19 ha impactado de forma intensa en el conjunto de la población, de nuevo han sido los hogares más vulnerables los más afectados por esta crisis sanitaria en múltiples dimensiones. Rueda y Tovar (2021) trasladan esta idea de una forma muy gráfica: “La COVID-19 ha encontrado “acomodo” en los colectivos más vulnerables: las personas mayores, los empleados más precarios, las personas sin hogar, la infancia marginal, los inmigrantes con o sin papeles” (p. 341).

Desde la perspectiva del empleo, el impacto de la COVID-19 ha sido especialmente intenso, por lo que han supuesto a nivel del sistema productivo los periodos de confinamiento y reducción de la movilidad personal. Durante meses, diferentes sistemas productivos han visto reducida o eliminada su actividad empresarial, con lo que esto ha supuesto para los trabajadores, en términos de pérdida de bienestar.

Un elemento positivo de los últimos meses ha sido la capacidad de los agentes sociales para llegar a acuerdos que permitían mejorar las condiciones de vida de los trabajadores afectados por los cierres de ciertos sistemas productivos. A través de medidas de conciliación y también de medidas contributivas como los ERTE, cuya intensa utilización ha servido de ajuste temporal a numerosas empresas (Izquierdo et al., 2021), se ha conseguido proteger los salarios de un grupo numeroso de trabajadores. Estos autores han analizado el impacto que ha tenido esta medida y su reflejo en los datos ofrecidos por la EPA en los siguientes trimestres. Los ERTE han sido efectivos para las personas que contaban con un empleo relativamente estable en el momento de la crisis sanitaria. Y esto se refleja en los resultados obtenidos: el empleo, que en el modelo de 2018 no aparece ni siquiera reflejado como factor, pasa a ser un factor protector en el modelo configurado en 2021. No hay datos suficientes para valorar las características de estos empleos, pero sí se puede

afirmar que, con la crisis del COVID-19, tener un empleo es un elemento protector en alto grado, al margen de las condiciones en las que se desarrolle.

Por otra parte, es necesario hacer referencia a la importancia de la economía de las familias. Vieira et al. (2020) constataron cómo el impacto económico de la pandemia en los hogares más vulnerables, esto es aquellos en situación de reducción o pérdida total de ingresos, ha generado una importante pérdida del bienestar, especialmente el bienestar financiero. En este sentido, la inestabilidad de ingresos inherente a gran parte de los hogares en situación de exclusión ha supuesto un factor de riesgo importante. Los resultados muestran esta doble visión: los hogares que no han podido asumir gastos considerados como esenciales se han visto más expuestos a las enfermedades mentales. Por otra parte, los hogares que han contado con la certidumbre de asumir la cobertura de sus necesidades básicas han estado más protegidos de las enfermedades mentales. La trascendencia de los efectos de la privación sobre la salud no debería infravalorarse. En el marco de la COVID-19, la ansiedad generada por la incertidumbre de la cobertura de las necesidades de las familias ha sido equiparable a la ansiedad por el miedo al contagio o por otras cuestiones ajenas a la economía familiar (Bareket-Bojmel et al., 2021).

Aun así, es necesario señalar que la dimensión de participación en el consumo se encuentra presente en todos los modelos construidos y es una constante en la exposición de las personas a las enfermedades mentales. En este sentido, sería necesario repensar el sentido de las rentas mínimas y, sobre todo, abordar la necesidad de que su cuantía se encuentre por encima del umbral de la pobreza (60% de la mediana), de forma que la ausencia de cobertura de necesidades básicas no sea un motivo más de exposición a la enfermedad mental.

La dimensión del conflicto social ha sido la más afectada, tanto antes como después de la crisis sanitaria. Mientras que en los momentos anteriores a la COVID-19, el peso de las situaciones

de riesgo era superior, con la llegada de la pandemia y la crisis sanitaria, el foco ha quedado exclusivamente puesto sobre las relaciones sociales. Las relaciones sociales han sido, sin duda, las grandes damnificadas de esta pandemia sanitaria, por los efectos negativos que las medidas restrictivas de aislamiento han tenido en el estilo relacional español, más caracterizado por la presencialidad y el contacto físico.

Por una parte, las relaciones con los convivientes se han visto especialmente tensionadas en los momentos más críticos de la pandemia, con los confinamientos. En estos momentos y, ante la ausencia de otros espacios de relación interpersonal por las restricciones sanitarias, el hogar y sus miembros se han convertido en un espacio especialmente determinantes (Özmete & Park, 2020). Los datos muestran que, aun así, las relaciones positivas en el ámbito de la familia han sido protectoras. No así las relaciones con familiares no convivientes.

También se ha analizado la relación con las amistades y su efecto sobre el bienestar mental en los hogares. A este respecto, los resultados nos muestran que las relaciones positivas con las amistades exponen a la presencia de enfermedades, pero que las relaciones frecuentes y positivas son altamente protectoras. La literatura existente no permite una interpretación excesivamente sólida de estos resultados, no en vano el fenómeno de la COVID-19 es relativamente reciente y aún no se cuenta con mucha literatura al respecto.

Aun así, algunos autores señalan cómo las restricciones sanitarias limitaron el contacto de forma brusca y radical y señalan que sólo algunas de estas relaciones pudieron mantenerse a través de medios telemáticos. Mai et al. (2021) señalan cómo la posibilidad de comunicación e intercambio con los amigos durante estos periodos de aislamiento han generado dinámicas de relación positivas reduciendo los efectos de la ansiedad y el miedo. Esta posibilidad de mantener el contacto a través de medios digitales ha sido tan protectora, que se insta a las autoridades a

facilitarla a través del diseño de estrategias nacionales (Ammar et al., 2020). Sería interesante ahondar en el impacto sobre la salud mental que ha tenido la limitación de las relaciones sociales por causas achacables a la brecha digital.

La relación con los vecinos no ha estado presente en los factores analizados en 2018, pero sí en los factores analizados en 2021. Obviamente, los periodos de confinamiento han hecho que la relación vecinal cobrara una presencia y una fuerza que no tenía en momentos anteriores. Muchas personas, que ni siquiera conocían a sus vecinos de puerta, se han visto en la tesitura de que estos fueran las únicas personas de apoyo durante semanas. Los resultados muestran que, tanto la ausencia de relaciones con los vecinos, como las relaciones positivas han sido factores altamente protectores de la presencia de enfermedades mentales. Así, Chen et al. (2021) señalan cómo el apoyo social recibido por parte del vecindario ha sido un sólido soporte que ha amortiguado los factores estresantes inherentes a la pandemia. En este apoyo percibido se incluía la información sobre la situación sanitaria, pero también la asistencia (alimentación, farmacia...) y respaldo emocional (Jones et al., 2020). En España, los aplausos de apoyo al personal sanitario que se producían cada tarde a las 20 horas fueron la única forma de contacto social colectivo durante semanas y, también, la única relación interpersonal para algunos grupos de personas aislados digitalmente. Esta sencilla toma de contacto ha sido, en muchas ocasiones, fuente de bienestar y recomendación de los profesionales de la psicología (Ribot et al., 2020).

En líneas anteriores se muestra cómo más dimensiones además de la sanitaria se han visto afectadas por la pandemia. Pero, obviamente, en una crisis sanitaria, la salud se ve afectada y así lo reflejan los resultados obtenidos. Si bien, en los datos obtenidos en 2018 la dimensión de la salud sólo estaba representada en un factor, en los datos de 2021, hay una sobrerrepresentación de

factores relacionados con la salud: concretamente cinco han sido las variables configuradas como factores y vinculadas con la salud.

A este respecto, es significativo señalar que la presencia de discapacidades en el hogar genera un riesgo que se mantiene estable de 2018 a 2021. Ya antes de la pandemia, las personas con una discapacidad tenían más posibilidades de desarrollar enfermedades mentales (Kavanagh et al., 2015). La pandemia y sus consecuencias han sido un factor más para incrementar el efecto de la vivencia de la discapacidad sobre la salud mental (Lunsky et al., 2022). En cualquier caso, los resultados no muestran que este impacto haya sido superior al ya existente. Es necesario, por tanto, tener en cuenta que las personas con una discapacidad merecen y requieren una especial atención, que impida que la discapacidad sea motivo también de enfermedad mental.

Por último, este estudio no ha ahondado sobre los efectos de la brecha digital en las personas en situación de exclusión, pero es una cuestión de muchísima trascendencia, más con el papel tan determinante que las nuevas tecnologías tienen en la vida de las personas, afectando las relaciones en todas las esferas.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 8:

DISCUSIÓN

“Una conciencia demasiado clarividente es (se lo aseguro a ustedes) una enfermedad, una verdadera enfermedad”. (Dostoievski, 1864, p.2)

Dostoievski considerara una enfermedad el conocimiento y la conciencia. Y es posible que, a la luz de esta investigación, tenga una parte importante de razón. Cuando una mujer, que asume la carga de la crianza de sus hijos en exclusividad; que vive en una habitación realquilada, en una vivienda compartida con otras familias; que trabaja de forma inestable y, cuando lo hace, asume jornadas muy prolongadas por un sueldo precario; que necesita del apoyo de los servicios sociales para cubrir las necesidades básicas de su familia...desarrolla una enfermedad mental, quizás en este caso, la enfermedad mental es la única opción, porque la conciencia de la propia realidad es demasiado dura para asumirla desde la salud.

Esta investigación ha perseguido como objetivo el análisis de los factores que exponen a los hogares excluidos a la presencia de enfermedades mentales. Para ello, se ha tomado como punto de partida los datos de la EINSFOESSA 2013, aplicada en plena crisis económica, en lo que vino a denominarse la Gran Recesión. Aunque la información procedente de este análisis no forme parte de ninguno de los estudios empíricos que se han presentado, sí dio testimonio de la situación de la salud mental de las personas que habitaban hogares en exclusión. Tras este análisis, la EINSFOESSA 2018 profundizó en la situación acontecida durante el momento de recuperación económica, centrándose en los factores y en su relación positiva o negativa con la presencia de enfermedades mentales. Los datos dejaron en evidencia que los efectos de la privación, las dificultades en el ámbito de la salud y las relaciones sociales nocivas o tóxicas eran los factores

que más exponían a los hogares a la presencia de enfermedades mentales. La crisis asociada a la pandemia de la COVID-19 interrumpe ese crecimiento económico y esa supuesta recuperación del bienestar social, y pone de manifiesto cómo otra serie de “virus” (psicosociales y sociales) han generado grandes desigualdades en los hogares de unas sociedades, supuestamente democráticas y opulentas (Buitrago et al., 2021). La pandemia y la crisis que la ha acompañado han alterado el orden de lo conocido. Lo que no era relevante para la salud mental antes, ahora lo es y, en ocasiones, lo es en grado sumo.

En el análisis del primer eje, el eje económico y las dos dimensiones que lo forman, empleo y privación, los resultados muestran una tendencia clara. Por una parte, el empleo no había sido relevante en la relación de salud mental y exclusión social hasta la llegada de la pandemia sanitaria. Por otra parte, la privación se ha mantenido constante como una dimensión de gran trascendencia para la protección de la salud mental.

El empleo, por tanto, no se había configurado como un factor, ni de riesgo ni de protección en el modelo configurado con los datos de la EINSFOESSA 2018. De ahí, la conclusión a la que se había llegado en el capítulo 5: el empleo no era garante de inclusión, ni de protección de la salud mental, ni permite acceder a unos ingresos mínimos para el mantenimiento de las necesidades básicas. Y se consideraba igualmente, que insistir en procesos de inclusión vinculados al empleo, no conducía a la mejora de la salud de los individuos, sino que los exponía a situaciones de precariedad que conllevaban una mayor extensión e intensidad de la enfermedad mental y generaban un mayor sufrimiento.

Con la llegada de la COVID-19, el trabajo recupera su relevancia en el bienestar mental y emocional y las personas con un empleo (al margen del tipo de empleo que sea) están más protegidas de las enfermedades mentales. Ya no se puede hablar del impacto de la precariedad en

la salud mental (Agulló-Tomas et al., 2014), ni de la psicopatologización de lo laboral (Llosa et al., 2019). Pero el hecho, es que es necesario reformular estas ideas previas: el empleo protege. No importa qué tipo de empleo: sólo con tener un empleo antes del estallido pandémico, las personas contaban con una mayor protección ante las enfermedades mentales que las personas sin empleo. Ante este resultado, se deben hacer dos lecturas diferentes, pero complementarias.

La primera tiene que ver con la funcionalidad del empleo en el marco de las restricciones sanitarias. El empleo, durante la crisis ha permitido un mejor afrontamiento de la realidad porque ha facilitado la conexión continua con la realidad exterior. El empleo, ha servido de *conector* relacional y social, más allá de los confinamientos y las restricciones a la movilidad. Y este papel facilitador de las relacionales lo ha desarrollado tanto en su vertiente presencial, como en su vertiente digital.

Pero, también ante esta cuestión podrían surgir nuevos y preocupantes cuestionamientos: ¿se está condenando a un grupo de personas a aceptar empleos que no dignifican, en la falsa idea de que un mal empleo es mejor que un buen desempleo? ¿acaso es este uno de los importantes aprendizajes a los que se nos urgía, tras la COVID-19? Obviamente, es necesario seguir profundizando en el análisis de la relación entre salud mental, exclusión social y empleo, buscando más evidencias e interacciones. Aun así, esta investigación aboga por seguir defendiendo la existencia de un empleo estable y de calidad. Y, del mismo modo, asociado a los estados de desempleo, desempleo de larga duración o incapacidad, es necesario insistir en la existencia de una cobertura integral, a través de prestaciones contributivas.

En lo relativo a las situaciones de privación, se ha podido constatar cómo la falta de ingresos en el hogar incide en la presencia de enfermedades mentales. Según los datos aportados, tener unos ingresos estables, adecuados y suficientes sí es un elemento protector de la presencia

de trastornos de salud mental. En términos de certidumbre, es la capacidad de prever la cobertura de la necesidad a medio plazo lo que funciona como un factor de protección. Y, por el contrario, es la incertidumbre de no prever la cobertura de la necesidad a corto/medio plazo lo que funciona como un factor de riesgo. Por tanto, la garantía de unos ingresos mínimos, pero suficientes, es imprescindible para garantizar la salud mental de los individuos.

En este sentido, sería necesario seguir profundizando en dos debates que están presentes en la agenda política: el primero, la necesidad de una renta básica garantizada; el segundo, el incremento de las cuantías de las rentas mínimas, de modo que puedan generar un dique de contención económica más sólido para las familias. Ambos debates son pertinentes, sobre todo teniendo en cuenta que las personas receptoras de estas rentas mínimas están más expuestas a la presencia de enfermedades mentales.

En cuanto al debate relativo a la existencia de una renta básica ciudadana, Raventós (2022) asegura que su existencia aumentaría las posibilidades de acceder a más alternativas laborales, que ayudarían a proteger la salud mental. El gran alcance de una renta básica permitiría asegurar una cobertura económica, que protegiera de la presencia de enfermedades mentales.

En cuanto a las rentas mínimas, Fernández (2015) asegura que existen evidencias de que, tanto las bajas cuantías, la dificultad para adaptarse de forma ágil a los cambios que se generan en las estructuras familiares, o su limitación temporal, son elementos que generan muchos problemas en las personas receptoras. Insisten en que actualmente, las rentas mínimas son incapaces de cumplir la función que les es propia que es la de funcionar como una red de protección social. Y esta incapacidad tiene su origen en su infradesarrollo y su heterogeneidad.

Con relación al eje político y de derechos de la ciudadanía, los resultados muestran el importante papel que la salud (entendida como la ausencia de enfermedades, desde la perspectiva

reduccionista que aporta el cuestionario de las EINSFOESSA) tiene sobre otros elementos de la vida. Entre ellos, como no podría ser de otra forma, sobre la salud mental.

La atención a la salud, desde un concepto de salud y atención sanitaria amplio, es uno de los elementos más importantes para el ajuste de la salud mental a las circunstancias vitales. Esto supone la necesidad de garantizar el 100% de la cobertura sanitaria: atención a la salud dental, la gran damnificada del actual sistema público de salud; atención a la salud sensorial, a través de la cobertura de productos de apoyo ampliamente demandados, como gafas o audífonos; atención a la salud motora, con la cobertura de los productos de apoyo necesarios, como prótesis o sillas; y atención a la salud farmacológica, asumiendo que las necesidades de salud que requieren del uso de fármacos, no pueden depender del nivel de renta de una familia/persona. Se trata de pensar que todas las personas deben tener el acceso que necesiten a los servicios de salud, independientemente de su capacidad económica (Pérez Andrés, 2013).

Se deben reforzar igualmente los programas preventivos, que prioricen la atención primaria como primer escalón del conocimiento del estado de salud mental de la persona (Fuller et al., 2011). Un presupuesto fuerte y sostenido permitirá unos servicios de salud públicos y centrados en el fortalecimiento de la atención primaria y la salud mental.

Los modelos generados permiten reconsiderar la relación entre exclusión social y salud mental, desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. Permiten también establecer prioridades en los ámbitos de protección a la salud mental, desde una visión sociosanitaria. Permiten abordar de forma multidisciplinar la enfermedad mental, centrándose no sólo en lo puramente biologicista, sino en el impacto de lo social y en cómo lo social determina los estilos de vida. Y esta transición es de suma importancia, como señala Amezcua (2021), “pasar de una cobertura sanitaria universal a una cobertura universal de salud, donde los servicios sanitarios

también extiendan su cobertura a los determinantes sociales de la salud y a las demandas de cuidados” (p. 2).

En este sentido, es necesario seguir creando más líneas de investigación sobre la influencia de los determinantes sociales de la salud sobre la salud mental, incidiendo en aquellos factores más presentes en los hogares excluidos.

Por último, en el análisis del tercer eje, el social-relacional, el estilo de relaciones sociales y su capacidad para generar apoyos sólidos son los elementos que más trascendencia ha tenido y los que más contrastes han generado en la comparación prepandemia/postpandemia.

Con relación a las relaciones sociales, la investigación marca dos momentos determinantes para analizar su relevancia como factores de riesgo o de protección de las enfermedades mentales. Antes de la pandemia, las relaciones sociales positivas eran una protección y las relaciones sociales vividas como nocivas eran un riesgo. Con la llegada de la COVID-19 y el impacto que las diferentes restricciones sanitarias han tenido en la vida de las personas, esta relación lógica y lineal se tambalea. Ya no se puede afirmar con seguridad que existe una relación positiva entre las relaciones sociales y la protección de la salud mental. Sí se puede afirmar que el apoyo social ha sido uno de los recursos necesarios para hacer frente a la pandemia, puesto que la COVID-19 ha sido un acontecimiento vital estresante (Özmete & Park, 2020). En este sentido, es necesario señalar el importante papel que la familia nuclear tiene en la protección de la salud mental de los individuos. Seller (2021) señala cómo las familias continúan amortiguando los efectos de las crisis y complementando el papel de los poderes públicos, con gran desgaste.

En cualquier caso, de nuevo se debe mostrar la marcada diferencia entre el conjunto de la población y las personas que están en situación de exclusión social. Y, de nuevo, el impacto más intenso, en cuanto a mayores pérdidas y dificultades para reconstruir la red de apoyo tras la

pandemia la han tenido los hogares más vulnerables (Ribot et al., 2020). No obstante, todos los datos señalan cómo la presencia de una red de relaciones estable, sana y comprometida es altamente protectora de la presencia de enfermedades de salud mental. Por ello es de gran importancia prestar atención a las diferentes dinámicas relacionales que desarrollan las personas en situaciones de exclusión social, con el objeto de reforzar que estén sometidas a una mayor tensión.

Relacionado con la dimensión del conflicto social, es necesario señalar el impacto de las conductas o situaciones de riesgo, que incrementan de forma muy significativa la presencia de enfermedades mentales en las familias. Es interesante tener en cuenta esta cuestión, ya que muchos de los hogares estudiados ya han acudido en una o varias ocasiones a los recursos públicos de atención social (servicios sociales de base y otros). Parece necesario un trabajo más intenso y efectivo para evitar estas conductas de riesgo facilitadoras de enfermedades mentales en hogares previamente excluidos.

Uno de los elementos que se analiza en la muestra generada por la EINSFOEESA 2018 y para los que no se tiene continuidad en los datos recogidos en 2021 tiene que ver con la percepción vital o la interpretación subjetiva que las personas (en este caso, la persona entrevistada) hace de su propia vida y sus expectativas hacia el futuro. Los resultados muestran cómo una percepción de la vida optimista y positiva protege del desarrollo de enfermedades mentales, mientras que una percepción negativa expone a las personas a desarrollar enfermedades mentales. Esta relación entre vivencia subjetiva y enfermedad no es nueva, pues ha sido revisada por numerosos autores (DiLorenzo et al., 2009; Vivaldi & Barra, 2012). No obstante, es un elemento sobre cuyo estudio debe profundizarse. No con el objetivo de utilizarlo como un elemento motivador, como nos plantean algunas corrientes más centradas en disfrazar la realidad que en cambiarla,

sobresimplificando la experiencia humana (Prieto-Ursúa, 2006). Al contrario, como pilar sobre el que sustentar las acciones que, desde el ámbito socioeducativo, se lleven a cabo con las personas y con sus familias.

Por último, los resultados evidencian la necesidad de plantear políticas y programas de intervención psicosocial integrales, que refuercen estos elementos protectores y eviten la presencia de aquellos elementos de riesgo en la presencia de enfermedades mentales en los hogares más vulnerables.

En este sentido, es fundamental seguir profundizando sobre los siguientes aspectos:

- políticas públicas de fomento de la empleabilidad
- empleo/exclusión social/enfermedad mental: hacia dónde se dirige esta relación
- garantía de ingresos mínimos
- políticas sociales de apoyo a los hogares
- medidas de conciliación familiar y su impacto en las familias más vulnerables y en las madres que crían a sus hijos en exclusividad
- relaciones sociales en la familia nuclear
- apoyo social desde la familia extensa

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO 9:

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

“¡Qué triste sería el mundo si todo en él estuviera hecho, si no hubiera un rosal que plantar, una empresa que acometer! Que no te atraigan solamente los trabajos fáciles: ¡Es tan bello hacer lo que otros esquivan! Pero no caigas en el error de que sólo se hace mérito con los grandes trabajos; hay pequeños servicios que son buenos servicios” (Gabriela Mistral, s.f.)

En este capítulo final se repasan tres elementos de gran relevancia en este proceso investigador. En primer lugar, se hace una revisión a las conclusiones obtenidas y se repasan los objetivos específicos e hipótesis definidos al inicio, con el objeto de valorar su grado de cumplimiento. En un segundo apartado, se indican las limitaciones que se han encontrado en este proceso de investigación y se abre la posibilidad de desarrollar líneas de investigación desarrolladas a futuro. Como finalización de este documento, se expone la productividad de este proceso de investigación, señalando las publicaciones y comunicaciones que se han desarrollado en el marco de esta tesis doctoral.

9.1. Conclusiones

Esta investigación muestra cómo determinados factores presentes en los hogares y en la vida de las personas tienen una relación directa con la exposición o la protección ante las enfermedades mentales. En los siguientes apartados se valora el cumplimiento de las hipótesis y las conclusiones en torno a los objetivos específicos planteados.

9.1.1. Cumplimientos de las hipótesis

A continuación, se presenta una revisión de las diferentes hipótesis que se han definido con cada objetivo específico, señalando su grado de cumplimiento tras la exposición de los resultados de las investigaciones. En la Tabla 23 se ha recogido esta información.

Se observa que todas las hipótesis del objetivo específico 1 se han cumplido, así como la mayoría del objetivo 2 (si bien, en general, estas tienen un grado de cumplimiento parcial). En cuanto al tercer objetivo específico, puede observarse que tiene un grado de cumplimiento algo menor que los dos anteriores.

Tabla 23*Resumen de los objetivos e hipótesis y su grado de cumplimiento*

Objetivos	Hipótesis	Grado de Cumplimiento
Objetivo específico 1:	Hipótesis 1.1:	Se cumple
Construir un modelo descriptivo que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares en base a los determinantes sociales de la salud mental.	El empleo no es garante de integración social, ni un elemento protector de la presencia de enfermedades mentales en los hogares.	
	Hipótesis 1.2:	Se cumple
	La ausencia de ingresos suficientes en el hogar (asociada al desempleo o bien a la ausencia de prestaciones) incide en la presencia de enfermedades mentales.	
	Hipótesis 1.3:	Se cumple
	La exclusión sanitaria conlleva aparejado el debilitamiento de la salud de los hogares, lo que potencia una mayor presencia de trastornos de salud mental.	
	Hipótesis 1.4:	Se cumple
	La presencia de conductas de riesgo, asociadas a situaciones de exclusión incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares.	
	Hipótesis 1.5:	Se cumple
	Una red de relaciones frecuentes y conflictivas, o bien una red de relaciones poco frecuentes en las que el aislamiento o la soledad sean el pilar central, expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales.	

Objetivo específico 2:

Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental, en el contexto de la crisis sanitaria generada por la COVID-19.

Hipótesis 2.1:

Los trastornos de salud mental tienen una mayor extensión, intensidad y cronicidad entre las mujeres. Por ello, los hogares sustentados por una mujer corren un mayor riesgo de exposición a enfermedades mentales.

Se cumple

Hipótesis 2.2:

Las personas con menores niveles de estudios tienen una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad mental.

No se cumple

Hipótesis 2.3:

Las situaciones de inseguridad laboral (empleo temporal, empleo precario, empleo de exclusión, riesgos en el empleo) incrementan la posibilidad de que una persona padezca un trastorno de salud mental.

Parcial

Hipótesis 2.4:

Las enfermedades mentales tienen mayor prevalencia entre las personas que viven por debajo del umbral de la pobreza y en situaciones de privación material. Esta prevalencia es aún mayor en los casos más extremos de pobreza (pobreza severa).

Parcial

Hipótesis 2.5:

La presencia de enfermedades crónicas y discapacidades, por el debilitamiento que suponen sobre el estado de salud, suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en los individuos.

Se cumple

Hipótesis 2.6:

Las situaciones de inseguridad en la vivienda (vivienda insegura, vivienda inadecuada, etc.) impactan sobre el estado de salud mental de los individuos, máxime en el marco de una crisis sanitaria.

Parcial

Hipótesis 2.7:

Las conductas de riesgo o situaciones asociadas a las mismas suponen un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.

Se cumple

	<p>Hipótesis 2.8: Las relaciones saludables, pero infrecuentes suponen un riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.</p>	Parcial
	<p>Hipótesis 2.9: Las relaciones frecuentes, pero negativas o dañinas suponen un grave riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.</p>	Parcial
	<p>Hipótesis 2.10: Las situaciones de soledad, aislamiento o falta de apoyo social han sido un gran riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales en el contexto de la pandemia.</p>	Parcial
<p>Objetivo específico 3: Contrastar el modelo descriptivo desarrollado con la muestra EINSFOESSA 2018, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2, con la muestra EINSFOESSA 2021.</p>	<p>Hipótesis 3.1: En el actual contexto de precariedad laboral, el empleo no tiene incidencia en la protección de la salud mental. Por tanto, no hay diferencias significativas entre las muestras EINSFOESSA 2018 y EINSFOESSA 2021 en este sentido.</p>	No se cumple
	<p>Hipótesis 3.2: La ausencia de ingresos suficientes en el hogar (asociada al desempleo, a la ausencia de prestaciones o a una cobertura parcial a través de los mecanismos de protección social asociados a la crisis sanitaria) expone a una mayor presencia de enfermedades mentales independientemente de la situación contextual en que se produzca.</p>	Se cumple
	<p>Hipótesis 3.3: La ausencia o deficiencia en la cobertura sanitaria expone a los hogares a la presencia de trastornos de salud mental, especialmente en el contexto de una crisis sanitaria.</p>	No se cumple
	<p>Hipótesis 3.4: Una relación insegura con la vivienda supone un riesgo de incrementar la presencia de enfermedades mentales en los hogares. Esta cuestión tiene que ver con la trascendencia que tiene la vivienda en el bienestar de las familias y no cambia en contextos de crisis o crecimiento.</p>	Parcial

Hipótesis 3.5:

La presencia de conductas de riesgo asociadas a situaciones de exclusión incrementa la presencia de enfermedades mentales en los hogares, de forma especial en el contexto de una crisis sanitaria.

Se cumple

Hipótesis 3.6:

La ausencia o el debilitamiento de la red de apoyo social expone a los hogares a una mayor presencia de enfermedades mentales, especialmente en una situación de emergencia sanitaria.

Parcial

Nota. Elaboración propia

9.1.2. Conclusiones por objetivos específicos

- **Objetivo específico 1:** Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de TSM en los hogares, en base a los determinantes sociales de la salud mental.
- **Conclusión 1:** Se ha construido un modelo de análisis que ha determinado qué factores suponen un riesgo y cuáles son una protección para la presencia de enfermedades mentales en los hogares. Se ha testado este modelo sobre la base de datos de los hogares en situación de exclusión, para perfilar y concretar de forma más exhaustiva estos factores.

En relación con los planteamientos basados en los determinantes sociales de la salud, se han tenido en cuenta variables como el género, el gradiente social, la etnia, el nivel de estudios, la situación de empleabilidad, el estilo relacional, las conductas de riesgo, etc. Se ha constatado que el mayor impacto en la aparición de problemas de salud mental en los individuos tiene que ver con la salud (enfermedades y discapacidades), las situaciones de privación (no tener capacidad económica para asumir la cobertura de ciertas necesidades básicas) y el conflicto social (situaciones de riesgo o relaciones sociales).

- **Objetivo específico 2:** Construir un modelo analítico que permita definir factores de riesgo y factores de protección en los individuos, a partir de los determinantes sociales de la salud mental, en el contexto de la crisis sanitaria generada por la COVID-19
- **Conclusión 2:** Se ha construido un modelo que permite definir factores de riesgo y factores de protección de la presencia de enfermedades mentales sobre los individuos. Este modelo, además, se ha testado sobre personas en situación de exclusión social, perfilando aún más el impacto de cada factor.

También en este caso, se han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud y se han construido como factores variables como el género, el gradiente social, la etnia, el nivel de estudios, la situación de empleabilidad, los cambios del empleo y la situación de empleabilidad por causa de la pandemia, las dificultades en la conciliación, el estilo relacional, las situaciones de aislamiento a causa de las restricciones sanitarias, las conductas de riesgo, etc. Se ha constatado que el mayor impacto en la aparición de problemas de salud mental en los individuos de nuevo tiene que ver con la salud (enfermedades, discapacidades, percepción subjetiva del estado de salud...), las situaciones de privación (ingresos insuficientes para asumir la cobertura de las necesidades básicas, sobre todo las vinculadas con la salud y su atención) y el conflicto social (situaciones de riesgo o relaciones sociales).

- **Objetivo específico 3:** Contrastar el modelo descriptivo desarrollado, con uno nuevo generado en el contexto de crisis económica, sanitaria y social fruto de la pandemia provocada por el SARS-COV2.
- **Conclusión 3:** Se han contrastado los modelos, tomando como base del análisis los hogares. Se han hecho dos análisis comparativos: en el primero se han tenido en cuenta los factores de riesgo y en el segundo, los factores de protección.

Para cada modelo se han señalado los factores con más relevancia y se han buscado los factores que tenían presencia en ambos modelos, con el objeto de revisarlos más profundamente y debatir sobre su sentido. Por otra parte, se han planteado alternativas a la presencia de determinados factores en uno u otro modelo, partiendo siempre de que la pandemia provocada por la COVID-19 ha sido un punto de inflexión en el estilo de vida y en la forma de relación, en todos los ámbitos de la vida: familiar, laboral, educativo, sanitario, relacional, etc.

9.2. Limitaciones.

Esta investigación ha dado respuesta al objetivo principal que se había planteado y a los objetivos específicos que lo concretaban. Aun así, en un ámbito de investigación como la salud mental en personas y/u hogares en situación de exclusión, han surgido limitaciones que se señalan con el propósito de convertirlas en futuras líneas de investigación.

9.2.1. La brecha de género

Aunque se han construido un número importante de variables que pretendían testar el desigual impacto, que las diferentes circunstancias de la vida en exclusión tienen sobre hombres y mujeres, no ha sido posible adentrarse en el análisis de las causas específicas que suponen que las mujeres tengan una mayor probabilidad de presentar enfermedades mentales, de estar en situación de exclusión y de presentar enfermedades mentales estando en situaciones de exclusión.

Es necesario profundizar en esta cuestión a través de análisis sectoriales que tengan en cuenta la desigual relación que la mujer tiene con los diferentes ámbitos de la vida: el educativo, el sanitario, el laboral, el de los ingresos, etc.

Los resultados nos muestran una sobre representación de mujeres que asumen la crianza de sus hijos en exclusividad y que deben encajar dificultades de conciliación, de acceso a una vivienda digna y de cuidados, sin los apoyos necesarios. Este grupo de población debe ser objeto de investigación e intervención por su alto riesgo de enfermedad mental y por las dificultades que suponen para un hogar monomarental, el que la madre enferme (Burke et al., 2008; García-Méndez et al., 2021).

9.2.2. El impacto de las relaciones sociales

Los resultados y conclusiones de esta investigación ponen en evidencia el gran impacto que tiene la red social sobre la salud mental. Lamentablemente, la forma en la que están planteadas las preguntas en las diferentes EINSFOESSA utilizadas, no da margen de profundidad para conocer en qué medida las relaciones sociales de la persona exponen o protegen de la presencia de enfermedades mentales. Es necesario incidir en el análisis e interpretación que hace la propia persona afectada por una enfermedad mental de sus relaciones sociales.

No ha sido posible concretar qué tipo de relaciones (positivas o negativas) y que frecuencia de relaciones (frecuentes o infrecuentes) son las más problemáticas o las más protectoras para cada individuo, tan sólo para la persona entrevistada, que era de quien se recogía la información. Se ha perdido, por tanto, una gran posibilidad de enlazar la dimensión del conflicto y el aislamiento social con otras cuestiones de gran trascendencia, desde una perspectiva individual.

Teniendo en cuenta que las relaciones sociales han estado en el centro del análisis en todo momento por ser fuente de riesgo o protección de la salud mental, la investigación sobre el apoyo social y su forma de configurarse tras la pandemia de la COVID-19 debe ser una prioridad en el campo de la Psicología Social.

9.2.3. Limitaciones metodológicas

A lo largo de esta investigación se presentan dos formas metodológicas diferentes de acercarse al objeto de análisis. Mientras que en el capítulo 5 se trabaja desde dos modelos contruidos en base a dos variables dependientes diferentes, en el capítulo 6 se construye un único modelo que permite interrelacionar las variables de riesgo y protección conjuntamente, lo que hace más riguroso y enriquecedor el análisis y los resultados.

Cada forma de acercarse a la investigación nace del momento en el que la doctoranda se encuentra y se va modulando, igualmente, en la medida en que se avanza en el camino de maduración personal y como investigadora.

Aun así, se considera que la segunda forma de abordar la relación de la salud mental y las diferentes variables independientes construidas es más riguroso y en esa línea se continuará hacia el futuro.

Por otra parte, depender de una herramienta externa facilita la muestra, pero dificulta la gestión de los datos, desde el punto de vista de la necesidad de la investigación. En este punto, es necesario agradecer a la Fundación FOESSA su generosidad al facilitar, no sólo los datos de sus exhaustivas muestras, sino todo el apoyo técnico necesario para el desarrollo de este trabajo de investigación. La posibilidad de trabajar con este volumen de datos e información ha permitido contemplar y asumir elementos no tenidos en cuenta en el momento inicial del trabajo.

No obstante, determinados análisis no han permitido un mayor grado de concreción o desarrollo, al no contar con la información necesaria en las muestras utilizadas. En este sentido, será necesario incidir en la trascendencia que tiene el estudio de la salud y, sobre todo, la salud mental en las posibilidades reales de inclusión de las personas en situación de exclusión.

En este sentido, también se ha quedado sin posibilidad de analizar la realidad de las personas sin hogar, por el hecho de que las muestras están configuradas sobre los hogares. Por ello, no se ha podido indagar entre estas personas, que ocupan el último espacio de la exclusión social. Aunque la investigación sobre salud mental y sinhogarismo está avanzada, hubiera sido de interés poder aplicar esta metodología al análisis de esa realidad.

9.3. Futuras líneas de investigación

Desde estas limitaciones que se han señalado, es desde donde parten las recomendaciones para futuras líneas de investigación que permitan seguir profundizando en el diseño de modelos preventivos de las enfermedades mentales en los hogares excluidos.

- Priorizar la perspectiva de género y su impacto. La literatura científica muestra cómo las mujeres tienen mayores posibilidades de padecer enfermedades mentales y también de sufrir situaciones de exclusión social. Ahondar en el conocimiento de esta relación, desde una perspectiva de género, es un elemento imprescindible para el diseño de políticas sociales que protejan a las mujeres de forma holística.
- Revisar las posibilidades de generar modelos preventivos en el campo de las personas sin hogar. Las personas en situación de sinhogarismo sufren las situaciones de exclusión social más intensas, también por el estigma social y la invisibilización de sus problemáticas. Es necesario generar investigación que, no sólo ahonde en esta relación salud mental/exclusión social en el sinhogarismo, sino que proponga medidas preventivas. Y estas medidas de prevención deben estar dirigidas en dos direcciones complementarias: evitar el desarrollo de enfermedades mentales, en aquellas personas que no las presentan aún; y posibilitar el máximo cuidado y apoyo, en aquellas personas que ya conviven con una enfermedad mental.
- Incidir en el análisis, no sólo de la extensión e intensidad del fenómeno, sino también de su cronificación. Investigaciones previas señalan las dificultades que tienen las personas situadas en el espacio de la exclusión social de recuperar el bienestar una vez que se ha presentado una enfermedad mental. Tal cual está diseñado el actual cuestionario de la EINSFOESSA resulta muy complejo estudiar esta cronificación. En este sentido, una de

las líneas de investigación más plausibles sería posibilitar cambios en el cuestionario que permitan recoger información sobre esta cronificación.

- Una línea de investigación que se abre tras esta investigación consiste en el análisis de los diferentes Planes de Salud Mental autonómicos y, sobre todo, en el análisis de su concreción en las personas en situación de exclusión social. Este análisis comparativo permitiría perfilar qué prácticas son más efectivas y, sobre todo, desde qué corrientes teóricas, estilos de recursos y perfiles profesionales implicados, la intervención en salud mental se presenta más acorde al Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

9.4. Productividad y difusión de la investigación

Este trabajo tesis se desarrolla con una proyección de difusión científica planificada y que todavía está en proceso de desarrollo.

En primer lugar, fruto de esta investigación se ha publicado un artículo en una revista SSCI (Social Science Citation Index):

Oliveros, B.; Agulló-Tomás, E.; Márquez-Álvarez, L.-J. Risk and Protective Factors of Mental Health Conditions: Impact of Employment, Deprivation and Social Relationships. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 6781. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>

También se ha publicado un artículo en la revista de divulgación *Documentación Social*:
Oliveros, B. (2021): El papel de la acción social en la prevención de la patología mental. *Documentación Social*, (8). <https://documentacionsocial.es/8/a-fondo/el-papel-de-la-accion-social-en-la-prevencion-de-la-patologia-mental/>

Por otro lado, de una parte de esta investigación se derivarán dos publicaciones que están previstas y de las que se deja información:

-
- Modelo de prevención para la aparición de enfermedades mentales en personas en situación de exclusión: el impacto de la COVID-19. Artículo científico elaborado a partir del capítulo 6 de esta tesis.
 - La coyuntura o la estructura: comparación de modelos de prevención de la patología mental, en hogares excluidos pre y post COVID-19. Artículo científico en elaboración a partir del capítulo 7 de esta tesis.

Además, también se han desarrollado una serie de comunicaciones en diversos Congresos y Jornadas a las que ha sido invitada la doctoranda y que se señalan a continuación:

- COMUNICACIÓN: La atención a la salud mental como pilar para el desarrollo de los procesos de inclusión. Beatriz Oliveros Fernández y Esteban Agulló Tomás. XIV Congreso Español de Sociología. 30 junio- 2 julio 2022 (comunicación aceptada y enviada).
- PARTICIPACIÓN JORNADA: Reflexiones sobre salud mental. Presentación del Informe EINSFOESSA 2022 de Castilla y León.
- COMUNICACIÓN: El hogar, elemento clave en la prevención de las enfermedades mentales de los/as más jóvenes. Beatriz Oliveros y Esteban Agulló Tomás. Simposio de Inclusión Social: Infancia, adolescencia y juventud, presente y futuro. Eapn-As. 9-12 de noviembre de 2021.
- COMUNICACIÓN: Factores de riesgo de la presencia de trastornos de salud mental en los hogares en riesgo o situación de exclusión social. Beatriz Oliveros Fernández y Esteban Agulló Tomás. III Congreso Nacional de Psicología. 3-7 de julio de 2017, Oviedo.
- PÓSTER: Relaciones que curan: prevención de patologías mentales en hogares en riesgo o exclusión. Beatriz Oliveros Fernández y Esteban Agulló Tomás. III Congreso Nacional de Psicología. 3-7 de julio de 2017, Oviedo.

- COMUNICACIÓN: Factores protectores de trastornos de salud mental en los hogares en riesgo o situación de exclusión social. Beatriz Oliveros Fernández y Esteban Agulló Tomás. XII Congreso Español de Sociología. 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016, Gijón.

Por último, y con motivo de la elaboración de esta tesis, la doctoranda ha tenido la oportunidad de asumir, además, las actividades de investigación que se detallan:

- Coordinadora del Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en Asturias 2022, de la Fundación FOESSA.
- Coordinadora del proyecto de investigación “Análisis de la cobertura del Salario Social Básico en el contexto de la crisis sanitaria: recomendaciones de mejora”, que surge fruto del contrato menor firmado entre la Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y la Facultad Padre Ossó.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Acevedo Castillo, A. A. (2018). Exclusión Social de los Enfermos Mentales. *Revista Saluta*, 1(1).
<https://doi.org/10.37594/saluta.v1i1.142>
- Aguilar, M., Arriba, A., Ayala, L., Sanzo, L. & Zalakain, J. (2015). *Hacia un sistema más inclusivo de garantía de rentas en España: diferentes alternativas de desarrollo*. Cáritas Española.
- Agulló-Tomás, E., Llosa, J., & Martínez, M. (2014). *Job Insecurity, precariedad laboral y subempleo: Un acercamiento crítico a la nueva realidad del trabajo* [Archivo PDF].
https://www.academia.edu/7141076/Job_Insecurity_precariedad_laboral_y_subempleo_un_acercamiento_cr%C3%ADtico_a_la_nueva_realidad_del_trabajo
- Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
<https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Álvaro Estramiana, J.L. & Arjona, P. (2016) *Desempleo y bienestar psicológico*. Siglo XXI de España Editores.
- Álvaro Estramiana, J.L., Torregrosa, J.R. & Garrido, A. (1998). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Siglo XXI de España Editores
- Alves, J. D., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., Cartagena-Ramos, D., Berra, T. Z., Alves, L. S., Ramos, A. C. V., Fuentealba-Torres, M., de Assis, I. S., Fiorati, R. C., Nunes, C. & Arcêncio, R. A. (2020). Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 34, 171-178.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.004>

Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Mueller, P., Mueller, N., Hsouna, H., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., ... Hoekelmann, A. (2020). COVID-19 Home Confinement Negatively Impacts Social Participation and Life Satisfaction: A Worldwide Multicenter Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6237.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>

Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, 2(2), 227-246.

Arends, I. (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. In *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work* (Mental Health and Work). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos /ODCE.

<https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>

Arnal, M., Finkel, L. & Parra, P. (2013). Crisis, desempleo y pobreza: Análisis de trayectorias de vida y estrategias. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(2), 281-311.

https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n2.43221

Aspinwall, L. G. & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10566-000>

Augusto-Landa, J. M. & Montes-Berges, B. (2009). Perceived Emotional Intelligence, Health and Somatic Symptomatology in Nursing Students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-

211.

https://www.researchgate.net/publication/246547466_Perceived_emotional_intelligence_health_and_somatic_symptomatology_in_nursing_students

Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli Acevedo, J., Molina Garzón, M., Catalán, L., Gray-Gariazzo, N., Aracena Alvarez, M., Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli Acevedo, J., Molina Garzón, M., Catalán, L., Gray-Gariazzo, N. & Aracena Álvarez, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 55-66.

<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue1-fulltext-2397>

Bareket-Bojmel, L., Shahar, G. & Margalit, M. (2021). COVID-19-Related Economic Anxiety Is As High as Health Anxiety: Findings from the USA, the UK, and Israel. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 566-574. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00078-3>

Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.23676>

Barrón López De Roda, A. & Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 1(13), 17-23.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7841>

Barros Higgins, L., Herazo Beltrán, Y. & Aroca Martínez, G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 641-647. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49805>

-
- Baumann A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Becerra Huaman, D., Becerra Canales, B. & Quintanilla Villar, F. (2021). Tensión laboral y salud mental del personal sanitario en el contexto de la pandemia de Coronavirus en el Perú. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37, 1-15.
<http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1481>
- Belzunegui Eraso, A. & Puig Andreu, X. (2017). La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 183–196. <https://revistas.um.es/areas/article/view/308221>
- Blanco, A., Chueca, A., López-Ruis, J.A. & Mora, S. (2021). *Informe España 2021. Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro*. Universidad Pontificia Comillas.
<https://blogs.comillas.edu/informe-espana/informe-espana-2021/>
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-179. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73355-1)
- Borrell, C. & Artazcoz, L. (2009). Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España: unas precisiones [Policies to diminish the inequality in health in Spain: a few precisions]. *Gaceta sanitaria*, 23(3), 254. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.002>
- Bosch, N. (2020). La pobreza en España y Europa. Efectos de la COVID-19. *IEB Report 4/2020*, 19. https://ieb.ub.edu/wp-content/uploads/2021/01/IEB_Report_042020.pdf#page=19
- Brand, J. E. (2015). The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment. *Annual Review of Sociology*, (41), 359-375. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>

-
- Brugué, Q., Gomà, R., & Subirats, J. (2002). De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. *Revista Internacional De Sociología*, 60(33), 7–45. <https://doi.org/10.3989/ris.2002.i33.728>
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C. & Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>
- Burke, J. D., Pardini, D. A. & Loeber, R. (2008). Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood Through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679-692. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9219-7>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry* (pp. xi, 304). Basic Books.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986). *Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud* [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Cazzaniga, J. & Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social, situación actual y recomendaciones contra el estigma*. [Archivo PDF]. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Chen, X., Zou, Y. & Gao, H. (2021). Role of neighborhood social support in stress coping and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic: Evidence from Hubei, China. *Health and Place*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102532>
- Cinca, A. N. (2022). Desigualdad: Una revisión actualizada. *Documentos de Trabajo (ICAE)*, 2, 1-20. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/72008/>

-
- Comelles, J. M. (2007). Cultura, sociedad y psiquiatras en España. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 7(1), 7-24.
- Dalsania, A. K., Fastiggi, M. J., Kahlam, A., Shah, R., Patel, K., Shiau, S., Rokicki, S. & DallaPiazza, M. (2022). The Relationship Between Social Determinants of Health and Racial Disparities in COVID-19 Mortality. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(1), 288-295. <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00952-y>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K. A., Sipido, E., Bassetti, C. L., Vos, T. & Feigin, V. L. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 10(5),551-567. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0)
- DiLorenzo, T. A., Halper, J. & Picone, M. A. (2009). Quality of life in MS: Does aging enhance perceptions of mental health? *Disability and Rehabilitation*, 31(17), 1424-1431. <https://doi.org/10.1080/09638280802624543>
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J. & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(2), 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- Dostoievski, F. (1864). *Memorias del subsuelo*. Nobooks.

-
- Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *The BMJ*, *369*, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1557>
- Emerson, E., Honey, A., Madden, R. & Llewellyn, G. (s. f.). The Well-being of Australian Adolescents and Young Adults with Self-reported Long-term Health Conditions, Impairments or Disabilities: 2001 and 2006. *The Australian Journal of Social Issues*, *44*(1), 39-54. <https://doi.org/10.3316/informit.865551134414534>
- Escobar, L. de P. & Centeno, M. C. G. (2021). Impacto de la COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas. *Revista española de salud pública*, *95*(3), 123-135.
- Espino Granado, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(122), 385-404. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200010>
- Fernández, G. (Coord.) (2015): *Hacia un sistema más inclusivo de garantía de rentas en España: diferentes alternativas de desarrollo*. Cáritas Española Editores.
- Fernández Maíllo, G. (Coord.) (2015): *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Cáritas Española Editores. https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/Informe-FOESSA-2019_web-completo.pdf
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. & Merrick, J. (2005). Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World Journal*, (5), 767-776. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.89>

Flores, R. & Ubritch, T. (coords.) (2014). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en el Principado de Asturias*. Cáritas Española Editores.

http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/ccaa/06112014015005_7219.pdf

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de cultura económica.

Francisca-Corona, H. & Eldreth, V. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70394-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70394-7)

Fresno, J.M. (coord.) (2007). *Cuaderno europeo 4. Poniendo en práctica la Estrategia Europea para la Inclusión Social*. Fundación Luis Vives.

https://www.fresnoconsulting.es/upload/14/24/10_Cuaderno_Europeo_4.pdf

Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229-237.

<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>

Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., Martinez, L. & Fragar, L. (2011). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: A narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-72>

Fundación FOESSA. (s.f.). *Quiénes somos* <https://www.foessa.es/quienes-somos/>

Fundación FOESSA (s.f.). *El Índice Sintético de Exclusión Social* <https://www.foessa.es/encuestas-sobre-integracion/exclusion-social/el-indice-sintetico-de-exclusion-social/>

Gallagher, S., & Wetherell, M. A. (2020). Risk of depression in family caregivers: Unintended consequence of COVID-19. *BJPsych Open*, 6(6), e119,1-5.

<https://doi.org/10.1192/bjo.2020.99>

-
- Gan, D. R. Y., Cheng, G. H. L., Ng, T. P., Gwee, X., Soh, C. Y., Fung, J. C. & Cho, I. S. (2022). Neighborhood Makes or Breaks Active Ageing? Findings from Cross-Sectional Path Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3695-3705. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063695>
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F. & Pérez-Delgado, E. (2009). Purpose in Life and Hopelessness: An Empirical Study. *Universitas Psychologica*, 8(2), 8.
- García-Méndez, M., Méndez-Sánchez, M.P., Peñaloza-Gómez, R. & Rivera-Aragón, S. (2021). Rasgos de Personalidad y Depresión, Predictores de Ansiedad Rasgo-Estado en Madres. *Acta de investigación psicológica*, 11(3), 65-77. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.3.393>
- García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V., Torío-López, S., García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V. & Torío-López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: La vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197. <https://doi.org/10.29101/crcs.v0i72.4135>
- Gavidia Catalán, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jenum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T. ... & Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>

-
- Hoedeman, R. (2012). OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 20(5), 234-235. <https://doi.org/10.1007/s12498-012-0114-3>
- Honey, A., Emerson, E. & Llewellyn, G. (2011). The mental health of young people with disabilities: impact of social conditions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0161-y>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Hudson, J. L. & Moss-Morris, R. (2019). Treating Illness Distress in Chronic Illness. *European Psychologist*, 24(1), 26-37. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000352>
- Huete García, A. (2019). *Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de Protección Social*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001702>
- Ibáñez Peiró, Á. (2020). La actividad informativa del Gobierno español durante la emergencia sanitaria provocada por el coronavirus, COVID-19. *Revista española de comunicación en salud*, 1, 304-318. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.5441>
- Instituto Nacional de Estadística (s. f.). *Glosario de Conceptos*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5042&op=30453&p=1&n=20>
- Instituto Nacional de Estadística (s. f.). *Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita*. (s. f.).

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=La%20carencia%20material%20severa%20es,al%20menos%20cada%20dos%20d%C3%ADas

International Labour Organization (ILO) (2020). ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Sixth edition. *Part I. Latest Labour Market Developments: Continuing Workplace Closures, Working-Hour Losses and Decreases in Labour Income.*

<https://www.voced.edu.au/content/ngv:85921#>

Izquierdo, M. & Puente, S. (2021). Los ERTE en la crisis del COVID-19: un primer análisis de la reincorporación al empleo de los trabajadores afectados. *Artículos Analíticos. Boletín Económico BDE, 2/2021*, 1-13.

Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior, 27*(3), 250–264. <https://doi.org/10.2307/2136745>

Jones, M., Beardmore, A., Biddle, M., Gibson, A., Ismail, S. U., McClean, S. & White, J. (2020). Apart but not Alone? A cross-sectional study of neighbour support in a major UK urban area during the COVID-19 lockdown. *Emerald Open Research, 2*, 37. <https://doi.org/10.35241/emeraldopenres.13731.1>

Juarez, F. (2011). The concept of health: An explanation of its uniqueness, multiplicity and health models. *International Journal of Psychological Research, 4*(1), 70-79. <https://doi.org/10.21500/20112084.801>

Kahn, R.L. & Juster, F.T. (2002). Well-Being: Concepts and Measures. *Journal of Social Issues, 58*, 627-644. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00281>

-
- Kavanagh, A. M., Aitken, Z., Krnjacki, L., LaMontagne, A. D., Bentley, R. & Milner, A. (2015). Mental Health Following Acquisition of Disability in Adulthood-The Impact of Wealth. *PLoS one*, 10(10), e0139708. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139708>
- Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollá, J., Álvarez, E. C., Benavent, A. M. O. & Serrano, A. G. (2019). Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 103-111. <https://doi.org/10.22265/acnef.6.2.344>
- Laparra, L., Obradors, A., Pérez, B., Pérez Yruela, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, L. & Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-58. <https://digital.csic.es/handle/10261/216847>
- Laparra, M., Zugasti Mutilva, N. & García Lautre, I. (2021). The Multidimensional Conception of Social Exclusion and the Aggregation Dilemma: A Solution Proposal Based on Multiple Correspondence Analysis. *Social Indicators Research*, 158(2), 637-666. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02707-6>
- Laparra, M. & Pérez Eransus, B. (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, 173-205. Informe FOESSA. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/uib/uib0017.pdf
- Llano, J. C. (2019). *La desigualdad en la salud. Red europea de lucha contra la pobreza y la exclusión social en el estado español*. EAPN-ES. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf

-
- Llosa, J.A., Agulló-Tomás, E., Menéndez-Espina, S., Rodríguez-Suárez, J. & Boada-Grau, J. (2020). Incertidumbre Laboral, Salud Mental y Apoyo Social en trabajadores pobres. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 20, e-2178. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2178>
- Llosa, J.A., Menéndez-Espina, S., Agulló-Tomás, E., Rodríguez-Suárez, J., Lasheras-Díez, H. & Saiz Villar, R. (2019). La psicopatologización del trabajo: el estado de malestar del sujeto responsable. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 80, 82-97. <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/jallosa.pdf>
- López, C. M. & Costa, E. (1986). *Salud comunitaria*. Editorial Martínez Roca.
- Lopez-Arostegi, R., Castillo, R. & Bergara, A. (2010) *Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa*. Observatorio del tercer sector de Bizkaia.
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2009000200004>
- López Jiménez, P. (2017). Competencias socioemocionales y salud en educación social. *Educación Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 51-69. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/326401>
- Lorenzo, F. (coord.) (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Cáritas Española Editores. http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf

-
- Lunsky, Y., Jahoda, A., Navas, P., Campanella, S. & Havercamp, S. M. (2022). The mental health and well-being of adults with intellectual disability during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(1), 35-47. <https://doi.org/10.1111/jppi.12412>
- Mai, Y., Wu, Y. J. & Huang, Y. (2021). What Type of Social Support Is Important for Student Resilience During COVID-19? A Latent Profile Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646145>
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. Bloomsbury Publishing Plc.
- Mattos dos Santos, R. (2020). Isolation, social stress, low socioeconomic status and its relationship to immune response in Covid-19 pandemic context. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 7, 100103. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100103>
- Mendiara-Laplaza, C. (2014). Las redes de apoyo social de la nueva pobreza atendida en el Centro Municipal de Servicios Sociales del Barrio de la Magdalena de Zaragoza [The Social Support Networks of New Poverty in the Social Services Municipal Center of Magdalena District in Zaragoza]. *Portularia*, 14(1), 73-86. <https://doi.org/10.5218/prts.2014.0007>
- Ministerio de Sanidad (s.f.)—*Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Miranda-Ruche, X. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(14). <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377>

Mistral, Gabriela, 1889-1957. El placer de servir [manuscrito] [Gabriela Mistral]. Archivo del Escritor. Disponible en Biblioteca Nacional Digital de Chile <http://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/623/w3-article-139303.html> .

Accedido en 9/6/2022

Moyano, D. & Ortiz, M. (2013). *Percepción del estado de salud desde una perspectiva comunitaria*. [Archivo PDF] <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/17743>

Nations, U. (s. f.). *La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28(23), 1461-1465. <https://doi.org/10.1080/09638280600925886>

Novales, A. (2022). Desigualdad: Una revisión actualizada. ICAE Working Paper, 2202, 2341-2356. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/72008/>

Novella, E. J. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 8(1), 9-32.

Novoa, A. M., Bosch, J., Díaz, F., Malmusi, D., Darnell, M. & Trilla, C. (2014). El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. *Gaceta Sanitaria*, 28, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.018>

OECD (2021). *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*, Mental Health and Work, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s.f.). *El derecho a una vivienda adecuada*.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3594.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s.f.). *Salud mental y derechos humanos*. <https://www.ohchr.org/es/health/mental-health-and-human-rights>

Offer, S. (2012). The burden of reciprocity: Processes of exclusion and withdrawal from personal networks among low-income families. *Current Sociology*, 60(6), 788-805. <https://doi.org/10.1177/0011392112454754>

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B., Group, on behalf of the C. study, & Council, the E. B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>

Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaher, M. & Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: Findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-144>

Oliveros, B. (2016). *Patologías mentales en los hogares en riesgo o exclusión social: factores de protección y de riesgo*. [Trabajo Fin de Máster no publicado]. Universidad de Oviedo.

Oliveros, B. (2021): El papel de la acción social en la prevención de la patología mental. *Documentación Social*, (8). <https://documentacionsocial.es/8/a-fondo/el-papel-de-la-accion-social-en-la-prevencion-de-la-patologia-mental/>

-
- Oliveros, B.; Agulló-Tomás, E.; Márquez-Álvarez, L.-J (2022). Risk and Protective Factors of Mental Health Conditions: Impact of Employment, Deprivation and Social Relationships. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 6781. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000: segunda evaluación, octavo informe sobre la situación sanitaria mundial. Vol. 1., Análisis mundial.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37182>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Contribución al Desarrollo Social y Económico: La Actuación Multisectorial Sostenible Para Mejorar La Salud y La Equidad Sanitaria (Seguimiento de La Octava Conferencia Mundial de Promoción de La Salud).* [Archivo PDF].
- Organización Mundial de la Salud (2018) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Organización Mundial de La Salud. [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de Salud (2020) *Salud mental del adolescente.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización de Naciones Unidas (2020) *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental.* https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2012) *Determinantes e inequidades en salud.* <https://www3.paho.org/salud-en-las-americas>

[2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=125&lang=es](https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1808144)

Özmete, E. & Pak, M. (2020). The Relationship between Anxiety Levels and Perceived Social Support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey. *Social Work in Public Health, 35*(7), 603-616. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1808144>

Parish, T. S. & Van Dusen, L. (2007). The Personal Choice Model Regarding Mental Health. *International Journal of Reality Therapy, 26*(2), 41-42.

Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública, 94*, 1-16.

Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., Ravindrane, R. & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: The forgotten vulnerable. *Public Health, 183*, 110-111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>

Pérez, J.M., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M.M. & López, J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España. *Revista de ciencias sociales, 26*(4), 52-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7687026>

Pérez-Andrés, C. (2013). Hacia la cobertura sanitaria universal: El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. *Revista Española de Salud Pública, 87*(1), 1-2.

Pérez-Eransas, B. (2003): Las entidades sociales en la lucha contra la exclusión. En *Las entidades voluntarias de acción social en España*, Rodríguez Cabrero Gregorio (coord.). Madrid, Fundación FOESSA

-
- Pérez, M., Rodríguez, G., Trujillo, M. (2004): *Pobreza y exclusión social en el Principado de Asturias*. CSIC.
- Peset, J. L. (2003). La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio*, 55(1).
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2003.v55.i1.97>
- Petersen, P. E. (2003). World Health Organization. Organisation Mondiale de la Sante. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(6), 471-471. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0528.2003.00124.x>
- Pinto de Carvalho, L. & Cornejo, M. (2018). Towards a critical approach to place attachment: A review in contexts of infringement of the right to adequate housing. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 18(3), e2004.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2004>
- Prieto, J. L. R. (2021). Salud mental y teletrabajo en tiempos de pandemia. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 79(155), 567-575.
<https://doi.org/10.14422/mis.v79.i155.y2021.006>
- Raynor, K., Panza, L., & Bentley, R. (2022). Impact of COVID-19 shocks, precarity and mediating resources on the mental health of residents of share housing in Victoria, Australia: An analysis of data from a two-wave survey. *BMJ Open*, 12(4), e058580.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058580>
- Renés, V. (coord.) (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Cáritas Española. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2008/02/VI-Informe-FOESSA.pdf>

-
- Renés, V., Lorenzo, F. & Chahin, A. (2007) *Poniendo en práctica la estrategia europea para la inclusión social: del plano europeo al plano social. Cuaderno Europeo 4*. Fundación Luis Vives. https://www.fresnoconsulting.es/upload/14/24/10_Cuaderno_Europeo_4.pdf
- Reno, R. & Hyder, A. (2018). The Evidence Base for Social Determinants of Health as Risk Factors for Infant Mortality: A Systematic Scoping Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 29(4), 1188-1208. [doi:10.1353/hpu.2018.0091](https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0091).
- Ribot-Reyes, V. C., Chang-Paredes, N. & González-Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), e3307. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Rodríguez, A. & Valcarce, M. (2004). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. IMSERSO. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Rueda Estrada, J. D. & Tovar Martínez, F. J. (2021). El anclaje de la pobreza y la COVID-19: Las contradicciones entre la realidad y las políticas. *Revista Prisma Social*, (34), 321–346. <https://revistaprismasocial.es/article/view/4321>
- Salud en las Américas. (2012). *Determinantes e inequidades en salud*. [Archivo PDF]. https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58:health-determinants-and-inequalities&Itemid=165&lang=es
- Sánchez, E. (1998). Social support, social integration, and mental health. *International Journal of Social Psychology*, 13(3), 537-544. <https://doi.org/10.1174/021347498760349797>

-
- Sanders, A. E., Lim, S. & Sohn, W. (2008). Resilience to urban poverty: Theoretical and empirical considerations for population health. *American Journal of Public Health*, 6(98), 1101-1106. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119495>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune. [Archivo PDF]. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Santibáñez, R., Flores, N. & Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *iQual. Revista de Género e Igualdad*, (1), 123–144. <https://doi.org/10.6018/iQual.307701>
- Sarasa, S. & Sales, A. (2007). *L'exclusió social a les societats post-industrials: teories i evidències empíriques*. Informe presentat a la Sindicatura de Greuges de la ciutat de Barcelona.
- Seller, E. P. (2021). Políticas sociales de protección a las familias en dificultad en tiempos de pandemia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 42, 171-182. <https://doi.org/10.6018/areas.467221>
- Shinn, M., Lehmann, S. & Wong, N. W. (1984). Social Interaction and Social Support. *Journal of Social Issues*, 40(4), 55-76. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01107.x>
- Solana Solana, A. M., Ortiz Guitart, A. & López Gay, A. (2020). «Me están echando de mi casa». Repercusiones personales y sociales de la inseguridad residencial en Barcelona. *Papers. Revista de Sociología*, 1(1), 1-24. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2842>
- Sommerlad, A., Marston, L., Huntley, J., Livingston, G., Lewis, G., Steptoe, A. & Fancourt, D. (2021). Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: Longitudinal analysis of the COVID-19 social study. *Psychological Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000039>

- Staiger, T., Waldmann, T., Rüschi, N. & Krumm, S. (2017). Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1997-6>
- Suárez Cardona, M., Ichaso Hernández-Rubio, M. & González Yuste, P. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos 1*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Tizón, J. L. (2001). Investigación y docencia en salud mental: (I) Reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 69-96. Recuperado en 02 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100006&lng=es&tlng=es.
- Torío López, S., Peña Calvo, J.V., & García-Pérez, O. (2015). Parentalidad Positiva y Formación Experiencial: Análisis de los Procesos de Cambio Familiar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 5 (3), 296-315. <http://dx.doi.org/10.17583/remie.2015.1533>
- Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4). <https://doi.org/10.20882/adicciones.255>
- Torres Domínguez, J. A. & Guarneros Soto, N. (2016). El impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada. *Horizonte Sanitario*, 1(15),1-15. <https://doi.org/10.19136/hs.v15i1.1066>
- Universitat Ramon Llull. (15 de abril de 2021). *Webinar Cáritas-URL: Covid-19 y vulnerabilidad social: Nuevos escenarios de salud mental*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=t0DazPjIr1Y>

-
- Uribe Vilarrodona, J. (2021). *¿Pobreza o exclusión social? Covid-19. Ante la responsabilidad de un abordaje nuevo y coordinado en los servicios sociales. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 77, p. 15-35
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.89>
- Van Bergen, A., Wolf, J., Badou, M., Wilde-Schutten, K., Ijzelenberg, W., Schreus, H., Carlier, B., Hoff, S. & Van Hemert, A. (2018). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 3(29), 575–582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>
- Vásquez-Vera, H. (2020). *La Inseguridad residencial por motivos económicos y su relación con la salud* [Thesis, Universitat Pompeu Fabra]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/668547>
- Vázquez, C. (2014). *Sin ti no puedo ser yo: Pensando según la Terapia Gestalt*. Asociación Cultural los Libros del CTP.
- Viaña, X. P. (2014). Análisis de la red de servicios sociales en el sector de las personas con problemática de salud mental. *Trabajo social y salud*, 79, 7-21.
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1). <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>
- García-Viniegras, C. R. & Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4), 1-9.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1356/1159>

- Vieira, K. M., Potrich, A. C. G., Bressan, A. A. & Klein, L. L. (2021). Loss of financial well-being in the COVID-19 pandemic: Does job stability make a difference? *Journal of Behavioral and Experimental Finance*, 31, 100554. <https://doi.org/10.1016/j.jbef.2021.100554>
- Viejo, J. P., Barbé, A. D., Pérez, M. del M. R.-B., & Pérez, J. L. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España. *Revista de ciencias sociales*, 26(4), 52-63.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011&lng=es&tlng=es)
- Villegas, C., Ibabe, I. & Arnosó, A. (2021). People at risk of social exclusion: Mental health, structural-economic factors and sociocultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122-148. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1840235>
- Virto, L. M., Ruiz, R. L. & Mutilva, N. Z. (2013). La desigualdad y los indicadores de exclusión. *Dossieres Es*, 9, 30-35.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Wei, L., Islam, J. Y., Mascareno, E. A., Rivera, A., Vidot, D. C. & Camacho-Rivera, M. (2021). Physical and Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic among US Adults with Chronic Respiratory Conditions. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3981. <https://doi.org/10.3390/jcm10173981>

-
- Wenham, C., Smith, J. & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L. & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte I*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Whitehead, M., Taylor-Robinson, D., & Barr, B. (2021). Poverty, health, and covid-19. *BMJ*, 372, n376. <https://doi.org/10.1136/bmj.n376>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9). <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE LA EINSFOESSA 2018

ENCUESTA SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y NECESIDADES SOCIALES

Presentación del entrevistador: Buenos días/tardes, estamos realizando un estudio sobre la problemática de las familias y las necesidades sociales de las mismas. El objeto del estudio es estrictamente científico y su colaboración es de gran interés. Sus respuestas serán tratadas de forma estadística y totalmente anónima.

Entrevistador: Con carácter general, la persona a entrevistar será el *cabeza de familia, sustentador principal o su cónyuge*. La entrevista se realizará a una persona mayor de edad (18 o más años).

Nº de Cuestionario: _____
Nº de Ruta:
Código CCAA:
Código Municipio:
Código Sección:
Nº Entrevista de la ruta:
Nº Filtro en la ruta.....
Total contactos:

Otros datos de la entrevista:

Fecha y hora de realización

Día:
Mes:
Hora:
Duración (en minutos).....

Datos de la persona entrevistada:

Nombre: _____

Dirección: _____
Teléfono de contacto: _____
Provincia: _____
Municipio: _____

Nº de personas que conviven en la vivienda:

Tipo de hogar (Cuestionario Filtro):

- 0. Hogar potencialmente integrado.
- 1. Hogar potencialmente excluido

Datos del entrevistador/a:

Nombre y apellidos: _____

Equipo de trabajo: _____

Revisión y Supervisión

Revisada por: _____
Supervisada por: _____

A) CARACTERISTICAS GENERALES DEL HOGAR Y DE SUS MIEMBROS

Hogar y núcleos familiares

Conceptos

- El hogar está formado por todas las personas que viven en la misma vivienda y comparten gastos de vivienda y alimentación, estén o no emparentadas.
- Un núcleo está formado por una persona adulta junto con, o bien su pareja o bien su descendencia de primer grado o ambos. Por tanto, pueden ser de cuatro tipos de núcleos:
 1. Pareja sin descendencia
 2. Pareja con descendencia
 3. Mujer con responsabilidad exclusiva sobre la descendencia
 4. Hombre con responsabilidad exclusiva sobre la descendencia
- Nunca se puede considerar a una misma persona parte de dos o más núcleos distintos
- Una persona que viva sola no forma núcleo familiar.

Cumplimentar

- Calcular cuántos núcleos hay en el hogar, anotar el dato en A5,
- Numerar los núcleos para anotar A4.
- En A4, quienes no forman parte de ningún núcleo familiar se codifican con un 8

Sustentador principal; informante

- **Sustentador principal** es la persona que aporta la principal fuente de ingresos (la persona con el empleo mejor remunerado, la titular de la prestación más importante, la persona que recibe la pensión alimenticia, etc.) Sólo hay una en cada hogar.
- **Informante/s** es/son las personas que dan la información al encuestador/a. Puede haber más de una.

A CONTINUACIÓN LE VOY A PEDIR QUE ME DE ALGUNOS DATOS DE SU HOGAR Y DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON USTED.

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Número de orden en el hogar										
A.1 Edad en el momento de realización de la encuesta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A.2 Sexo										
1. Varón	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Mujer	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
A.3 Relación con la persona sustentadora principal:										
01. Sustentador principal	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Cónyuge o pareja	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Hijo/a, biológica	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Hijastro/hijastra	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Hijo/a adoptivo/a	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Yerno, nuera	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Padre, madre, suegro/a	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Hermano/a, Cuñado/a	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Nieto/a	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Otro pariente	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11. Servicio doméstico	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12. Otros no emparentados	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
A.4 Núcleo al que pertenece (Nº de orden de núcleo en el hogar 8 = No forma parte del núcleo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A.5 ¿Cuántos núcleos conviven en el hogar?

A.6. ¿Qué tipo de relación existía anteriormente con las personas del otro núcleo? Sólo para aquellos hogares en los que hay más de un núcleo

- Éramos familia 1
- Éramos amigos / vecinos / conocidos 2
- No nos conocíamos 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
A.7 Estado civil actual:										
1. Soltero/a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Casado/a Legalmente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Casada/o por otros ritos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Viudo/a	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Separada/o	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Divorciada/o	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. Pareja de hecho registrada	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8. Pareja de hecho no registrada	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.8 ¿Convive en pareja? <i>Indicar si convive en el mismo hogar con cónyuge o compañero/a con independencia de la situación legal.</i>										
1. Sí casado/a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, sin estar casado/a	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No consta	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
A.9 Nacionalidad	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]	[][][]
A.10 Lugar de nacimiento (Provincia para los que nacieron en España; o País para los que nacieron fuera de España)	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]	[][][][]

Nacionalidad para codificar A.9 y A.10

EUROPA	ÁFRICA	AMÉRICA	ASIA
108. España 104. Bulgaria 110. Francia 115. Italia 122. Polonia 123. Portugal 125. Reino Unido 128. Rumanía 135. Ucrania	203. Argelia 228. Marruecos 234. Nigeria 239. Senegal	314. Costa Rica 315. Cuba 326. Rep. Dominicana 340. Argentina 341. Bolivia 342. Brasil 343. Colombia 345. Ecuador 348. Perú	407. China <i>Si la nacionalidad no aparece en esta relación anotar el país literalmente. Se codifica posteriormente.</i> <i>Para doble nacionalidad, este será el orden de prioridad para anotar el código de nacionalidad: 1º española, 2º comunitario (excepto rumanos y búlgaros), 3º otra nacionalidad).</i>

Provincias España para codificar A.10 si nacidos en España., utilizar Códigos INE

Andalucía	Asturias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Comunitat Valenciana	Madrid
4. Almería 11. Cádiz 14. Córdoba 18. Granada 21. Huelva 23. Jaén 29. Málaga 41. Sevilla Aragón 22. Huesca 44. Teruel 50. Zaragoza	33. Asturias Balears, Illes 7. Balears, Illes Canarias 35. Palmas, Las 38. Santa Cruz de Tenerife Cantabria 39. Cantabria	5. Ávila 9. Burgos 24. León 34. Palencia 37. Salamanca 40. Segovia 42. Soria 47. Valladolid 49. Zamora	2. Albacete 13. Ciudad Real 16. Cuenca 19. Guadalajara 45. Toledo Cataluña 8. Barcelona 17. Girona 25. Lleida 43. Tarragona	3. Alicante/Alacant 12. Castellón/Castelló 46. Valencia/València Extremadura 6. Badajoz 10. Cáceres Galicia 15. Coruña, A 27. Lugo 32. Ourense 36. Pontevedra	28. Madrid Murcia 30. Murcia Navarra 31. Navarra País Vasco 1. Araba/Álava 48. Bizkaia 20. Gipuzkoa La Rioja 26. Rioja, La Ceuta y Meilla 51. Ceuta 52. Melilla

Sólo para los/as extranjeros/as

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
A.11 ¿Actualmente se encuentra en situación regular en España?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

B) EDUCACIÓN Y ESTUDIOS

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
B.12 Nivel de estudios más alto alcanzado...										
01. No sabe leer o escribir	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO, Graduado Escolar	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Educación primaria, 5 años EGB	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Graduado en Educación Secundaria ESO, Graduado Escolar EGB, Bachiller Elemental	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Tiene titulación de Grado Medio (FPI, FP grado medio, oficialía industrial o equivalente)	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Tiene título de Bachiller (Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU)	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Tiene titulación de Grado Superior (FP II, FP superior, Maestría industrial o equivalente, conservatorio 10 años)	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Tiene Educación Universitaria de primer y segundo ciclo (Grado, Diplomatura Ingeniería Técnica, Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura)	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Educación universitaria de tercer ciclo (Posgrado, master o doctorado)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
88. Menores de 16 años	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
B.13 ¿A qué edad comenzó a ir a la escuela? (Incluye preescolar si la asistencia era continua y regular) Nunca fue=88; NS=99; NC=00	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entrevistador: Formular B.14 y B.15 sólo a los nacidos entre 2007 y 2017

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
B.14 Para los nacidos entre 2007 y 2017, ¿acude o acudió a algún centro de preescolar, guardería o centro de primer ciclo de educación infantil?										
1. Sí, a un centro con tarifas de pago privado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí a un centro con tarifas de pago público	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No nacido entre 2007 y 2017	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.15. Para los nacidos entre 2007 y 2017 que NO han ido o no van a guardería o primer ciclo de educación infantil, ¿han solicitado ustedes plazas? Entrevistador: Formular sólo a los que contestan en B14 código 2										
1. Sí, pero todavía no ha comenzado a ir al centro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, pero nos la han denegado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No, por coste elevado	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No, por horario inadecuado	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No, por ausencia de plazas cerca	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. No, porque todavía es muy pequeño	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. No, preferimos tenerlo/a en casa	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Entrevistador: Formular B.16 a todas las personas entrevistadas

B.16. Indistintamente de la edad actual de sus hijos, ¿echa o ha echado en falta algún tipo de apoyo o ayuda para hacer frente a la crianza de los hijos? (Respuesta múltiple)

- Apoyo económico..... 1
- Orientación en la crianza y educación de los hijos..... 2
- Acceso a centros educativos de educación infantil (0-2) 3
- Apoyo escolar en la educación obligatoria 4
- Apoyo familiar para la crianza..... 5
- Apoyo para niños con alguna deficiencia o discapacidad..... 6
- No he echado en falta 7
- No tengo hijos (excluye las anteriores)..... 8
- No sabe 9
- No contesta 0

Entrevistador: Indistintamente de su año de nacimiento, para aquellos/as que nunca fueron a la escuela, B.13 igual a 88, pasar a C.21

B.17 ¿A qué edad dejó de estudiar? Continúa=88; NS=99; NC=00										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B.18 ¿Ha repetido algún curso en la educación obligatoria?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.19 ¿Está usted estudiando o formando en el curso 2017/18?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C.21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.20 ¿Qué estudios está cursando en el año 2017/18?										
01. Guardería hasta los 2 años	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Educación infantil 3-5 años	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Primaria	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. ESO	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Educación de garantía social (Aulas taller, Talleres profesiona- les, plan FIP)	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Bachiller	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. FP Grado Medio	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. FP Grado Superior	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Otras enseñanzas (artes y oficios, EO Idiomas, Conservatorio)	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Universidad	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11. Universidad 3 Ciclo	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12. No clasificables (oposiciones)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13. Educación de personas adultas	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14. Educación especial o similar (centro)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15. Formación para desempleados (aprendizaje de una profesión de- terminada)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16. Formación prelaboral desemeplea- dos (habilidades y hábitos de tra- bajo o búsqueda de empleo)	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17. Formación para desempleados (competencias aplicables en distin- tas profesiones)	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18. Formación continua para trabaja- dores	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19. Otros (desarrollo personal, autoes- tima, salud...)	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

C) SALUD, AUTOVALIMIENTO Y NECESIDADES ESPECÍFICAS DE INSERCIÓN

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.21 En los últimos doce meses ¿Cómo calificaría la salud de cada una de las personas de su familia?										
1. Muy buena	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Bastante buena	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Regular	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Más bien mala	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Francamente mala	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.22 ¿Qué tipo de cobertura sanitaria posee? (Máximo 3 respuestas)										
01. Sanidad pública (cotiza a Seguridad Social) es titular	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Sanidad pública no es titular	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Sanidad pública (asistencia universalizada)	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Seguro privado (es titular)	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Seguro privado (no es titular)	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
07. Mutuas	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Ninguna	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
C.23 ¿Le ha sido diagnosticado alguna enfermedad grave o problema de salud crónica, deficiencia o discapacidad? <i>Un problema de salud es crónico cuando duran o se espera que duren al menos 6 meses</i>										
1. Sí (especificar cuál)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C25	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.24. Para los que sí tienen diagnóstico, ¿recibe asistencia médica para ese problema de salud?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.25 ¿Tiene certificado de discapacidad / minusvalía?										
1. Sí, 0-32%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, 33-64%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, 65-74%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, más de 75%	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.26 ¿Alguna persona del hogar tiene reconocida la situación de dependencia?										
1. Sí, gran dependencia (Grado 3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, severa (Grado 2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, moderada (Grado 1)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, pero no sabe el nivel	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No, pero la he solicitado y estoy a la espera de respuesta	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. No, pero la he solicitado y lo han denegado	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. No, nunca lo he solicitado	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.27 ¿Alguna persona del hogar padece alguna minusvalía, enfermedad crónica o problemas graves de salud que le genere limitaciones para realizar las actividades diarias?										
<i>Actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, desplazarse, comunicarse con los demás o ir al baño</i>										
1. Sí, limitación grave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, limitación no grave	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No <i>pasar a C.30</i>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe <i>pasar a C.30</i>	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta <i>pasar a C.30</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C28. Dígame, por favor, de qué personas o servicios recibe ayuda en el domicilio la persona o personas de este hogar que la precisan										
01. No recibe ayuda	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Miembro del hogar	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Familiar no conviviente	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Amigos o vecinos	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Servicio de ayuda a domicilio público (contratado por la administración)	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Servicio de ayuda a domicilio o persona empleada de hogar contratada particularmente	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Servicio de teleasistencia	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Persona voluntaria de una organización o asociación	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Otras (especificar)	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

C.29. Echa en falta algún tipo de apoyo o ayuda para hacer frente la atención de estas personas con limitaciones para la vida diaria (respuesta múltiple)

- Apoyo económico..... 1
- Apoyo para la atención a cuidados personales..... 2
- Apoyo de acompañamiento, supervisión..... 3
- Acceso a centros de día u ocupacionales..... 4
- Acceso a centros de ocio especializados para estas situaciones..... 5
- Acceso a un servicio residencial especializado..... 6
- Acceso a un centro especial de empleo o empresa de inserción..... 7
- Lo tengo cubierto / no hace falta..... 8
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

C.30 De las siguientes cosas que le voy a mencionar, dígame por favor si usted o alguien de su familia las necesita y no las tiene porque no puede permitirselas

Entrevistador: El código 1 "Sí" solo se anotará si alguien lo necesita y no la tiene porque no puede permitirselas. Para el resto de casuísticas anotaremos el código 2.

- | |
|--|
| 1. Si la necesita y no la tiene por no poder permitirselas |
| 2. Resto de los casos |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

- a. Gafas/Audífonos
- b. Prótesis dental
- c. Ayuda técnicas (silla de ruedas, coche adaptado, prótesis, muletas, calzado ortopédico)
- d. Medicamentos
- e. Rehabilitación.....
- f. Necesidades alimentarias especiales por alérgenos, intolerancias.....
- g. Tratamientos especializado Podólogo
- h. Tratamiento especializado de Psicólogo
- i. Tratamiento especializado de Dentista
- j. Pago de gastos producidos por hospitalizaciones, transportes, comidas.....

Institucionalización

Recordar repasando grandes bloques

<p>Centros sanitarios generales:</p> <p>01. Centro hospitalario crónicos 02. Pisos enfermos crónicos</p> <p>Centros para personas con discapacidad</p> <p>03. Centro de día personas discapacitadas 04. Centro para discapacitados (residencia) 05. Pisos para discapacitados</p> <p>Centros para personas con enfermedad mental</p> <p>06. Centro de día salud mental 07. Centro de día rehabilitación 08. Hospital psiquiátrico 09. Pisos/patronas enfermos mentales</p>	<p>Centros para mayores</p> <p>10. Centro de día mayores 11. Centro de día Alzheimer 12. Centro para personas mayores (residencia) 13. Apartamentos/viviendas comunitarias mayores</p> <p>Centros de drogodependencias</p> <p>14. Centros para adicción al alcohol 15. Centro para adicción a medicamentos 16. Centros para tratamientos ludopatía 17. Centros para adicción a drogas ilegales 18. Centro de día para personas con problemas de drogadicción 19. Comunidad terapéutica (no cumple condena) 20. Pisos/centros para personas problemas drogas</p>	<p>Para menores</p> <p>21. Centro para menores (orfanato) 22. Centro para menores (piso-hogar) 23. Acogimiento familiar (oficial)</p> <p>Centros penitenciarios y afines</p> <p>24. Cárcel 25. Comunidad terapéutica 26. Centro/piso para ex-reclusos</p> <p>Otros centros</p> <p>27. Centro de acogida para persona en situación de sin hogar 28. Centros de inserción para personas en situación de sin hogar 29. Centros de acogida para mujeres 30. Residencias para mujeres (para madres solas, etc.)</p> <p>99. No sabe 00. No contesta</p>
---	---	--

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.31 ¿Alguna persona de su hogar está siendo atendida o ha sido atendida ALGUNA VEZ EN LA VIDA en alguno de los centros recogidos en el cuadro superior? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo. Anotar Centro

C.32 Código Centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

C.33 ¿Alguna persona de su hogar ha estado internada o atendida EN EL ÚLTIMO AÑO en alguno de los centros recogidos en el cuadro superior? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

C.34 ¿Y EN ESTOS MOMENTOS? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

D) EMPLEO Y FORMACIÓN

Relación con el empleo y ocupación

* Todas las preguntas de este bloque son sólo para quienes tengan 16 o más años de edad

* El periodo de referencia es la **semana natural** (lunes a domingo) anterior a la entrevista

* En la pregunta D.35, se entiende por ocupada cualquier persona que haya dedicado en la semana anterior al menos una hora a una actividad remunerada o lucrativa, así como quienes teniendo un empleo habitual estuvieran de vacaciones, baja, etc. Esta consideración es independiente de la edad de la persona, de si busca o no empleo, si tiene o no una pensión, etc.

* Las otras opciones de la pregunta D.35 (2 a la 9) sólo se tendrán en cuenta si es una persona **no ocupada** es decir, si no ha trabajado ni una sola hora en actividad remunerada o lucrativa.

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.35 ¿En qué situación de empleo se encontraba la semana pasada?										
1. Trabajando	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Buscando empleo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Estudiante (aunque esté de vacaciones)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Percibía una pensión de jubilación o unos ingresos de prejubilación	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Me dedicaba a las labores del hogar	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Incapacidad permanente	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. Percibiendo pensión distinta a la jubilación o prejubilación	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8. Realizando sin remuneración trabajos sociales, actividades benéficas	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9. Otras situaciones	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Entrevistador: Formular D36 y D37 sólo a personas que actualmente no están trabajando (D35 mayor o igual a 2)

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.36 Sólo para aquellas personas que no están actualmente trabajando ¿Ha trabajado alguna vez?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No ⇒ Pasan a D.42	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.37 Sólo para aquellas personas que no están actualmente trabajando y han trabajado alguna vez. ¿Cuántos meses han pasado desde que dejó de tener la última ocupación? Indicar número de meses hasta 72 72 = 6 años. 73 = más de 6 años 00. Menos de 1 mes 88. No contesta 99. No sabe.										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entrevistador: A todos lo que actualmente trabajan (D35=1) o han trabajado alguna vez (D36=1)

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.38 ¿Ha tenido alguna vez un contrato de trabajo? (respuesta múltiple)										
1. Sí, fijo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, eventual	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No. Nunca (excluye las anteriores)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.39. ¿Trabajó durante el año 2017?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No ⇒ Pasan a D.42	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.40 ¿Cuántas horas semanales remuneradas trabajó de media durante cada uno de los meses del año 2017? Entrevistador: Incluye todo aquello que lleve consigo una remuneración, aunque no esté trabajando, como por ejemplo vacaciones y bajas 00= No trabajó ese mes (0 horas) 99= No sabe 98= No contesta 97= 97 horas y más										
a) Enero 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Febrero 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Marzo 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Abril 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Mayo 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) Junio 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g) Julio 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h) Agosto 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i) Septiembre 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j) Octubre 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k) Noviembre 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m) Diciembre 2017	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entrevistador: Formular D.41 a la persona entrevistada si en al menos uno de los meses anteriores (D.40) ha trabajado de media 34 o menos horas.

D.41 ¿Cuál es la razón principal por la que no ha desarrollado un trabajo a tiempo completo?

- Seguir cursos de enseñanza o formación 1
- Enfermedad o incapacidad propia 2
- Cuidado de niños, adultos enfermos, incapacitados o mayores..... 3
- Otras obligaciones familiares o personales 4
- No haber podido encontrar un trabajo de jornada completa 5
- Otros motivos 6
- No sabe 9
- No contesta 0

Entrevistador: Formular D42 a D45 sólo a personas que actualmente no están trabajando (D35 mayor o igual a 2)

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.42 ¿Está inscrito en una oficina pública de empleo?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.43 ¿Ha estado buscando empleo en las cuatro últimas semanas?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No → Pasar a D.46	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.44 ¿Cuánto tiempo lleva buscando empleo? Indicar número de meses hasta 72. 72 = 6 años 73 = más de 6 años 1 = 1 mes o menos										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
99. No sabe. 00. No contesta										
D.45 Si encontrara ahora un trabajo...										
1. Podría empezar ahora mismo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No puedo. Tengo que completar estudios o formación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No puedo por responsabilidades familiares o razones personales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No puedo. Enfermedad, incapacidad propia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No podría por otras razones	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Entrevistador: Formular D.46 sólo a la persona entrevistada que no ha buscado empleo, D.43 igual a 2.

D.46 ¿Por qué razón no ha buscado empleo? (máximo de 2 respuestas)

- Porque estoy estudiando o formándome y no puedo compatibilizarlo..... 1
- Porque creo que no lo voy a encontrar 2
- Porque mi salud no me lo permite 3
- Porque la crianza de mis hijos no me lo permite 4
- Porque el cuidado de alguna persona dependiente no me lo permite..... 5
- Porque cobro una prestación que perdería en caso de aceptar un empleo cuyo salario o tiempo de contrato no compensa 6
- No lo necesito / no quiero 7
- No sabe 9
- No contesta 0

Entrevistador: Formular D.47 a D.50 referido al Sustentador Principal

D.47 En sustentador principal de su hogar, ¿cuántos contratos de trabajo tuvo en el año 2017?

D.48 Desde su opinión, ¿cuántos de estos contratos no requerían una formación cualificada o una experiencia específica?

D.49 ¿En cuántas empresas estuvo empleado el sustentador principal de su hogar a través de esos contratos en el año 2017?

Entrevistador: A todas las personas de 16 y más años

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Número de orden en el hogar										
D.51 ¿Ha realizado alguna actividad formativa en los últimos 12 meses, de formación profesional o laboral, de desarrollo personal o de ocio y tiempo libre? (Respuesta múltiple)										
1. Sí. Formación profesional: Para personas sin empleo, orientada a cualificarlas para un empleo (aprendizaje de un oficio, etc.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí. Formación prelaboral: Para personas sin empleo, orientada a la adquisición de hábitos y habilidades básicas de trabajo (no aprendizaje a fondo de un oficio o profesión)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí. Formación continua: Para personas con empleo, orientada a la mejora de su cualificación en trabajo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Formación para oposiciones	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Sí. Desarrollo personal: talleres de habilidades sociales, autoestima, salud, sexualidad, etc.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Ocio y tiempo libre: manualidades, pintura, cerámica, etc.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. Algún tipo de formación sin especificar.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8. No	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

E) ECONOMÍA

En este bloque de preguntas se recoge la información referida a los trabajos del año 2017

E.52 ¿Usted o alguien de las personas que conviven con usted en el hogar ha realizado alguna actividad (trabajo) en el año 2017?

-Sí1

-No2 Pasar a E.59

Entrevistador:

Si la respuesta en E52 es negativa, ningún miembro del hogar trabajó en el año 2017, aunque fuese por poco tiempo; se pasa directamente a la E59.

INGRESOS Y GASTOS AÑO 2017

E.63 Tipo de ingresos	Importe anual
a) Rentas del capital mobiliario (ahorro, acciones, pensiones, etc.)	□ □ □ □ □ □
b) Rentas del capital inmobiliario (alquiler de pisos, tierras, etc.)	□ □ □ □ □ □
c) Cobro de seguros, indemnizaciones, etc.	
d) Otras transferencias ocasionales (herencias, premios, etc.)	□ □ □ □ □ □
e) Pagas extraordinarias (sólo si no están incluidas en los ingresos por trabajo)	□ □ □ □ □ □
f) Devolución de IRPF Renta 2016	□ □ □ □ □ □
g) Pensión alimenticia del cónyuge (efectiva)	□ □ □ □ □ □
h) Ayudas de familiares o amistades (de forma regular)	□ □ □ □ □ □
i) Otros ingresos (indemnización por despido, pensiones privadas, etc)	□ □ □ □ □ □

E.64 Tipo de gastos	Tipo de gasto	Importe mensual	Importe anual
a) Alquiler vivienda	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
b) Amortización compra vivienda	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
c) Electricidad y gas	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
d) Otros gastos del hogar: AGUA	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
e) Otros gastos: COMUNIDAD	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
f) Otros gastos: CONTRIBUCIÓN	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
g) Otros gastos: BASURAS	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
h) Otros gastos: OTROS	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		

ACUMULACIÓN DE DEUDAS
E.65 ¿Tuvo, durante el año 2017, algún retraso en el pago de recibos (agua, gas, calefacción, electricidad)?

-Sí, solamente una vez	1
-Sí, dos veces o más	2
-No	3
-No sabe	9
-No contesta	0

E.66 ¿Tuvo, durante el año 2017, algún retraso en el pago de gastos relacionados con la vivienda (alquiler o hipoteca)?

-Sí, solamente una vez	1
-Sí, dos veces o más	2
-No	3
-No sabe	9
-No contesta	0

E.67 ¿Tuvo, durante el año 2017, algún retraso en pagos a la administración (multas de tráfico o transporte, pago de impuestos, Hacienda, Seguridad Social)?

-Sí, solamente una vez	1
-Sí, dos veces o más	2
-No	3
-No sabe	9
-No contesta	0

E.68 ¿Tuvo, durante el año 2017, algún retraso en pagos de préstamos personales, tarjetas de crédito?

-Sí, solamente una vez	1
-Sí, dos veces o más	2
-No	3
-No sabe	9
-No contesta	0

E.69 ¿Ha podido o podrá ponerse al día pronto?

-Sí, he podido	1
-Sí, podré a corto plazo (12 meses o antes)	2
-No, tardaré más	3
-No podré en mucho tiempo	4
-No he tenido retraso en ningún tipo de pago durante el año 2017	5
-No sabe	9
-No contesta	0

E.70 ¿Cómo calificaría a su hogar teniendo en cuenta la situación económica del mismo durante los últimos 12 meses (o, en su caso, en los que lleva constituido el hogar)?

-Rico	1
-Por encima de la media	2
-En la media	3
-Por debajo de la media	4
-Casi pobre	5
-Pobre	6
-No sabe	9
-No contesta	0

E.71 En comparación con hace 10 años, su nivel de vida ha...

-Empeorado mucho	1
-Empeorado poco	2
-Permanecido igual	3
-Mejorado poco	4
-Mejorado mucho	5
-No sabe	9
-No contesta	0

E.72 En comparación con hace doce meses, su nivel de vida ha...

-Empeorado mucho	1
-Empeorado poco	2
-Permanecido igual	3
-Mejorado poco	4
-Mejorado mucho	5
-No sabe	9
-No contesta	0

E.73. ¿Como considera que su hogar llega a fin de mes?

- Con mucha dificultad..... 1
- Con dificultad 2
- Con cierta dificultad 3
- Con cierta facilidad..... 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6
- No sabe 9
- No contesta 0

E.74 En su hogar actual ¿han pasado hambre en los últimos 10 años? ¿Y en la época anterior?

- | |
|--|
| 1. Sí, alguna vez, pero no ahora mismo |
| 2. Sí, con frecuencia, pero no ahora mismo |
| 3. Sí, la estamos pasando |
| 4. No, nunca |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

- a) En los últimos 10 años.....
- b) Antes

E.75 Señale si por problemas económicos en su hogar se han visto ustedes obligados en los últimos doce meses a enfrentarse con alguno de los siguientes problemas:

- | |
|----------------|
| 1. Sí |
| 2. No |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

E.75.1 VIVIENDA

- a) Avisos de corte de luz, agua o teléfono
- b) No disponer de dinero suficiente para pagar gastos relacionados con la casa (la hipoteca, el alquiler, las facturas de luz, agua...)
- c) Sufrir algún tipo de amenaza de expulsión de su vivienda (inmediata o no)
- d) Reducir los gastos fijos de la casa (electricidad, agua, calefacción,...)
- e) Reducir los gastos de teléfono, televisión, Internet,
- f) Cambio de vivienda.....
- g) Compartir piso con personas sin parentesco.....
- h)Alquilar alguna habitación a otros
- i) Volver a vivir a la casa de mis padres.....
- j) No poder independizarme

E.75.2 ALIMENTACIÓN

- a) Reducir los gastos en alimentación
- b)No llevar una dieta adecuada.....

E.75.3 OTROS GASTOS

- a) Reducir los gastos en vestido y calzado
- b) No disponer de dinero para afrontar gastos imprevistos
- c) Retrasos en el pago de compras aplazadas o de otros préstamos (deudas no relacionadas con la vivienda).....
- d) Problemas para hacer frente a los materiales escolares
- e) Dejar de usar transporte público
- f) Recurrir a los ahorros para cubrir los gastos
- g) Renegociar créditos o financiaciones

E.75.4 OCIO

- a) Reducción de actividades de ocio.....
- b) No poder tener unas vacaciones fuera de casa al menos una semana al año
- c) Pérdida de relaciones sociales habituales.....

E.75.5 AYUDAS ECONÓMICAS

- a) Necesidad de pedir ayuda económica a parientes o amigos
- b) Necesidad de pedir ayuda económica a una institución.....
- c) Ha solicitado beca de estudios y le ha sido denegada.
- d) Ha solicitado beca de comedor y le ha sido denegada.
- e) Ha dejado de percibir ayuda a la dependencia
- f) Reducir los pagos y ayudas que realizaba a otras personas: remesas, ayudas a familiares, pensiones alimenticias

E.75.6 EDUCACIÓN

- a) Abandono del proceso educativo.
- b) Ha abandonado estudios universitarios porque han incrementado su precio.
- c) He dejado de utilizar el comedor escolar porque ha incrementado su precio.

E.75.7 SANIDAD

- a) He requerido atención médica y no ha acudido al médico por no poder pagar el desplazamiento.
- b) Ha requerido atención médica y no ha acudido al médico por estar en lista de espera.....
- c) Ha dejado de comprar medicamentos que necesita por no poder pagarlos ...
- d) Ha dejado de tener tarjeta sanitaria
- e) Dejar de comprar medicinas/seguir tratamiento.....

E.75.8 TRABAJO

- a) Cambio de ciudad por búsqueda de empleo.....

F) VIVIENDA Y ENTORNO

F.76 Superficie de la vivienda (Superficie útil, aproximada, en metros cuadrados, contenida en el interior de los muros exteriores de la vivienda en m²)

.....

F.77 Régimen de tenencia de la vivienda

- En propiedad**
- Por compra, totalmente pagada 01
- Por compra, por pagos pendientes..... 02
- Por herencia o donación..... 03
- Facilitada gratuita o semigratuitamente**
- Por patrón/empresa por razón de trabajo..... 04
- Por otras personas hogares o instituciones 05
- En alquiler**
- Particular, sin muebles..... 06
- Particular, con muebles 07
- Alquiler social 08
- Realquilada 09
- Otras situaciones**
- Ocupada ilegalmente 10
- Otras..... 11
- No sabe 99
- No contesta 00

F.78 ¿Su vivienda sufre alguna de estas situaciones? Respuesta múltiple

Entrevistador: Rellenar según declaración y observación

- Deficiencias graves en la construcción, ruina 1
- Insalubridad: humedades, suciedades y olores 2
- Existencia de barreras arquitectónicas para personas con minusvalía física en la misma, barreras arquitectónicas graves 3
- Entorno muy degradado (gueto, insalubre, olores, falta de agua, suciedad, no accesos) 4
- Barrio conflictivo (delincuencia, robos frecuentes, menudeo de drogas, prostitución, vandalismo, peleas) 5
- Ninguna 9
- No sabe 9
- No contesta 0

F.79 ¿Cuál es su situación en relación a la vivienda?

- Necesitan cambiar de vivienda 1
- Independientemente de la necesidad, está pensando en mudarse a corto/medio plazo 2
- Necesitan rehabilitar la vivienda actual 3
- No tienen necesidades en torno a la vivienda 4
- No sabe 9
- No contesta 0

F.80 ¿Cuáles de los siguientes elementos necesitaría rehabilitar? (respuesta múltiple)

Entrevistador: Formular F.80 sólo a los que "necesitan rehabilitar la vivienda actual", F79 código 3.

- Cambio cocina 01
- Cambio baño 02
- Tirar - levantar tabiques 03
- Cambiar suelo 04
- Arreglo instalaciones agua, electricidad, etc. 05
- Instalación de calefacción 06
- Cambio ventanas, puertas 07
- Supresión barreras arquitectónicas, adaptación para discapacitados/as 08
- Otro (especificar) 09

- No sabe 99
- No contesta 00

F.81 ¿Cuál es el principal motivo de esa necesidad de cambio de vivienda? (sólo una respuesta)

Entrevistador: Formular F.81 sólo a los que "necesitan cambiar de vivienda", F79 código 1.

- Tamaño inadecuado (pequeña) 01
- Tamaño inadecuado (grande) 02
- Malas condiciones de habitabilidad, mal estado de conservación 03
- El edificio está muy deteriorado 04
- Mejorar accesibilidad 05
- Mala ubicación (no gusta el barrio, sin servicios, alejado, conflictivo) 06
- Quieren tener vivienda en propiedad 07
- Divorcio, separación 08
- Busca proximidad al trabajo, se trasladan por trabajo 09
- Quiero un alquiler más bajo 10
- Otro motivo (especificar) 11

- No sabe 99
- No contesta 00

F.82 EQUIPAMIENTO, BIENES Y De este listado de cosas, dígame las que considera necesario y de cuáles dispone	Considera necesario	Dispone
	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
a) Agua corriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Agua caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Energía eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Evacuación aguas sucias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Baño completo (retrete, lavabo, ducha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ascensor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Frigorífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Teléfono (ya sea fijo o móvil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ordenador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Salir de vacaciones al menos una semana al año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Una comida de carne, pollo o pescado (o el equivalente vegetariano) al menos cada dos días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Mantener la vivienda con una temperatura adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Poder afrontar gastos imprevistos de 650 euros o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G) SERVICIOS SOCIALES

G.83. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar han solicitado alguna vez a las instituciones públicas alguna de las ayudas económicas que paso a citarle a continuación? En caso afirmativo, ¿podría decirme cuándo ha sido la última vez que lo ha hecho?

- | |
|--------------------------|
| 1. Sí, últimos 12 meses |
| 2. Sí, hace más de 1 año |
| 3. No, nunca |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

- a) Renta básica/renta mínima/renta garantizada/renta de garantía de ingresos
- Personalizar etiqueta por CCAA*
- b) Ayudas de Emergencia Social/ayudas extraordinarias de urgencia
- c) Subsidio por desempleo, Renta Activa de Inserción, PREPARA
- d) Pensiones no contributivas de la seguridad social (jubilación, invalidez)

Etiquetas personalizadas por CCAA

G.83.a y G.85

- ANDALUCÍA: Ingreso Mínimo de Solidaridad
- ARAGÓN: Ingreso Aragonés de Inserción
- ASTURIAS: Salario Social Básico
- BALEARES: Renta Mínima de Inserción
- CANARIAS: Prestación Canaria de Inserción
- CANTABRIA: Renta Social Básica
- CASTILLA – LA MANCHA: Ingreso Mínimo de Solidaridad
- CASTILLA Y LEÓN: Renta Garantizada de Ciudadanía
- CATALUÑA: Renta Garantizada de Ciudadanía
- EXTREMADURA: Renta Básica de Inserción
- GALICIA: Renta de Inclusión Social (RISGA)
- MADRID: Renta Mínima de Inserción (RMI)
- MURCIA: Renta Básica de Inserción
- NAVARRA: Renta de Inclusión Social
- PAÍS VASCO: Renta de Garantía de Ingresos (RGI)
- LA RIOJA: Ingreso Mínimo de Inserción (IMI) / Ayudas a la Inclusión Social (AIS)
- COMU. VALENCIANA: 51. Renta Garantizada de Ciudadanía

G.84. ¿Considera usted que en su hogar podrían tener que recurrir en los próximos 12 meses a alguna de las ayudas y prestaciones económicas que le he citado anteriormente?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- No contesta 0

Entrevistador: Formular G.85 y G.86 sólo a los que SI han solicitado "renta básica/renta mínima/renta garantizada/renta de garantía de ingresos ", G.83.a códigos 1 ó 2

G.85. En relación a esta prestación, ¿podría decirme cuál es su situación actual? "Renta básica/renta mínima/renta garantizada/renta de garantía de ingresos"

- Es beneficiario/a actual 1
 - Fue beneficiario/a en el pasado pero ya no lo es 2
 - La ha solicitado pero le ha sido denegada 3
 - Está pendiente de la resolución de su solicitud 4
 - Otras situaciones (especificar)..... 5
-
- No sabe 9
 - No contesta 0

G.86. La cuantía que mensualmente recibe por esta prestación ¿hasta qué punto cubre las necesidades básicas de este hogar (alimentación, vivienda, suministros, vestido y calzado y las demás consideradas realmente básicas)?

- Totalmente o casi totalmente 1
- Bastante 2
- Poco 3
- Casi nada 4
- No sabe 9
- No contesta 0

Entrevistador: A todos

G.87. En caso de necesidad económica ¿a dónde acudiría primero a los servicios sociales públicos o a los que prestan entidades privadas sin ánimo de lucro?

- A los servicios sociales públicos..... 1
- A Cáritas..... 2
- A Cruz Roja 3
- A otras entidades privadas sin ánimo de lucro (Banco de alimentos...)..... 4
- A otros servicios públicos (empleo...) **[no leer]** 5
- A ningún sitio **[no leer]**..... 6

G.88 En el último año, ¿ha acudido usted o alguien de su hogar a alguno de los servicios que le indico en busca de ayuda?, ¿a cuáles de ellos ha acudido?

- | |
|--|
| 1. Sí
2. No
9. No sabe
0. No contesta |
|--|

- a) Servicios sociales públicos (municipales, de las diputaciones, consejos comarcales, comunidad autónoma).....
- b) Cáritas (diocesanas o parroquiales)
- c) Otras entidades (Cruz Roja, bancos de alimentos, atención a inmigrantes, etc.)

G.89 En su opinión, ¿su comunidad autónoma debería destinar a los servicios sociales más, lo mismo o menos dinero que en la actualidad?

- Más dinero público que en la actualidad 1
- El que destinan en la actualidad 2
- Menos dinero del que se destina actualmente 3
- No Sabe 9
- No contesta 0

G.90 ¿Qué le parece a usted mejor?

- Tener más prestaciones y servicios sociales, pagando más impuestos 1
- Tener menos prestaciones y servicios sociales, pagando menos impuestos 2
- No Sabe 9
- No contesta 0

G.91. Pensando en los servicios sociales y en los servicios públicos de empleo de su Comunidad Autónoma, ¿cómo diría que funcionan de forma?

- | |
|---|
| 1. Nada satisfactoria
2. Poco satisfactoria
3. Bastante satisfactoria
4. Muy satisfactoria
9. No sabe
0. No contesta |
|---|

- a) Servicios sociales de su Comunidad Autónoma.....
- b) Servicios públicos de empleo de su Comunidad Autónoma

G.92. ¿Considera que estos servicios funcionan mucho mejor, mejor, peor o mucho peor que hace 5 años?

- | |
|--|
| 1. Mucho peor
2. Peor
3. Mejor
4. Mucho mejor
9. No sabe
0. No contesta |
|--|

- a) Servicios sociales de su Comunidad Autónoma.....
- b) Servicios públicos de empleo de su Comunidad Autónoma

G.93. Dígame, por favor, si está totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, bastante en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes frases.

- | |
|--|
| 1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Bastante de acuerdo
4. Totalmente de acuerdo
9. No sabe
0. No contesta |
|--|

- a) Las personas que reciben ayudas sociales las necesitan para vivir.....
- b) La posibilidad de poder recibir ayudas sociales hace que la gente se vuelva perezosa
- c) Hay fraude en las ayudas sociales, pero es mucho menor que en otros ámbitos, como el pago de impuestos

G.94. La administración pública debería garantizar el derecho a...

- | |
|---|
| 1. Sí, a toda la población
2. Sí, sólo en caso de necesidad
3. No
9. No sabe
0. No contesta |
|---|

- a) Unos ingresos mínimos.....
- b) Una vivienda adecuada.....
- c) El acceso a un empleo.....
- d) Servicios, prestaciones y ayudas técnicas (por ejemplo, silla de ruedas, audífono, etc.) para la dependencia.....
- e) Servicios y prestaciones para la crianza de los hijos
- f) Servicios sociales.....

H) ORIGEN FAMILIAR

Entrevistador: Las preguntas del bloque H "Origen familiar" sólo se formulan a personas entrevistadas entre 25 y 59 años (ambos incluidos)

A continuación, le voy a hacer unas preguntas sobre el periodo de tiempo en el que usted tenía 14 años.

H.95. Cuando usted tenía 14 años ¿con quién vivía en esos momentos? (Respuesta Múltiple)

- Con su padre/padrastra 1
- Con su madre/madrastra 2
- Con alguna persona de 18 o más años, diferente a sus padres..... 3
- En un hogar colectivo o institución, como centros de acogida, orfanatos 4
- No sabe 9
- No contesta 0

H.96. Cuando usted tenía 14 años, ¿cuál era el nivel de formación más elevado alcanzado por su padre y madre en aquel momento?

1. No sabe leer ni escribir
2. Educación primaria o inferior y educación secundaria primera etapa
3. Educación secundaria segunda etapa
4. Educación superior
9. No sabe
0. No contesta

- a) Padre
- b) Madre

H.97. Cuando usted tenía 14 años, ¿en qué situación de las siguientes se encontraba su padre y su madre en relación con la actividad?

1. Asalariada
2. Empleadora, empresaria sin asalariados o trabajadora independiente
3. Ayuda familiar
4. Parada
5. Jubilada, retirada o jubilada anticipada
6. Dedicada a las labores del hogar, al cuidado de niños u otras personas
7. Otra clase de inactividad económica
9. No sabe
0. No contesta

- a) Padre
- b) Madre

Entrevistador: Formular H.98 sólo si el padre o la madre trabajaba, códigos 1 ó 2 en H.97

H.98. Cuando usted tenía 14 años, ¿qué tipo de ocupación desempeñaba su padre y su madre en relación a su trabajo?

01. Directores y gerentes
02. Profesionales científicos e intelectuales
03. Técnicos y profesionales de nivel medio
04. Personal de apoyo administrativo
05. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
06. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
07. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios
08. Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores
09. Ocupaciones elementales/trabajos no cualificados
10. Ocupaciones militares
99. No sabe
00. No contesta

- a) Padre
- b) Madre

H.99. Cuando usted tenía 14 años, ¿cuál era la nacionalidad de su padre/madre?

1. Española
2. Extranjera (Unión Europea)
3. Extranjera (Resto Europa)
4. Extranjera (Resto del mundo)
9. No sabe
0. No contesta

- a) Padre
- b) Madre

H.100. Cuando usted tenía 14 años, ¿cómo solía llegar su hogar a fin de mes?

- Con mucha dificultad 1
- Con dificultad 2
- Con cierta dificultad 3
- Con cierta facilidad..... 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6

I) SITUACIÓN ACTUAL

I.101. ¿Con qué frecuencia suele participar en las elecciones?

1. Nunca por no tener edad
2. Nunca por no tener derecho a voto
3. Nunca porque no me interesa
4. Nunca porque no sirve para nada
5. En algunas ocasiones
6. Casi siempre
7. Siempre
0. No contesta

- a) Municipales.....
- b) Autonómicas.....
- c) Nacionales.....

I.102. ¿Con qué frecuencia se relaciona con familiares, vecinos, amigos?
(Indicar el caso de mayor frecuencia)

1. No tiene relaciones
2. Diariamente
3. Varias veces por semana
4. Una vez por semana
5. Menos de una vez por semana
8. No procede (no tiene)
9. No sabe
0. No contesta

- a. Miembros del hogar
- b. Otros/as familiares.....
- c. Amistades
- d. Vecindad
- e. Compañeros/as de trabajo.....

I.103. ¿Cómo son sus relaciones con los...
(Indicar el caso mejor)

1. No tiene relaciones, aunque tiene familiares, amigos, etc.
2. Malas o muy malas
3. Más bien malas
4. Más bien buenas
5. Buenas o muy buenas
8. No procede (no tiene)
9. No sabe
0. No contesta

- a. Miembros de su hogar.....
- b. Otros/as familiares.....
- c. Amistades
- d. Vecinos del barrio.....
- e. Compañeros/as de trabajo.....

I.104. ¿Tiene o ha tenido alguna persona que pueda ayudarle cuando tiene problemas (prestar dinero, cuidar de usted o de alguna persona dependiente a su cargo, apoyo emocional, gestiones o papeles)?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Ha tenido

b. Tiene

I.105. ¿Hay alguna persona a la que usted ayuda o ha ayudado cuando ella tiene problemas?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Ha ayudado

b. Ayuda

I.106. ¿Alguien de su hogar...

Entrevistador: Preguntar si cada una de las circunstancias que se mencionan en la pregunta, se ha dado alguna vez en la vida. Si la respuesta es afirmativa, preguntar por el último año.

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

	A. Alguna vez en la vida	B. Último año
a. Se ha separado, divorciado o ha dejado su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ha sido o está a punto de ser madre o padre con menos de 18 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ha tenido o va a tener un nuevo hijo sin compartirlo con el otro progenitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ha muerto de forma violenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Se ha suicidado o lo ha intentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Ha tenido o tiene relación con el tráfico de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A. Alguna vez en la vida	C. Último 10 años	B. Último año
b. Ha sido diagnosticado de trastornos neuróticos, depresión, ansiedad, trastorno obsesivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c. Ha sido diagnosticado de trastornos psicóticos, esquizofrenia, paranoia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d. Ha tenido o tiene problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e. Ha tenido o tiene problemas con otras drogas (ilegales, medicamentos)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f. Ha sido diagnosticado de trastornos mentales debido a sustancias (alcohol, opiáceos, cannabis)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
g. Ha tenido o tiene problemas con el juego (apuestas, juegos online, tragaperras, bingos)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
h. Ha tenido o tiene antecedentes penales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
i. Ha recibido o recibe malos tratos físicos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
j. Ha recibido o recibe malos tratos psicológicos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

I.107. Ahora le voy a leer una lista de organizaciones y grupos voluntarios. ¿Podría decirme si es usted un miembro activo, inactivo o si no es miembro de cada una de ellas?

- 1. No es miembro
- 2. Miembro activo
- 3. Miembro no activo
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Asociaciones religiosas

c. Sindicatos

d. Partidos políticos

e. Organizaciones ecologistas

f. Asociación vecinal

g. Asociación de mujeres

h. Asociación de jóvenes

i. Asociación de mayores

j. Asociaciones educativas

I.108. ¿Cree Vd. que a su hogar están llegando los efectos de la recuperación económica?

-Sí 1

-No 2

-No sabe 9

-No contesta 0

I.109. Haciendo un balance general de diversos aspectos de su vida (salud, vivienda, familia, finanzas, empleo, etc.) ¿cómo se siente usted?

- Muy insatisfecho 1

- Insatisfecho 2

- Ni satisfecho ni insatisfecho 3

- Satisfecho 4

- Muy satisfecho 5

- No sabe 9

- No contesta 0

I.110. En general, ¿cuál es su grado de satisfacción con la manera en que funciona la democracia en España?

- Muy insatisfecho 1

- Insatisfecho 2

- Ni satisfecho ni insatisfecho 3

- Satisfecho 4

- Muy satisfecho 5

- No sabe 9

- No contesta 0

I.111. ¿Es usted una persona más bien de izquierda, de derecha o ni una cosa ni la otra? Exprese su opinión en la escala de 1 a 10 donde 1 es extrema izquierda y 10 extrema derecha.

Extrema izquierda										Extrema derecha		NS	NC
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	99	00		

I.112. ¿Considera usted que si hubiera mayores movilizaciones ciudadanas se podría cambiar la sociedad?

-Sí 1

-No 2

-No sabe 9

-No contesta 0

I.113 ¿Ha participado usted en el último año en alguna manifestación, protesta o acción?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- No contesta 0

I.114. ¿Ha participado usted en el último año en movilizaciones online como firma de peticiones colectivas de carácter sociopolítico, difusión de convocatorias en redes sociales, interacción con políticos en Twitter o debates en muros de los partidos políticos, asociaciones, sindicatos en Facebook o en foros de debate sobre política online?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- No contesta 0

I.115 ¿Se ha sentido alguna vez discriminado por alguna de las siguientes circunstancias? (respuesta múltiple)

- Raza o etnia 1
- Ser mujer 2
- Aspecto físico 3
- Identidad sexual 4
- No nunca 5
- No sabe 9
- No contesta 0

I.116. ¿Considera que pertenece a alguna de las siguientes etnias?

- Etnia gitana española 1
- Etnia gitana de otros países 2
- Otra etnia (especificar) 3
- _____
- Ninguna en particular 4

I.117. ¿Cuál es su sentimiento religioso?

- No soy religioso 01
- Soy católico 02
- Soy musulmán 03
- Soy evangélico 04
- Soy testigo de Jehová 05
- Soy de la iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días 06
- Soy ortodoxo griego o ruso 07
- Soy Budista 08
- Soy Judío 09
- Otra (especificar) 10
- _____

J) TOMA DE DATOS PERSONALES

J.118. ¿Desearía participar en un seguimiento anual remunerado de esta investigación, durante los próximos 3 años?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- No contesta 0

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR/A

U.1 Tipo de construcción

- Bloque de viviendas 1
- Casas unifamiliares tradicionales 2
- Adosados o Chalets 3
- Casas diseminadas 4

U.2 Estado y nivel social del barrio

- Zona marginal 1
- Barrio o zona deteriorado 2
- Barrio o zona en buenas condiciones 3
- Zona de clase de media-alta 4

U.3 Situación de alojamiento

- Chabola 1
- Cueva 2
- Bajera, garaje 3
- Barracón, prefabricado o similar 4
- En piso 5
- En vivienda unifamiliar 6
- Otras 7

U.4 ¿Presenta el hogar alguna de estas características

- Hogar perteneciente a minoría étnica gitana española 1
- Hogar perteneciente a minoría étnica gitana otros orígenes 2
- Ninguna 3

U.5 ¿Consideras fiables los datos ofrecidos en?

(Anota para cada bloque del cuestionario tu opinión circulando el código correspondiente)

	Sí	Sí con algún reparo	No	NS/NC
a. Características personas, composición del hogar	1	2	3	9
b. Educación	1	2	3	9
c. Salud. Autovalimiento	1	2	3	9
d. Empleo, formación	1	2	3	9
e. Actividades económicas, ingresos	1	2	3	9
f. Vivienda	1	2	3	9
g. Servicios sociales	1	2	3	9
h. Origen familiar				
i. Situación actual	1	2	3	9

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE LA EINSFOESSA 2021

ENCUESTA SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y NECESIDADES SOCIALES

Presentación del entrevistador: Buenos días/tardes, estamos realizando un estudio sobre la problemática de las familias y las necesidades sociales de las mismas. El objeto del estudio es estrictamente científico y su colaboración es de gran interés. Sus respuestas serán tratadas de forma estadística y totalmente anónima.

Entrevistador: Con carácter general, la persona a entrevistar será el *cabeza de familia, sustentador principal o su cónyuge*. La entrevista se realizará a una persona mayor de edad (18 o más años).

Nº de Cuestionario: _____
Nº de Ruta:
Código CCAA:
Código Municipio:
Código Sección:
Nº Cuest. Principal en la ruta:
Nº Cuest. Filtro en la ruta.....

Otros datos de la entrevista:

CANAL. Alternativa de campo utilizada (canal)

CAPI 1
CATI 2
CAWI 3
PAPI 4

Situación según Dashboard COVID.

Match indicadores COVID provincia con la semana de realización del cuestionario
Acordar Fresno-Ael indicadores para el join.

Fecha y hora de realización

Día:
Mes:
Hora:
Duración (en minutos).....

Datos de la persona entrevistada:

Recoger los mismos que el cuestionario filtro

Nombre agente encuestador _____

Nombre entrevistado/a _____

Dirección: _____

Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____

Email: _____

Municipio: _____

C. Postal: _____

Nº de personas que conviven en la vivienda:
(indistintamente del número de hogares de la misma)

Tipo de hogar (Cuestionario Filtro):

- 0. Hogar potencialmente integrado.
- 1. Hogar potencialmente excluido

Datos del entrevistador/a:

Nombre y apellidos: _____

Equipo de trabajo: _____

Revisión y Supervisión

Revisada por: _____

Supervisada por: _____

A) CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y DE SUS MIEMBROS

Hogar y núcleos familiares

Conceptos

- o El hogar está formado por todas las personas que viven en la misma vivienda y comparten gastos de vivienda y alimentación, estén o no emparentadas.
- o Un núcleo está formado por una persona adulta junto con, o bien su pareja o bien su descendencia de primer grado o ambos. Por tanto, pueden ser de cuatro tipos de núcleos:
 1. Pareja sin descendencia
 2. Pareja con descendencia
 3. Mujer con descendencia
 4. Hombre con descendencia
- o Nunca se puede considerar a una misma persona parte de dos o más núcleos distintos
- o Una persona que viva sola no forma núcleo familiar.

Cumplimentar

- o Calcular cuántos núcleos hay en el hogar, anotar el dato en A4
- o Numerar los núcleos para anotar A5.
- o En A5, quienes no forman parte de ningún núcleo familiar se codifican con un 8

Sustentador principal; informante

- o **Sustentador principal** es la persona que aporta la principal fuente de ingresos (la persona con el empleo mejor remunerado, la titular de la prestación más importante, la persona que recibe la pensión alimenticia, etc.) Sólo hay una en cada hogar.
- o **Informante/s** es/son las personas que dan la información al encuestador/a. Puede haber más de una.

A CONTINUACIÓN, LE VOY A PEDIR QUE ME DE ALGUNOS DATOS DE SU HOGAR Y DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON USTED.

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Número de orden en el hogar										
A.1 Edad en el momento de realización de la encuesta										
A.2 Sexo										
1. Varón	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Mujer	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
A.3 Relación con la persona sustentadora principal:										
01. Sustentador principal	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Cónyuge o pareja	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Hijo/a, biológica	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Hijastro/hijastra	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Hijo/a adoptivo/a	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Yerno, nuera	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Padre, madre, suegro/a	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Hermano/a, Cuñado/a	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Nieto/a	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Otro pariente	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11. Servicio doméstico	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12. Otros no emparentados	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

A.4 ¿Cuántos núcleos conviven en el hogar?

A.5 Núcleo al que pertenece (Nº de orden de núcleo en el hogar 8 = No forma parte de un núcleo)										
A.6 Tipo de núcleo al que pertenece:										
01. Pareja sin descendencia	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Pareja con descendencia	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Madre con descendencia y responsabilidad exclusiva sobre la misma	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Padre con descendencia y responsabilidad exclusiva sobre la misma	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Madre con descendencia y responsabilidad compartida sobre la misma	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Padre con descendencia y responsabilidad compartida sobre la misma	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Mujer que vive sola	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Hombre que vive solo	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Ninguna de las anteriores	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Base. A.7 para hogares con más de un núcleo: A4>0

A.7. ¿Qué tipo de relación existía anteriormente con las personas del otro núcleo? Sólo para aquellos hogares en los que hay más de un núcleo

-Éramos familia..... 1

-Éramos amigos / vecinos / conocidos	2
-No nos conocíamos	3
-No sabe	9
-No contesta	0

Base: A todas las personas

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO										
	Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
A.8 Estado civil actual:											
1. Soltero/a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Casado/a Legalmente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Casada/o por otros ritos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Viudo/a	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Separada/o	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Divorciada/o	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. Pareja de hecho registrada	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8. Pareja de hecho no registrada	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A.9 Nacionalidad											
A.10 Lugar de nacimiento (Provincia para los que nacieron en España; o País para los que nacieron fuera de España)											

Nacionalidad para codificar A.9 y A.10

EUROPA	ÁFRICA	AMÉRICA	ASIA
108. España 104. Bulgaria 110. Francia 115. Italia 122. Polonia 123. Portugal 125. Reino Unido 128. Rumania 135. Ucrania	203. Argelia 228. Marruecos 234. Nigeria 239. Senegal	314. Costa Rica 315. Cuba 326. Rep. Dominicana 340. Argentina 341. Bolivia 342. Brasil 343. Colombia 345. Ecuador 348. Perú	407. China <i>Para doble nacionalidad, este será el orden de prioridad para anotar el código de nacionalidad: 1º española, 2º comunitario UE-27 (excepto rumanos y búlgaros), 3º otra nacionalidad.</i> <i>UE27 (excepto Rumania y Bulgaria): Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, y Suecia.</i>

Provincias España para codificar A.10 si nacidos en España., utilizar Códigos INE

Andalucía	Asturias	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Comunitat Valenciana	Madrid
4. Almería 11. Cádiz 14. Córdoba 18. Granada 21. Huelva 23. Jaén 29. Málaga 41. Sevilla Aragón 22. Huesca 44. Teruel 50. Zaragoza	33. Asturias Balears, Illes 7. Balears, Illes Canarias 35. Palmas, Las 38. Santa Cruz de Tenerife Cantabria 39. Cantabria	5. Ávila 9. Burgos 24. León 34. Palencia 37. Salamanca 40. Segovia 42. Soria 47. Valladolid 49. Zamora	2. Albacete 13. Ciudad Real 16. Cuenca 19. Guadalajara 45. Toledo Cataluña 8. Barcelona 17. Girona 25. Lleida 43. Tarragona	3. Alicante/Alacant 12. Castellón/Castelló 46. Valencia/València Extremadura 6. Badajoz 10. Cáceres Galicia 15. Coruña, A 27. Lugo 32. Ourense 36. Pontevedra	28. Madrid Murcia 30. Murcia Navarra 31. Navarra País Vasco 1. Araba/Álava 48. Bizkaia 20. Gipuzkoa La Rioja 26. Rioja, La Ceuta y Melilla 51. Ceuta 52. Melilla

Base. A11 sólo para personas extranjeras: A9 ≠ 108

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO										
	Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
A.11 ¿Actualmente se encuentra en situación regular en España?											
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No. Ni estoy en trámite de regulación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No. Estoy en trámite de regulación	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

B) EDUCACIÓN Y ESTUDIOS

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
B.12 Nivel de estudios más alto alcanzado										
01. No sabe leer o escribir	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO, Graduado Escolar	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Educación primaria, 5 años EGB	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Graduado en Educación Secundaria ESO, Graduado Escolar EGB, Bachiller Elemental	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Tiene titulación de Grado Medio (FPI, FP grado medio, oficialía industrial o equivalente)	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Tiene título de Bachiller (Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU)	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Tiene titulación de Grado Superior (FPII, FP superior, Maestría industrial o equivalente, conservatorio 10 años)	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Tiene Educación Universitaria de primer y segundo ciclo (Grado, Diplomatura Ingeniería Técnica, Licenciatura, Ingeniería o Arquitectura)	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Educación universitaria de tercer ciclo (Postgrado, master o doctorado)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
88. Menores de 16 años	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
B.13 ¿A qué edad comenzó a ir a la escuela? (Incluye preescolar si la asistencia era continua y regular) Nunca fue=88; NS/NC=99										

Base. B14 y B15 para aquellas personas que han ido a la escuela: B13<88

B.14 ¿A qué edad dejó de estudiar? Continúa=88; NS/NC=99										
B.15 ¿Qué estudios está cursando en el año 2020/21?										
01. No estudia	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Educación Infantil hasta los 2 años	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Educación infantil 3-5 años	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Primaria	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. ESO	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Educación de garantía social (Aulas taller, Talleres profesionales, plan FIP)	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Bachiller	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. FP Grado Medio	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. FP Grado Superior	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10. Otras enseñanzas (artes y oficios, EO Idiomas, Conservatorio)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11. Universidad	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12. Universidad 3 Ciclo	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13. No clasificables (oposiciones)	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14. Educación de personas adultas	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15. Educación especial o similar (centro)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16. Formación para desempleados (aprendizaje de una profesión determinada)	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17. Formación prelaboral desempleados (habilidades y hábitos de trabajo o búsqueda de empleo)	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18. Formación para desempleados (competencias aplicables en distintas profesiones)	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19. Formación continua para trabajadores	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20. Otros (desarrollo personal, autoestima, salud...)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

B16. Durante el curso escolar 2019/2020, ¿su hogar tenía alguna persona con menor de 6 años no escolarizada?

- Sí, al menos una persona con menos de 6 años no estaba escolarizada 1

- No, todas las personas con menos de 6 años estaban escolarizadas..... 2

- No, el hogar no tenía personas con menores de 6 años 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. De B17 a B22 sólo para hogares con al menos una persona con hasta 14 años

B.17. En cuanto al rendimiento escolar de los menores de 15 años del hogar, ¿cómo han sido las notas del último trimestre del año 2020 comparadas con las de antes del COVID (último trimestre del año 2019)?

- Peores calificaciones 1
- Más o menos similares 2
- Mejores 3
- Ha abandonado los estudios 4
- No aplica 5
- No sabe 9
- No contesta 0

B.18. ¿Cómo se ha resuelto el cuidado de los menores de 15 años del hogar en los momentos de confinamiento y/o cuarentenas por COVID-19? Señala todas las opciones que se ajusten a tu caso (Respuesta múltiple)

- Renunciando al trabajo el padre01
- Renunciando al trabajo la madre02
- No estamos trabajando (ERTE, desempleo, etc del padre).....03
- No estamos trabajando (ERTE, desempleo, etc de la madre).....04
- Cogiendo una excedencia por cuidado de hijos el padre.....05
- Cogiendo una excedencia por cuidado de hijos la madre.....06
- Reduciendo la jornada de trabajo el padre.....07
- Reduciendo la jornada de trabajo la madre.....08
- Teletrabajando el padre09
- Teletrabajando la madre10
- Recurriendo a vecinos, amigos o familiares11
- Dejando a los niños/as solos/as12
- Contratando a alguien13
- No sabe99
- No contesta00

B.19. ¿Considera usted que han aumentado las dificultades de cuidados de los menores de 15 años del hogar con la pandemia?

- Nada 1
- Poco 2
- Bastante 3
- Mucho 4
- No sabe 9
- No contesta 0

B.20. En relación con las actividades extraescolares ofrecidas en el colegio y/o AMPA, ¿los menores de 15 años del hogar ahora hacen más, la misma o menos cantidad que antes de la pandemia?

- Hacen menos que antes 1
- Hacen las mismas que antes 2
- Hacen más que antes 3
- Antes no hacían y ahora tampoco 4
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. B21 y B22 sólo para hogares que hacen menos uso de extraescolares antes de la pandemia: B20=1

B.21. ¿Puede por favor indicar el motivo principal de usar menos cantidad?

- No se ajustan a nuestro interés 1
- Me faltan recursos económicos. 2
- No las necesito. 3
- No hay oferta de actividades extraescolares en el colegio 4
- No sabe 9
- No contesta. 0

B.22. En el caso hipotético de reactivarse con normalidad estas actividades en el colegio, ¿les apuntaría?

- Sí 1
- No, porque me da miedo. 2
- No, me faltan recursos económicos. 3

- No, no las necesito. 4
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. B23 sólo para hogares con al menos una persona con hasta 5 años

B.23. ¿Quién cuida principalmente a las personas del hogar menores de 6 años?

	B.23.a De manera general	B23.b. En los momentos de confinamiento y/o cuarentenas por COVID-19
Padre.	01	01
Madre.	02	02
Padre y madre por igual	03	03
Abuelos.	04	04
Hermanos/as	05	05
Otros familiares miembros del hogar	06	06
Otros/as familiares fuera del hogar	07	07
Amistades	08	08
Vecinos/as	09	09
Otras personas mediante pago	10	10
No sabe	99	99
No contesta	00	00

C) SALUD, AUTOVALIMIENTO Y NECESIDADES ESPECÍFICAS DE INSERCIÓN

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C24. ¿Alguno de los miembros de su hogar habéis enfermado con Coronavirus o COVID-19?										
1. No => Pasar a C27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, con diagnóstico y con síntomas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, con diagnóstico pero sin síntomas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, sin diagnóstico pero con síntomas asociados a la COVID	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C25. ¿Ha requerido ingreso hospitalario?										
1. No	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C26. Las personas de su hogar que han tenido COVID-19, ¿en la actualidad sufren...?										
1. Sólo secuelas físicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sólo consecuencias psicológicas o emocionales	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Ambas, secuelas físicas y psicológicas.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sin secuelas, recuperado 100%	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.27 En los últimos doce meses ¿Cómo calificaría la salud de cada una de las personas de su familia?										
1. Muy mala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Bastante mala	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Regular	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Bastante buena	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Muy buena	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.28 ¿Qué tipo de cobertura sanitaria posee? (Máximo 3 respuestas)										
1. Sanidad pública (cotiza a Seguridad Social) es titular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sanidad pública no es titular	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Seguro privado (es titular)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Seguro privado (no es titular)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7 Otras Mutuas	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
6. Ninguna	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.29 ¿Tiene diagnosticada alguna enfermedad grave o problema de salud crónica, deficiencia o discapacidad?										
<i>Un problema de salud es crónico cuando duran o se espera que duren al menos 6 meses</i>										
1. Sí, distinta a COVID (especificar cuál)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, COVID	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No => Pasar a C34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.30. Para los que sí tienen diagnóstico, ¿recibe asistencia médica para ese problema de salud?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.31. A las personas que sí reciben asistencia médica ¿le ha sido sustituida esa atención médica habitual por atención vía telemática?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. Formular C.32 sólo a quienes no recibían asistencia médica: C30 = 2

C.32. En caso de no recibir asistencia médica, ¿ha dejado de recibir o se ha retrasado mucho más de lo normal por la situación de COVID?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No la recibía antes de la pandemia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. Formular sólo a quienes no han dejado de recibir o se ha retrasado mucho la asistencia médica por la situación, o no la recibía antes de la pandemia COVID: C32 = 1, OR C32=3

C.33. A los que no reciben asistencia médica y no la recibían antes de la pandemia, ¿Ha buscado esa atención médica en el sector privado?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. A todas las personas

C.34. En general, el estado de ánimo de los miembros de su hogar (apatía, miedos injustificados, ánimo depresivo, estados de ansiedad...) es igual, mejor o peor que ANTES del confinamiento de marzo de 2020?										
1. Peor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Igual	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Mejor	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.35. ¿Alguna persona del hogar tiene alguna discapacidad?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C38	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.36. ¿Qué tipo de discapacidad tiene? Respuesta múltiple										
1. Auditiva	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Visual	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Física	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Intelectual	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe (excluyente)	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta (excluyente)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTRE-VISTADO										
	Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.37 ¿Tiene certificado de discapacidad / minusvalía?											
1. Sí, 0-32%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, 33-64%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, 65-74%	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, más de 75%	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.38 ¿Alguna persona del hogar tiene reconocida la situación de dependencia?											
1. Sí, gran dependencia (Grado 3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, severa (Grado 2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, moderada (Grado 1)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, pero no sabe el grado	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No, pero la he solicitado y estoy a la espera de respuesta	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. No, pero la he solicitado y lo han denegado	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. No, nunca lo he solicitado	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.39 ¿Cuánto hace que acudió por última vez a un centro sanitario?											
1. En el último año de forma presencial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. En el último año de forma telemática	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Hace más de un año	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.40 ¿Le han cancelado o desprogramado sin fecha alguna intervención quirúrgica desde que empezó la pandemia?											
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No, facilitaron otra fecha	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No, no hemos tenido programación de intervención quirúrgica	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.41 ¿Ha sido diagnosticado de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (por ejemplo, brotes psicóticos, paranoia...)?											
1. Sí en los últimos 12 meses	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí anteriormente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.42 ¿Ha sido diagnosticado de trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión, ansiedad, TOC...)?											
1. Sí en los últimos 12 meses	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí anteriormente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)										
	ENTRE-VISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
C.43. ¿Ha tenido o tiene problemas con el alcohol?										
1. Sí en el último año	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí en los últimos 10 años	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí anteriormente	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3. No	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.44. ¿Ha tenido o tiene problemas con otras drogas (ilegales, medicamentos)?										
1. Sí en el último año	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí en los últimos 10 años	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí anteriormente	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.45 ¿Alguna persona del hogar padece alguna discapacidad, enfermedad crónica o problemas graves de salud que le genere limitaciones para realizar las actividades diarias?										
<i>Actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, desplazarse, comunicarse con los demás o ir al baño</i>										
1. Sí, limitación grave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, limitación no grave	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No => Pasar a C47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.46. Dígame, por favor, de qué personas o servicios recibe ayuda en el domicilio la persona o personas de este hogar que la precisan (Respuesta múltiple)										
01. No recibe ayuda	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Miembro del hogar	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Familiar no conviviente	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Amigos o vecinos	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Servicio de ayuda a domicilio público (contratado por la administración)	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Servicio de ayuda a domicilio o persona empleada de hogar contratada particularmente	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Servicio de teleasistencia	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Persona voluntaria de una organización o asociación	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Otras (especificar)	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Institucionalización
Recordar repasando grandes bloques

Entrevistador: Este listado consta de centros residenciales de carácter indefinido, nunca de carácter puntual o con salida definida. Por ejemplo, en los centros sanitarios no se incluyen centros de salud de carácter transitorio por ejemplo citas médicas, operaciones, etc.

<p>Centros sanitarios generales:</p> <p>01. Centro hospitalario crónicos 02. Pisos enfermos crónicos</p> <p>Centros para personas con discapacidad</p> <p>03. Centro de día personas discapacitadas 04. Centro para discapacitados (residencia) 05. Pisos para discapacitados</p> <p>Centros para personas con enfermedad mental</p> <p>06. Centro de día salud mental 07. Centro de día rehabilitación 08. Hospital psiquiátrico 09. Pisos/patronas enfermos mentales</p>	<p>Centros para mayores</p> <p>10. Centro de día mayores 11. Centro de día Alzheimer 12. Centro para personas mayores (residencia) 13. Apartamentos/viviendas comunitarias mayores</p> <p>Centros de drogodependencias</p> <p>14. Centros para adicción al alcohol 15. Centro para adicción a medicamentos 16. Centros para tratamientos ludopatía 17. Centros para adicción a drogas ilegales 18. Centro de día para personas con problemas de drogadicción 19. Comunidad terapéutica (no cumple condena) 20. Pisos/centros para personas problemas drogas</p>	<p>Para menores</p> <p>21. Centro para menores (orfanato) 22. Centro para menores (piso-hogar) 23. Acogimiento familiar (oficial)</p> <p>Centros penitenciarios y afines</p> <p>24. Cárcel 25. Comunidad terapéutica 26. Centro/piso para ex-reclusos</p> <p>Otros centros</p> <p>27. Centro de acogida para persona en situación de sin hogar 28. Centros de inserción para personas en situación de sin hogar 29. Centros de acogida para mujeres 30. Residencias para mujeres (para madres solas, etc.)</p> <p>99. No sabe 00. No contesta</p>
---	--	--

Base. A todas las personas

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO										
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
C.47 ¿Alguna persona de su hogar está siendo atendida o ha sido atendida ALGUNA VEZ EN LA VIDA en alguno de los centros recogidos en el cuadro superior?											
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C51	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.48 Código Centro En caso afirmativo. Anotar Centro											
C.49 ¿Alguna persona de su hogar ha estado internada o atendida EN EL ÚLTIMO AÑO en alguno de los centros recogidos en el cuadro superior?											
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a C51	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.50 ¿Y EN ESTOS MOMENTOS?											
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. A todas las personas

C.51. En los últimos 12 meses, ¿ha fallecido alguna de las personas que convivían en su hogar? (Respuesta múltiple)

- Sí por Coronavirus o COVID-19 que tenían diagnosticado..... 1
- Sí, aunque no fue diagnosticado hay sospecha que fue por COVID..... 2
- Sí por otro motivo..... 3
- No..... 4
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

C.52 De las siguientes cosas que le voy a mencionar, dígame por favor si usted o alguien de su familia las necesita y no las tiene porque no puede permitirselas

Entrevistador: El código 1 "Sí" solo se anotará si alguien lo necesita y no la tiene porque no puede permitirselas. Para el resto de casuísticas anotaremos el código 2.

- 1. Sí la necesita y no la tiene por no poder permitirselas
- 2. Resto de los casos
- 9. No sabe
- 0. No contesta

- a. Gafas/Audífonos
- b. Prótesis dental
- c. Ayuda técnicas (silla de ruedas, coche adaptado, prótesis, muletas, calzado ortopédico)
- d. Medicamentos
- e. Rehabilitación.....
- f. Necesidades alimentarias especiales por alérgenos, intolerancias
- g. Tratamientos especializado Podólogo
- h. Tratamiento especializado de Psicólogo
- i. Tratamiento especializado de Dentista
- j. Pago de gastos producidos por hospitalizaciones, transportes, comidas.....

D) EMPLEO Y FORMACIÓN

Base. Formular todo el bloque D sólo a los que tengan 16 o más años: A1>15

Relación con el empleo y ocupación										
* Todas las preguntas de este bloque son sólo para quienes tengan 16 o más años de edad										
* El periodo de referencia es la semana natural (lunes a domingo) anterior a la entrevista										
* En la pregunta D53, se entiende por "trabajando" cualquier persona que haya dedicado en la semana anterior al menos una hora a una actividad remunerada o lucrativa, así como quienes teniendo un empleo habitual estuvieran de vacaciones, baja, ERTE, etc. Esta consideración es independiente de la edad de la persona, de si busca o no empleo, si tiene o no una pensión, etc.										
* Las otras opciones de la pregunta D53 (2 a la 9) sólo se tendrán en cuenta si es una persona no trabaja es decir, si no ha dedicado ni una sola hora en actividad remunerada o lucrativa.										
* Prestar atención a las referencias temporales de las preguntas de este bloque										

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO										
	Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.53 ¿En qué situación de empleo se encontraba la semana pasada?											
01. Trabajando	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. Buscando empleo	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Estudiante (aunque esté de vacaciones)	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Percibía una pensión de jubilación o unos ingresos de prejubilación	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Me dedicaba a las labores del hogar	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Incapacidad permanente	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Percibiendo pensión distinta a la jubilación o prejubilación	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Realizando sin remuneración trabajos sociales, actividades benéficas	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. Otras situaciones	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Base. Formular D54 sólo a quienes están trabajando: D53 = 1

D.54. Ahora mismo, si tuviera contacto estrecho con alguien que ha sido diagnosticado con COVID, ¿cuál sería la consecuencia principal que tendría en su trabajo actual?										
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01. Me despedirían	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. ERE	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. ERTE	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Cesaría mi actividad	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Reduciría mi actividad, perdiendo ingresos	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Tendría que teletrabajar y podría hacerlo	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Tendría que teletrabajar, pero no podría hacerlo	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Reduciría la jornada habitual	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09. No tendría ninguna consecuencia	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Base. Formular D55 y D56 sólo a las personas que actualmente no están trabajando: D53>1

D.55 Sólo para aquellas personas que no están actualmente trabajando ¿Ha trabajado alguna vez?										
	1	2	9	0	1	2	9	0	1	2
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No ⇒ Pasan a D63	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Número de orden en el hogar										
D.56 Sólo para aquellas personas que no están actualmente trabajando y han trabajado alguna vez. ¿Cuántos meses han pasado desde que dejó de tener la última ocupación? Indicar número de meses 00. Menos de 1 mes 888. No contesta 999. No sabe.										

Base. Formular D57 a D59 sólo a las personas que actualmente trabajan (D53=1) o han trabajado alguna vez (D55=1)

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Número de orden en el hogar										
D.57 ¿Ha tenido alguna vez un contrato de trabajo? (respuesta múltiple)										
1. Sí, fijo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, eventual	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No. Nunca (excluye las anteriores)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.58. ¿Trabajó durante el año 2020?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. Formular D59 sólo a las personas que actualmente trabajan (D53=1) o han trabajado durante el año 2020 (D58=1)

D.59. Con motivo de su trabajo y desde que empezó la crisis sanitaria (marzo 2020 a la actualidad), ¿ha tenido que asumir riesgos referentes a la COVID (contagio) que hubiese preferido evitar?										
1. Sí, muchos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, bastantes	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, algunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, pocos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. Formular D60 a D62 sólo a las personas que han trabajado durante el año 2020: D58=1

D.60. Durante el año 2020 y como consecuencia de la pandemia ¿ha tenido cambios sustanciales de las condiciones de trabajo como por ejemplo horario, lugar de trabajo, despido, regulación de empleo, cese de actividad, etc.?										
1. Sí, mucho	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí, bastante	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí, algunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Sí, poco	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.61. Durante el año 2020, ¿ha sido afectado por algunas de estas circunstancias laborales? Señale todas las que correspondan (Respuesta múltiple)										
01. ERE	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02. ERE	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03. Despido (trabajo por cuenta ajena)	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04. Cese total de la actividad (trabajo por cuenta propia)	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05. Cese sustancial de la actividad (trabajo por cuenta propia)	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06. Teletrabajo o trabajo a distancia	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07. Reducción de jornada habitual.	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08. Imposibilidad de poder teletrabajar o trabajar a distancia	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
10. Ninguna de las anteriores (excluyente)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
99. No sabe	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
00. No contesta	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
D.62 ¿Cuántas horas semanales remuneradas trabajó de media durante cada uno de los meses del año 2020? Entrevistador: Incluye todo aquello que lleve consigo una remuneración, aunque no esté trabajando, como por ejemplo vacaciones y bajas 00= No trabajó ese mes (0 horas) 99= No sabe 98= No contesta 97= 97 horas y más										
a) Enero 2020										
b) Febrero 2020										
c) Marzo 2020										
d) Abril 2020										
e) Mayo 2020										
f) Junio 2020										
g) Julio 2020										
h) Agosto 2020										
i) Septiembre 2020										
j) Octubre 2020										
k) Noviembre 2020										
m) Diciembre 2020										

Base. Formular D63 a D66 sólo a las personas que actualmente no están trabajando. D53>1

D.63 ¿Está inscrito en una oficina pública de empleo?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D.64 ¿Ha estado buscando empleo en las cuatro últimas semanas?										
1. Sí	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No => Pasar a D67	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.65 ¿Cuánto tiempo lleva buscando empleo? Indicar número de meses 1= 1 mes o menos 999. No sabe. 000. No contesta										
D.66 Si encontrara ahora un trabajo...										
1. Podría empezar ahora mismo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. No puedo. Tengo que completar estudios o formación	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. No puedo por responsabilidades familiares o razones personales	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. No puedo. Enfermedad, incapacidad propia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. No podría por otras razones	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base. A todas las personas de 16 años y más

Identidad de la persona. Nombre y apellidos o descripción abreviada (esposa, hijo mayor, nieta, etc.)	ENTREVISTADO									
Número de orden en el hogar	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
D.67 ¿Ha realizado alguna actividad formativa en los últimos 12 meses, de formación profesional o laboral, de desarrollo personal o de ocio y tiempo libre? (Respuesta múltiple)										
1. Sí. Formación profesional: Para personas sin empleo, orientada a cualificarlas para un empleo (aprendizaje de un oficio, etc.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Sí. Formación prelaboral: Para personas sin empleo, orientada a la adquisición de hábitos y habilidades básicas de trabajo (no aprendizaje a fondo de un oficio o profesión)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Sí. Formación continua: Para personas con empleo, orientada a la mejora de su cualificación en trabajo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Formación para oposiciones	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5. Sí. Desarrollo personal: talleres de habilidades sociales, autoestima, salud, sexualidad, etc.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6. Ocio y tiempo libre: manualidades, pintura, cerámica, etc.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7. Algún tipo de formación sin especificar.	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8. No	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9. No sabe	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
0. No contesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Entrevistador: Formular D.67 y D68 referido al Sustentador Principal

D.68 El sustentador principal de su hogar, ¿cuántos contratos de trabajo tuvo en el año 2020?

□□

D.69 ¿En cuántas empresas estuvo empleado el sustentador principal de su hogar a través de esos contratos en el año 2020?

□□

E) ECONOMÍA

En este bloque de preguntas se recoge la información referida a los trabajos del año 2020

E.70 ¿Usted o alguien de las personas que conviven con usted en el hogar ha realizado alguna actividad (trabajo) en el año 2020?

-Sí.....1
-No.....2 **Pasar a E77**
-No sabe.....9
-No contesta.....0

Entrevistador:

Si la respuesta en E70 es negativa, ningún miembro del hogar trabajó en el año 2020, aunque fuese por poco tiempo; se pasa directamente a la E77.

PENSIONES Y PRESTACIONES ECONÓMICAS 2020

En el cuadro siguiente se trata de recoger cada una de las pensiones y prestaciones económicas de cada uno de los miembros del hogar. Cada línea sirve para anotar cada una de las pensiones y/o prestaciones. Cada línea corresponde a una pensión o prestación. Anotar a qué persona del hogar (por su número) corresponde cada pensión o prestación.

Programación: Integrar algún sistema para garantizarnos que los agentes registran cantidades anuales (y no mensuales)

E.79: Pensiones y prestaciones

<p>Pensiones:</p> <p>01. Pensión contributiva INSS jubilación</p> <p>02. Pensiones contributivas de jubilación o retiro privadas (mutualidades, seguros del empleador...)</p> <p>03. Pensión contributiva INSS viudedad</p> <p>04. Pensión contributiva INSS orfandad</p> <p>05. Pensión contributiva INSS invalidez</p> <p>06. Pensiones contributivas de invalidez privadas (mutualidades, seguros del empleador...)</p> <p>07. Pensión no contributiva jubilación</p> <p>08. Pensión no contributiva invalidez</p> <p>09. Pensión Asistencial Vejez (FAS)</p> <p>10. Pensión Asistencial Enfermedad (FAS)</p> <p>11. Subsidio LISMI</p> <p>12. Baja por maternidad (incluyendo la de riesgo durante el embarazo)</p> <p>13. SOVI (Junto o separado)</p> <p>Prestaciones por desempleo:</p> <p>21. Subsidio para Empleadas Domésticas</p> <p>22. Prestación por desempleo ERTE / ERE COVID</p> <p>23. Prestación por desempleo ERTE / ERE NO COVID</p> <p>24. Subsidios autónomos COVID</p> <p>25. Prestación contributiva por desempleo</p> <p>26. Subsidio por desempleo (complementarias)</p> <p>27. PRODI, PREPARA, Plan de activación del empleo (426€)</p> <p>28. Subsidio agrario</p> <p>29. Renta Activa de Inserción</p> <p>30. Ayudas, becas para cursos de formación profesional INEM O CCAA</p> <p>31. Otras ayudas por desempleo</p>	<p>Prestaciones vinculadas a la Ley de Dependencia</p> <p>32. Sí, la prestación económica vinculada a un servicio (dinero destinado a la contratación de un servicio privado: residencia, centro de Día o SAD)</p> <p>33. Sí, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (dinero destinado para que los familiares atiendan a la persona dependiente)</p> <p>34. Sí, la prestación económica de asistencia personal (dinero destinado a la contratación de un cuidador)</p> <p>Becas para la educación:</p> <p>41. Becas estudios (generales, cuotas escolares, actividades extraescolares...)</p> <p>42. Becas comedor</p> <p>43. Becas material educativo</p> <p>44. Beca guardería</p> <p>45. Beca transporte</p> <p>46. Becas convocatoria general MEC</p> <p>47. Becas o ayudas escolares privadas</p> <p>48. Otras becas</p>	<p>Ayudas de los Servicios sociales:</p> <p>51 Rentas Mínimas de las CCAA</p> <p>52. Ayudas extraordinarias, de emergencia</p> <p>Ayudas de entidades privadas:</p> <p>61. Cáritas, parroquias</p> <p>62. Cruz Roja</p> <p>63. Otras entidades</p> <p>Prestaciones y ayudas económicas de la Seguridad Social dirigidas a las familias con hijos e hijas menores, o a colectivos en vulnerabilidad</p> <p>71. Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo/a en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres con discapacidad</p> <p>72. Prestación económica por parto o adopción múltiples</p> <p>73. Asignación económica por hijo/a o menor a cargo (supuestos acogimiento familiar y discapacidad del menor)</p> <p>74. Ayudas económicas directas para la conciliación de la vida familiar y laboral (por reducción de jornada o por excedencia)</p> <p>75. Pago anticipado de la deducción de IRPF a madres trabajadoras con hijos menores de tres años.</p> <p>76. Ingreso Mínimo Vital (IMV)</p>
---	--	--

E.77 ¿Vd. o alguien de las personas que conviven con Vd. en el hogar ha percibido algún tipo de pensión o prestación económica en 2020?

- Sí..... 1
- No..... 2 **Pasar a E81**
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

E.78	E.79	E.80
Número de orden en el hogar	Código prestación	<p>Ingresos de la prestación en 2020</p> <p>La cantidad es el ingreso anual que ha producido la prestación Si la persona encuestada prefiere indicarlo por un período inferior (por meses) calcular el importe anual</p> <p>0 = No sabe / No contesta</p> <p>EN EUROS</p>

Etiquetas personalizadas por CCAA E79 código 51

ANDALUCÍA: 51. Renta Mínima de Inserción Social

ARAGÓN: 51. Ingreso Aragonés de Inserción

ASTURIAS: 51. Salario Social Básico

BALEARES: 51. Renta Social Garantizada

CANARIAS: 51. Prestación Canaria de Inserción

CANTABRIA: 51. Renta Social Básica

CASTILLA – LA MANCHA: .. 51. Ingreso Mínimo de Solidaridad

CASTILLA Y LEÓN: 51. Renta Garantizada de Ciudadanía

CATALUÑA: 51. Renta Garantizada de Ciudadanía

EXTREMADURA: 51. Renta Básica de Inserción

GALICIA: 51. Renta de Inclusión Social (RISGA)

MADRID: 51. Renta Mínima de Inserción (RMI)

MURCIA: 51. Renta Básica de Inserción

NAVARRA: 51. Renta Garantizada

PAÍS VASCO: 51. Renta de Garantía de Ingresos (RGI)

LA RIOJA: 51. Renta de Ciudadanía

COMU. VALENCIANA: 51. Renta Valenciana de Inclusión: Renta de Garantía de Ingresos Mínimos, RGIM, y la Renta de Garantía de Inclusión Social, RGIS.

INGRESOS Y GASTOS AÑO 2020

Entrevistador: En E81 **NO** incluir ni computar ingresos ya recogidos en los bloques de actividades económicas y pensiones-prestaciones.

NS/NC = 9

E.81 Tipo de ingresos	Importe anual
a) Rentas del capital mobiliario (ahorro, acciones, pensiones, etc.)	
b) Rentas del capital inmobiliario (alquiler de pisos, tierras, etc.)	
c) Cobro de seguros, indemnizaciones, etc.	
d) Otras transferencias ocasionales (herencias, premios, etc.)	
e) Pagos extraordinarios (sólo si no están incluidas en los ingresos por trabajo)	
f) Devolución de IRPF Renta 2019	
g) Pensión alimenticia del cónyuge (efectiva)	
h) Ayudas de familiares o amistades (de forma regular)	
i) Otros ingresos (indemnización por despido, pensiones privadas, etc.)	

E.82 Tipo de gastos en vivienda habitual	Tipo de gasto	Importe mensual	Importe anual
a) Alquiler vivienda, subarriendo de habitación o pago de tasa por ocupar sin título legal	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
b) Amortización compra vivienda	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
c) Electricidad y gas	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
d) Agua	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
e) Comunidad	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
f) Contribución, basuras, IBI	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
g) Conexión Internet y teléfono fijo	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		
h) Otros gastos: Especificar el de mayor cuantía: _____	1. Anual 2. Mensual 9. No aplica		

ACUMULACIÓN DE DEUDAS

E.83 ¿Tuvo, durante el año 2020, algún retraso en el pago de recibos de suministros de su vivienda habitual, concretamente agua, gas, calefacción o electricidad?

- Sí, solamente una vez 1
- Sí, dos veces o más 2
- No 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Base: Formular E84 si ha tenido retrasos en el pago de los recibos: E83=1 OR E83=2

E.84 ¿Me podría indicar la cuantía aproximada en euros (€) de este retraso acumulado durante el año 2020? **Recoger cantidad anual del año 2020**

_____ €

Base: A todos y todas

E.85 ¿Tuvo, durante el año 2020, algún retraso en el pago de alguno de estos gastos relacionados con la vivienda: alquiler, hipoteca, habitación o tasa ocupación sin título legal?

- Sí, solamente una vez 1
- Sí, dos veces o más 2
- No 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Base: Formular E86 si ha tenido retrasos en el pago de los recibos alquiler o hipoteca: E85=1 OR E85=2

E.86 ¿Me podría indicar la cuantía aproximada en euros (€) de este retraso acumulado durante el año 2020? **Recoger cantidad anual del año 2020**

_____ €

Base: A todos y todas

E.87 ¿Tuvo, durante el año 2020, algún retraso en pagos a la administración (multas de tráfico o transporte, pago de impuestos, Hacienda, Seguridad Social)?

- Sí, solamente una vez 1
- Sí, dos veces o más 2
- No 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Base: Formular E88 si ha tenido retrasos en el pago a la administración: E87=1 OR E87=2

E.87 ¿Me podría indicar la cuantía aproximada en euros (€) de este retraso acumulado durante el año 2020? **Recoger cantidad anual del año 2020**

_____ €

Base: A todos y todas

E.89 ¿Tuvo, durante el año 2020, algún retraso en pagos de préstamos personales, tarjetas de crédito?

- Sí, solamente una vez 1
- Sí, dos veces o más 2
- No 3
- No sabe 9
- No contesta 0

Base: Formular E90 si ha tenido retrasos en el pago de préstamos: E89=1 OR E89=2

E.90 ¿Me podría indicar la cuantía aproximada en euros (€) de este retraso acumulado durante el año 2020? **Recoger cantidad anual del año 2020**

_____ €

Base: A todos y todas

E.91 ¿Ha podido o podrá ponerse al día pronto?

- Sí, he podido 1
- Sí, podré a corto plazo (12 meses o antes)..... 2
- No, tardaré más 3
- No podré en mucho tiempo..... 4
- No he tenido retraso en ningún tipo de pago durante el año 2020 5
- No sabe 9
- No contesta 0

E.92 En comparación con la situación inmediatamente anterior a la pandemia del coronavirus, (febrero 2020) ¿En qué sentido considera que ha cambiado el nivel de ingresos de su hogar?

- Empeorado mucho 1
- Empeorado poco 2
- Permanecido igual 3
- Mejorado poco 4
- Mejorado mucho 5
- No sabe 9
- No contesta 0

E.93. ¿Cómo considera que su hogar llega a fin de mes?

- Con mucha dificultad 1
- Con dificultad 2
- Con cierta dificultad 3
- Con cierta facilidad..... 4
- Con facilidad 5
- Con mucha facilidad 6
- No sabe 9
- No contesta 0

E.94 En los últimos 10 años, ¿en su hogar actual han pasado hambre? ¿se han quedado sin alimentos?

- 1. Sí, alguna vez, pero no ahora mismo
- 2. Sí, con frecuencia, pero no ahora mismo
- 3. Sí, la estamos pasando
- 4. No, nunca
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a) Han pasado hambre

b) Se han preocupado por no tener suficientes alimentos para comer

E.95 Señale si por problemas económicos en su hogar se han visto ustedes obligados en los últimos doce meses a enfrentarse con alguno de los siguientes problemas:

- 1. Si
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

E.95.1 VIVIENDA HABITUAL

- a) Avisos de corte de luz, agua o teléfono
- b) No poder pagar gastos relacionados con la casa (la hipoteca, el alquiler, habitación, ocupación sin título legal, las facturas de luz, agua...)
- c) Sufrir algún tipo de amenaza de desalojo de su hogar (inmediata o no)
- d) Reducir los gastos fijos de la casa (electricidad, agua, calefacción...)
- e) Reducir los gastos de teléfono, televisión, Internet,
- f) Cambio de vivienda.....
- g) Compartir piso con personas sin parentesco.....
- h) Alquilar alguna habitación a otros.....

i) Volver a vivir a la casa de mis padres

j) No poder independizarme.....

E.95.2 ALIMENTACIÓN

a) Reducir los gastos en alimentación

b) No llevar una dieta adecuada

E.95.3 OTROS GASTOS

a) Reducir los gastos en vestido y calzado.....

b) No disponer de dinero para afrontar gastos imprevistos

c) Retrasos en el pago de compras aplazadas o de otros préstamos (deudas no relacionadas con la vivienda).....

d) Problemas para hacer frente a los materiales escolares

e) Dejar de usar transporte público.....

f) Recurrir a los ahorros para cubrir los gastos.....

g) Renegociar créditos o financiaciones

E.95.4 OCIO

a) Reducción de actividades de ocio.....

b) No poder tener unas vacaciones fuera de casa al menos una semana al año

c) Pérdida de relaciones sociales habituales.....

E.95.5 AYUDAS ECONÓMICAS

a) Necesidad de pedir ayuda económica a parientes o amigos.....

b) Necesidad de pedir ayuda económica a una institución.....

c) Reducir los pagos y ayudas que realizaba a otras personas: remesas, ayudas a familiares, pensiones alimenticias.....

E.95.6 EDUCACIÓN

a) Abandono del proceso educativo.

b) Ha abandonado estudios universitarios porque han incrementado su precio...

c) He dejado de utilizar el comedor escolar porque ha incrementado su precio...

E.95.7 SANIDAD

a) He requerido atención médica y no ha acudido al médico por no poder pagar el desplazamiento.

b) Ha dejado de comprar medicamentos/seguir tratamiento que necesita por no poder pagarlos.....

E.95.8 TRABAJO

a) Cambio de ciudad por búsqueda de empleo

F) VIVIENDA Y ENTORNO

F.96 Superficie de la vivienda (Superficie útil, aproximada, en metros cuadrados, contenida en el interior de los muros exteriores de la vivienda en m²)

F.97 Régimen de tenencia de la vivienda

En propiedad

- Por compra, totalmente pagada..... 01
- Por compra, por pagos pendientes..... 02
- Por herencia o donación..... 03

Facilitada gratuita o semigratuitamente

- Por patrón/empresa por razón de trabajo..... 04
- Por otras personas hogares o instituciones..... 05

En alquiler

- Habitación de particular con o sin muebles..... 06
- Vivienda de particular, sin muebles..... 07
- Vivienda de particular, con muebles..... 08
- Alquiler social..... 09
- Realquilada..... 10

Otras situaciones

- Ocupada sin título legal..... 11
- Otras..... 12
- No sabe..... 99
- No contesta..... 00

Programación: Mostrar F98 si no ha sido cumplimentada en el cuestionario filtro de captación

F.98 ¿Su vivienda sufre alguna de estas situaciones? *Respuesta múltiple*

Entrevistador: Rellenar según declaración y observación

- Deficiencias graves en la construcción, ruina..... 1
- Insalubridad: humedades, suciedades y olores..... 2
- Existencia de barreras arquitectónicas para personas con discapacidad física en la misma, barreras arquitectónicas graves..... 3
- Entorno muy degradado (gueto, insalubre, olores, falta de agua, suciedad, no accesos)..... 4
- Barrio conflictivo (delincuencia, robos frecuentes, menudeo de drogas, prostitución, vandalismo, peleas)..... 5
- Ninguna (*excluyente*)..... 6
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

F.99 ¿Cuál es su situación en relación a la vivienda?

- Necesitan cambiar de vivienda..... 1
- Independientemente de la necesidad, está pensando en mudarse a corto/medio plazo..... 2
- Necesitan rehabilitar la vivienda actual..... 3
- No tienen necesidades en torno a la vivienda..... 4
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

Base. Formular F100 a los que necesitan rehabilitar la vivienda actual: F99=3

F.100 ¿Cuáles de los siguientes elementos necesitaría rehabilitar? (*respuesta múltiple*)

- Cambio cocina..... 01
- Cambio baño..... 02
- Tirar - levantar tabiques..... 03
- Cambiar suelo..... 04
- Arreglo instalaciones agua, electricidad, etc..... 05
- Instalación de calefacción..... 06
- Cambio ventanas, puertas..... 07
- Supresión barreras arquitectónicas, adaptación para discapacitados/as..... 08
- Otro (especificar)..... 09
- No sabe..... 99
- No contesta..... 00

F.101 EQUIPAMIENTO, BIENES De este listado de cosas, dígame las que considera necesario y de cuáles dispone	Considera necesario	Dispone
	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
a. Agua corriente		
b. Agua caliente		
c. Energía eléctrica		
d. Evacuación aguas sucias		
e. Baño completo (retrete, lavabo, ducha)		
f. Calefacción		
g. Ascensor		
h. Cocina		
i. Frigorífico		
j. Lavadora		
k. Automóvil		
l. TV		
m. Teléfono móvil		
n. Teléfono fijo		
o. Ordenador y/o tablet		
p. Conexión ilimitada a Internet por cable o wifi (propio)		
q. Conexión limitada a internet con Datos móvil		
r. Una comida de carne, pollo o pescado (o el equivalente vegetariano) al menos cada dos días		
s. Mantener la vivienda con una temperatura adecuada.		
t. Poder afrontar gastos imprevistos de 700 euros o más		

F.102 ¿Existe en el hogar alguna persona con las habilidades informáticas necesarias para realizar trámites administrativos a través de internet (como, por ejemplo, solicitar una cita médica, pedir una ayuda económica, etc.)?

- Sí..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

F.103 Durante esta crisis, ¿han perdido alguna oportunidad en los siguientes ámbitos por no contar con dispositivos, conexión o habilidad para manejarlos en internet? **Respuesta múltiple**

- Formativo laboral (cursos, talleres) 1
- Empleo 2
- Ayudas de las administraciones públicas 3
- Mantener relaciones sociales y de apoyo mutuo 4
- Ninguna (excluyente) 5
- No sabe 9
- No contesta 0

G) SERVICIOS SOCIALES

Entrevistador: Las preguntas de la G104 a la G107 hacen referencia al Ingreso Mínimo Vital (IMV). El IMV es una prestación económica de la Seguridad Social (administración estatal) para garantizar un nivel mínimo de renta a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad económica. No confundir con **Rentas Mínimas: Etiqueta personalizada por CCAA** que presta la Comunidad Autónoma. Dejar clara la diferencia a la persona entrevistada

G.104 ¿Ha recibido información sobre el Ingreso Mínimo Vital?

- Sí, pero aún no tengo la información suficiente para solicitar el IMV 1
- Sí, y la información fue suficiente para iniciar la solicitud 2
- Sí, pero no lo necesito 2
- No 3
- No sabe 9
- No contesta 0

G.105 ¿Ha encontrado algunas dificultades para solicitar la prestación?

- No lo he solicitado 1
- Lo he intentado presencial pero aún no lo he podido tramitar (no tengo cita o la cita es en los próximos días/semanas) 2
- Lo he intentado telemáticamente pero aún no lo he conseguido tramitar 3
- Sí, lo he solicitado de forma presencial 4
- Sí, lo he solicitado telemáticamente 5
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. Formular G106 a quienes han solicitado el ingreso mínimo vital: G105=4 OR G105=5

G.106. En caso de haber solicitado: Una vez solicitada la prestación, ¿en qué situación se encuentra actualmente?

- Esperando respuesta o en trámite 1
- Me lo han concedido, pero todavía no lo he cobrado 2
- La estoy cobrando 3
- Me lo han denegado 4
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. Formular G107 a quienes le denegaron el ingreso mínimo vital: G106=4

G.107 ¿Cuál es la causa principal de la denegación?

- No cumplir con el requisito de umbral económico 1
- No cumplir con el requisito de unidad de convivencia 2
- No le han indicado la causa de denegación 3
- No recuerdo el motivo de la denegación 4
- Otros 5
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. A todas las personas

G.108. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar han solicitado alguna vez a las instituciones públicas alguna de las ayudas económicas que paso a citarle a continuación? En caso afirmativo, ¿podría decirme cuándo ha sido la última vez que lo ha hecho?

- | |
|--------------------------|
| 1. Sí, últimos 12 meses |
| 2. Sí, hace más de 1 año |
| 3. No, nunca |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

a) Renta básica/renta mínima/renta garantizada/renta de garantía de ingresos

Personalizar etiqueta por CCAA

b) Ayudas de Emergencia Social/ayudas extraordinarias de urgencia

c) Subsidio por desempleo, Renta Activa de Inserción, PREPARA

d) Pensiones no contributivas de la seguridad social (jubilación, invalidez)

G.109. ¿Considera usted que en su hogar podrían tener que recurrir en los próximos 12 meses a alguna de las ayudas y prestaciones económicas que le he citado anteriormente?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- No contesta 0

Base. Formular G110 a quienes han solicitado renta básica: G108a= 1 OR G108a=2

G.110. En relación a esta prestación, ¿podría decirme cuál es su situación actual? **"Renta básica/renta mínima/renta garantizada/renta de garantía de ingresos"**

- Es beneficiario/a actual 1
- Fue beneficiario/a en el pasado, pero ya no lo es 2
- La ha solicitado, pero le ha sido denegada 3
- Está pendiente de la resolución de su solicitud 4
- Otras situaciones (especificar) 5
- No sabe 9
- No contesta 0

Etiquetas personalizadas por CCAA

Introducción Servicios Sociales, G.108.a y G.110

- ANDALUCÍA: Renta Mínima de Inserción Social
- ARAGÓN: Ingreso Aragonés de Inserción
- ASTURIAS: Salario Social Básico
- BALEARES: Renta Social Garantizada
- CANARIAS: Prestación Canaria de Inserción
- CANTABRIA: Renta Social Básica
- CASTILLA – LA MANCHA: ... Ingreso Mínimo de Solidaridad
- CASTILLA Y LEÓN: Renta Garantizada de Ciudadanía
- CATALUÑA: Renta Garantizada de Ciudadanía
- EXTREMADURA: Renta Básica de Inserción
- GALICIA: Renta de Inclusión Social (RISGA)
- MADRID: Renta Mínima de Inserción (RMI)
- MURCIA: Renta Básica de Inserción
- NAVARRA: Renta Garantizada
- PAÍS VASCO: Renta de Garantía de Ingresos (RGI)
- LA RIOJA: Renta de Ciudadanía
- COMU. VALENCIANA: Renta Valenciana de Inclusión: Renta de Garantía de Ingresos Mínimos, RGIM, y la Renta de Garantía de Inclusión Social, RGIS.

Base. A todas las personas

G.111. En caso de necesidad económica ¿a dónde acudiría primero a los servicios sociales públicos o a los que prestan entidades privadas sin ánimo de lucro?

- A los servicios sociales públicos..... 1
- A Cáritas..... 2
- A Cruz Roja..... 3
- A otras entidades privadas sin ánimo de lucro (Banco de alimentos...)..... 4
- A otros servicios públicos (empleo...) **[no leer]**..... 5
- A ningún sitio **[no leer]**..... 6

G.112 En el último año, ¿ha acudido usted o alguien de su hogar a alguno de los servicios que le indico en busca de ayuda?, ¿a cuáles de ellos ha acudido?

- | |
|----------------|
| 1. Sí |
| 2. No |
| 9. No sabe |
| 0. No contesta |

- a) Servicios sociales públicos (municipales, de las diputaciones, consejos comarcales, comunidad autónoma).....
- b) Cáritas (diocesanas o parroquiales)
- c) Otras entidades (Cruz Roja, bancos de alimentos, atención a inmigrantes, etc.)

Base. Formular G113 a las personas que han acudido a algún servicio en busca de ayuda: G112a=1 OR G112b=1 OR G112c=1

G.113 Indique el/los tipos de ayudas recibidas de Servicios sociales públicos o privados. Respuesta múltiple.

	a) Servicios sociales públicos	b) Servicios sociales privados (ONG y entidades sociales)
1. Ayudas económicas,		
2. Asesoramiento relacionado con la vivienda		
3. Acompañamiento trámites, gestiones administrativas		
4. Búsqueda de empleo, formación		
5. Alimentos		
6. Apoyo en la educación de los/as niños/as		
7. Ayudas directas para conexión internet, dispositivos		
8. Acompañamiento psicológico		
9. Otras: especificar (si hay varias señalar la más importante)		

Base. A todas las personas

Programación. Valorar la programación de las preguntas G114-G115-G116 en la misma tabla.

G.114 En relación con su vivienda, ¿has recibido información sobre las siguientes medidas sociales?

	1. Sí	2. No	9. No sabe	0. No contesta
a. Prórroga de contrato de alquiler de vivienda, si se te acaba durante la crisis sanitaria				
b. Suspensión del procedimiento de desahucio de vivienda				
c. Aplazamientos en el pago del alquiler de vivienda				
d. Moratoria del pago del alquiler de vivienda				
e. Reducción del 50% del importe del alquiler de vivienda				
f. Préstamos destinados a pagar el alquiler de vivienda a través de créditos bancarios con aval público				
g. Mantenimiento de suministros básicos: no podrá suspenderse el suministro de energía eléctrica de la vivienda pese a posibles impagos				
h. Mantenimiento de telecomunicaciones: no podrá suspenderse el servicio de telecomunicaciones pese a posibles impagos				

G.115 En relación con su vivienda, ¿has solicitado y en su caso te has beneficiado de alguna/s de estas medidas?

	1. No lo he solicitado	2. Lo he solicitado, estoy a la espera de respuesta	3. Me lo han concedido	4. Me lo han denegado	9. No sabe	0. No contesta
a. Prórroga de contrato de alquiler de vivienda, si se te acaba durante la crisis sanitaria	1	2	3		9	0
b. Suspensión del procedimiento de desahucio de vivienda	1	2	3		9	0
c. Aplazamientos en el pago del alquiler de vivienda	1	2	3		9	0
d. Reducción del 50% del importe del alquiler de vivienda	1	2	3		9	0
e. Préstamos destinados a pagar el alquiler de vivienda a través de créditos bancarios con aval público	1	2	3		9	0
f. Mantenimiento de suministros básicos: no podrá suspenderse el suministro de energía eléctrica de la vivienda pese a posibles impagos	1	2	3		9	0
g. Mantenimiento de telecomunicaciones: no podrá suspenderse el servicio de telecomunicaciones pese a posibles impagos	1	2	3		9	0

Programación: Mostrar pregunta G116 si en G115 al menos una se ha denegado (G115=4). Mostrar sólo en fila las respuestas me lo han denegado (G115=4)

G.116 ¿Cuál fue la causa de la denegación?

	1. No cumplir con algún requisito	2. No me indicaron la causa	3. No recuerdo el motivo	4. Otros	9. No sabe	0. No contesta
a. Prórroga de contrato de alquiler de vivienda, si se te acaba durante la crisis sanitaria						
b. Suspensión del procedimiento de desahucio de vivienda						
c. Aplazamientos en el pago del alquiler de vivienda						
d. Reducción del 50% del importe del alquiler de vivienda						
e. Préstamos destinados a pagar el alquiler de vivienda a través de créditos bancarios con aval público						
f. Mantenimiento de suministros básicos: no podrá suspenderse el suministro de energía eléctrica de la vivienda pese a posibles impagos						
g. Mantenimiento de telecomunicaciones: no podrá suspenderse el servicio de telecomunicaciones pese a posibles impagos						

H) SITUACIÓN ACTUAL

H.117. ¿Con qué frecuencia suele participar en las elecciones?

- 1. Nunca por no tener edad
- 2. Nunca por no tener derecho a voto
- 3. Nunca porque no me interesa
- 4. Nunca porque no sirve para nada
- 5. En algunas ocasiones
- 6. Casi siempre
- 7. Siempre
- 0. No contesta

- a) Municipales
- b) Autonómicas
- c) Nacionales

H.118 ¿Con qué frecuencia se relaciona con familiares, vecinos, amigos?
(Indicar el caso de mayor frecuencia)

- 1. No tiene relaciones
- 2. Diariamente
- 3. Varias veces por semana
- 4. Una vez por semana
- 5. Menos de una vez por semana
- 8. No procede (no tiene)
- 9. No sabe
- 0. No contesta

- a. Miembros del hogar
- b. Otros/as familiares
- c. Amistades
- d. Vecindad
- e. Compañeros/as de trabajo

H.119. ¿Cómo son sus relaciones con los...
(Indicar el caso mejor)

- 1. No tiene relaciones, aunque tiene familiares, amigos, etc.
- 2. Malas o muy malas
- 3. Más bien malas
- 4. Más bien buenas
- 5. Buenas o muy buenas
- 8. No procede (no tiene)
- 9. No sabe
- 0. No contesta

- a. Miembros de su hogar
- b. Otros/as familiares
- c. Amistades
- d. Vecinos del barrio
- e. Compañeros/as de trabajo

H.120. Si compara el momento actual con la situación antes de la pandemia, ¿cree que sus relaciones con amistades/familia/vecindario se han debilitado/deteriorado, se han fortalecido o permanecen igual?

	1. Se ha fortalecido	2. Se ha deteriorado o debilitado	3. Siguen igual	4. No aplica	9 No sabe	0 No contesta
a. Miembros del hogar						
b. Familia						
c. Amigos						
d. Vecinos						

H.121 En términos generales, ¿qué impacto cree que ha tenido la pandemia en el deterioro o debilitación de esas relaciones?

- Ninguno 1
- Poco 2
- Bastante 3
- Mucho 4
- No sabe 9
- No contesta 0

H.122. ¿Tiene o ha tenido alguna persona que pueda ayudarle cuando tiene problemas (prestar dinero, cuidar de usted o de alguna persona dependiente a su cargo, apoyo emocional, gestiones o papeles)?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Ha tenido

b. Tiene

Base: Formular H123 a quienes tienen ayuda en la actualidad: H122b=1

H.123 En caso de tener en la actualidad, considera que tiene más, menos o igual ayuda cuando tiene problemas que antes de la pandemia:

- Menos..... 1
- Igual..... 2
- Más..... 3
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

H.124. ¿Hay alguna persona a la que usted ayuda o ha ayudado en los últimos 12 meses o desde que empezó la pandemia, cuando ella tiene problemas?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Ha ayudado

b. Ayuda

Base: Formular H125 a quienes ayudan en la actualidad: H124b=1

H.125. En caso de ayudar en la actualidad, considera que ayuda más, menos o igual que antes de la pandemia:

- Menos..... 1
- Igual..... 2
- Más..... 3
- No sabe..... 9
- No contesta..... 0

Base: A todas las personas

H.126. ¿Alguien de su hogar...

Entrevistador: Preguntar si cada una de las circunstancias que se mencionan en la pregunta, se ha dado en los últimos 10 años. Si la respuesta es afirmativa, preguntar por el último año.

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No sabe
- 0. No contesta

	A. Últimos 10 años	B. Último año
a. Ha sido o está a punto de ser madre o padre con menos de 18 años		
b. Se ha suicidado o lo ha intentado		
c. Ha tenido o tiene problemas con el juego (apuestas, juegos online, tragaperras, bin-)		
d. Ha tenido o tiene antecedentes penales		
e. Ha recibido o recibe malos tratos físicos		
f. Ha recibido o recibe malos tratos psicológicos		
g. Se ha visto obligado/a a tener que dormir en la calle o en un albergue, hostel o centro de acogida nocturna.		
h. Se ha visto obligado/a a tener que vivir en casa de familiares o amistades como consecuencia de haberse quedado sin hogar.		

H.127 Ahora le voy a leer una lista de organizaciones y grupos voluntarios. ¿Podría decirme si es usted un miembro activo, inactivo o si no es miembro de cada una de ellas?

- 1. No es miembro
- 2. Miembro activo
- 3. Miembro no activo
- 9. No sabe
- 0. No contesta

a. Asociaciones religiosas

b. Asociaciones deportivas

c. Sindicatos

d. Partidos políticos

e. Organizaciones ecologistas

f. Asociación vecinal.....

g. Asociación de mujeres.....

h. Asociación de jóvenes

i. Asociación de mayores

j. Asociaciones educativas

k. Asociaciones profesionales: gremios, colegios

l. Colectivos cívicos o sociales (asociaciones deportivas culturales, peñas, etc)

m. Ayuda mutua entre vecinos/as

H.128 ¿Tiene constancia de que alguno de los miembros de su hogar (incluida usted) se ha sentido alguna vez discriminado por...? **Respuesta múltiple**

- Nacionalidad, origen étnico o racial..... 01
- Edad..... 02
- Por tener una orientación sexual no heterosexual (nos referimos a homosexuales, lesbianas, gays, bisexuales)..... 03
- Por ser trans o tener una identidad sexual no binaria 04
- Aspecto físico..... 05
- Enfermedad o discapacidad 06
- Por tener pocos recursos económicos 07
- Por creencias ideológicas o políticas..... 08
- Por creencias religiosas 09
- Por ser hombre 10
- Por ser mujer..... 11
- No nunca 12
- No sabe..... 99
- No contesta..... 00

H.129. ¿Considera que pertenece a alguna de las siguientes etnias?

- Etnia gitana española 1
- Etnia gitana de otros países 2
- Otra etnia (especificar)..... 3

-Ninguna en particular..... 4

H.130. ¿Cuál es su sentimiento religioso?

- No soy religioso..... 01
- Soy católico 02
- Soy musulmán 03
- Soy evangélico..... 04
- Soy testigo de Jehová..... 05
- Soy de la iglesia de Jesucristo de los Santos de los últimos días 06
- Soy ortodoxo griego o ruso..... 07
- Soy budista 08
- Soy judío 09

-Otra (especificar)..... 10

I) TOMA DE DATOS PERSONALES

I.131. ¿Desearía participar en un seguimiento anual remunerado de esta investigación, durante los próximos 3 años?

-Sí 1
-No 2
-No sabe 9
-No contesta 0

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR/A

Programación: Mostrar de la U1 a la U4 si no ha sido cumplimentada en el cuestionario filtro de captación

U.1 Tipo de construcción

-Bloque de viviendas 1
-Casas unifamiliares tradicionales 2
-Adosados o Chalets 3
-Casas diseminadas 4

U.2 Estado y nivel social del barrio

-Zona marginal 1
-Barrio o zona deteriorado 2
-Barrio o zona en buenas condiciones 3
-Zona de clase media-alta 4

U.3 Situación de alojamiento

-Chabola 1
-Cueva 2
-Bajera, garaje 3
-Barracón, prefabricado o similar 4
-En piso 5
-En vivienda unifamiliar 6
-Otras 7

U.4 ¿Presenta el hogar alguna de estas características

- Hogar perteneciente a minoría étnica gitana española 1
- Hogar perteneciente a minoría étnica gitana otros orígenes 2
- Ninguna 3

U.5 ¿Consideras fiables los datos ofrecidos en?

(Anota para cada bloque del cuestionario tu opinión circulando el código correspondiente)

	Sí	Sí con algún reparo	No	NS/NC
a. Características personas, composición del hogar	1	2	3	9
b. Educación	1	2	3	9
c. Salud, autovalimiento	1	2	3	9
d. Empleo, formación	1	2	3	9
e. Actividades económicas, ingresos	1	2	3	9
f. Vivienda	1	2	3	9
g. Servicios sociales	1	2	3	9
h. Situación actual	1	2	3	9