

Tesis Doctoral • 2022

# La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental

*Cristel E. Villegas Castañeda*



eman ta zabal zazu

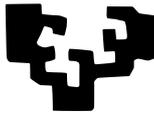


Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea



eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

## **Facultad de Psicología**

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación

# **LA RELACIÓN ENTRE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

### **DOCTORANDA:**

Cristel E. Villegas Castañeda

### **DIRECTORAS:**

Dra. Izaskun Ibabe Erostarbe

Dra. Ainara Arnoso Martínez

Donostia- San Sebastián

2022

La financiación de esta tesis doctoral ha sido aportada por el Departamento de Educación del Gobierno Vasco a través de la Beca Predoctoral de Formación de Personal Investigador (PRE\_2017\_1\_0310).

Para llevar a cabo el trabajo de campo se contó con el Protocolo de Colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Universidad del País Vasco para desarrollar el proyecto de investigación. La doctoranda y directoras agradecen especialmente el apoyo y colaboración a Francisco Javier Leturia, Jefe del Servicio de Inclusión Social.

© 2022 Cristel E. Villegas Castañeda

*Somos menos vulnerables psicológicamente  
a la privación material que a las necesidades sociales*

*(Biswas-Diener y Diener, 2006)*



## Agradecimientos

Quiero empezar agradeciendo a la Universidad del País Vasco y a la Facultad de Psicología por su acogida desde el año 2009, cuando vine aquí como una alumna de intercambio, hasta hoy que culmino mi doctorado. Me gustaría reconocer el trabajo de mis directoras. Gracias, Izaskun, por tu rigor científico, por tu buen hacer, por compartir tus conocimientos. Gracias por transmitir ese compromiso y dedicación a la ardua tarea de la investigación. Gracias, Ainara, por ser la primera persona que me ayudó a iniciar este camino; empezamos esta andadura desde el trabajo final de grado, seguimos con el trabajo final de máster y ahora el doctorado. Gracias por brindarme la perspectiva aplicada de la investigación, ayudarme a relucir las contribuciones prácticas y centrarnos en los aspectos relevantes de las personas. Os agradezco mucho vuestra generosidad y vuestra guía en este camino.

Este proyecto nació como resultado del trabajo final de máster, donde surgió la inquietud de profundizar en este tema debido a su relevancia social. A partir de allí planteamos la posibilidad a Patxi Leturia, jefe del servicio de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, quien me otorgó todas las facilidades y se movilizó para hacer los trámites correspondientes para que esto se llevara a cabo. Gracias por darme esta oportunidad; gracias por tu confianza, por compartir tu experiencia y por tu apoyo. Ha sido muy valioso contar contigo.

Asimismo, agradezco a las y los trabajadores sociales del servicio, quienes me han acogido durante estos años. Gracias a Amaia, secretaria del servicio, quien siempre ha estado dispuesta ayudarme. También quiero agradecer a las y los directores de las entidades de la red de atención y a los equipos de intervención, quienes recibieron este proyecto, asistieron a las sesiones de devolución de resultados y nos dieron su *feedback*; con ellos/as pude conversar y comprender más sobre la intervención en el ámbito de la exclusión social.

Agradezco a AGIFES, especialmente a Ruth Encinas y a Nekane Azuabarrena. Gracias por recibir este proyecto y por vuestra participación. Asimismo, agradezco la generosidad y el compromiso social de cines SADE quienes apoyaron el proyecto con 50 entradas para las personas que participaron en el estudio.

Y mi más sincero agradecimiento a todas las personas participantes que compartieron su experiencia, gracias por vuestro altruismo y vuestra generosidad. Gracias por compartir vuestras situaciones y experiencias vitales; gracias por vuestro tiempo y confianza. Este proyecto nació con el objetivo de ser un altavoz y visibilizar vuestras situaciones para mejorar vuestra atención y que se actúe de forma preventiva con el fin de evitar que otras personas transiten por este camino.

Quisiera expresar también mi agradecimiento al Colegio de la Frontera Norte, en especial a Itza Bojorquez, quien me recibió durante mi estancia doctoral. Gracias por tu disponibilidad y tu contribución en mi formación.

Por otro lado, quisiera agradecer a mis compañeras/os de doctorado, con quienes he tenido oportunidad de intercambiar espacios de conocimientos y experiencias. A mi compañera María Cañas, con quien compartí, por espacio y tiempo, gran parte de este recorrido, y quien siempre ha estado dispuesta a ayudar y resolver dudas, aún ahora, estando al otro lado del charco. Igualmente, quiera agradecer a las amigas que he encontrado en este camino, Iratxe eta Idoia, mila esker neskak, por esas comidas de tupper express y la compañía en este camino; y a Paulina, mi colega y mejor amiga. Gracias por el apoyo y la compañía en la distancia.

Agradezco también a mi familia, especialmente a mis padres, quienes me enseñaron a ser valiente y nunca detenerme ante los límites, gracias por darme las alas para llegar hasta donde estoy; porque desde 2009, cuando os planteé la idea loca de irme lejos a estudiar, me animaron y me apoyaron a lograrlo. Agradezco a mis hermanos y a mis sobrinos, quienes han sido una fuente de inspiración para mí, aunque eso ha representado tener que vivir tan lejos de ustedes y no verlos crecer; y a mis abuelas, Alberta y Maura, dos mujeres luchadoras y valientes.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a ellos dos: Moisés, mi marido y Ander, mi hijo. Sois lo más especial que tengo en esta vida. Amor, empezamos este camino como un proyecto en común y me has acompañado en cada paso; sin ti esto no habría sido posible. Gracias

por ser el lector de mis borradores y el público de mis ensayos; no fue fácil, pero siempre estuviste motivándome y creyendo en mí y, por fin, ¡lo logramos! Ander, mi vida, te tocó transitar conmigo medio doctorado. Eres mi principal motivo de inspiración, mi punto de equilibrio y eres la alegría; a pesar de que combinar la vida laboral con ser madre es una tarea compleja, tú lo haces muy fácil. Disfrutamos tanto la vida contigo.

En este tiempo ha cobrado más importancia que nunca mi fe. Doy gracias a Dios por la fuerza y motivación para continuar pese a los retos que ha representado este camino. Ser inmigrante ha sido un proceso complejo de ajuste emocional y laboral y empezar una vida en otro continente ha representado una de las tareas más difíciles a las que me he enfrentado, aun desde esta posición de privilegio. Por tanto, en una mínima, muy mínima proporción, puedo comprender la experiencia de transitar por un camino de adaptación cultural, el cual requiere de mucho trabajo. Mi admiración a todas las personas que día a día luchan por tener una vida digna.



# Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>1 Introducción</b> .....  | <b>21</b> |
| <b>2 La exclusión social</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>2.1</b> Definición de la exclusión social .....   | 23        |
| <b>2.2</b> Modelo teórico de la exclusión social .....   | 24        |
| <b>2.2.1</b> Social Exclusion Index (Jehoel-Gijsbers, 2004) .....  | 24        |
| <b>2.3</b> Factores de riesgo de la exclusión social .....   | 26        |
| <b>3 Exclusión social grave y personas sin hogar</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>3.1</b> Clasificación ETHOS .....   | 27        |
| <b>4 Marco legal y normativo de la exclusión social en el Sistema Vasco de Servicios Sociales</b> .....      | <b>30</b> |
| <b>4.1</b> Delimitación de la actuación de los Servicios Sociales en el País Vasco .....                     | 30        |
| <b>4.2</b> Requisitos de acceso a los servicios de la red de servicios y programas de inclusión social ..... | 32        |
| <b>4.3</b> Instrumentos: diagnóstico social y valoración de la exclusión social .....                        | 32        |
| <b>5 La evolución de la situación de exclusión social en el País Vasco</b> .....                             | <b>34</b> |
| <b>6 La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental</b> .....                           | <b>35</b> |
| <b>6.1</b> Los problemas de salud mental como causa de la exclusión social .....                             | 35        |
| <b>6.2</b> Determinantes sociales en la salud mental .....   | 36        |
| <b>6.3</b> Exclusión social grave y problemas de salud mental .....  | 36        |
| <b>6.4</b> Bienestar psicológico entre personas en riesgo de exclusión social .....                          | 37        |
| <b>7 Síntesis del contenido de la tesis</b> .....  | <b>38</b> |
| <b>8 Síntesis del contenido abordado en cada estudio</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>4 Referencias</b> .....   | <b>45</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>STUDY 1. PEOPLE AT RISK OF SOCIAL EXCLUSION: MENTAL HEALTH, STRUCTURAL-ECONOMIC FACTORS AND SOCIO-CULTURAL FACTORS . . . . .</b> | <b>51</b> |
| <b>1 Introduction . . . . .</b>   | <b>53</b> |
| <b>1.1 Relationship between social exclusion and mental health problems . . . . .</b>   | <b>54</b> |
| <b>2 Objectives and hypotheses . . . . .</b>  | <b>56</b> |
| <b>3 Method. . . . .</b>  | <b>57</b> |
| <b>3.1 Participants . . . . .</b>   | <b>57</b> |
| <b>3.2 Design and procedure. . . . .</b>  | <b>59</b> |
| <b>3.3 Instrument and variables . . . . .</b>   | <b>59</b> |
| <b>3.3.1 Instrument to Assess Social Exclusion of the Basque Social Services System. . . . .</b>                                    | <b>59</b> |
| <b>3.3.2 Sociodemographic characteristics . . . . .</b>   | <b>59</b> |
| <b>3.3.3 Mental health problems . . . . .</b>   | <b>60</b> |
| <b>3.3.4 Physical health problems . . . . .</b>   | <b>60</b> |
| <b>3.3.5 Economic-structural dimension. . . . .</b>   | <b>60</b> |
| <b>3.3.6 Socio-cultural dimension. . . . .</b>  | <b>60</b> |
| <b>3.3.7 Functional autonomy . . . . .</b>  | <b>61</b> |
| <b>3.3.8 Data analysis. . . . .</b>   | <b>61</b> |
| <b>4 Results . . . . .</b>  | <b>62</b> |
| <b>4.1 Clinical profile of the people at risk of social exclusion . . . . .</b>   | <b>62</b> |
| <b>4.2 Relationship between health problems and variables associated with social exclusion . . . . .</b>                            | <b>63</b> |
| <b>4.3 Predictive models of health problems . . . . .</b>   | <b>66</b> |
| <b>5 Discussion . . . . .</b>   | <b>67</b> |
| <b>6 References . . . . .</b>   | <b>71</b> |
| <br>  |           |
| <b>ESTUDIO 2. SALUD MENTAL Y FÍSICA DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: GÉNERO Y CONDICIÓN DE INMIGRANTE . . . . .</b>   | <b>75</b> |
| <b>1 Introducción . . . . .</b>   | <b>77</b> |
| <b>2 Objetivos e hipótesis. . . . .</b>   | <b>80</b> |
| <b>3 Método. . . . .</b>  | <b>82</b> |
| <b>3.1 Participantes . . . . .</b>  | <b>82</b> |
| <b>3.2 Procedimiento . . . . .</b>  | <b>82</b> |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| 3.3  | Instrumento y variables .....   | 82         |
| 3.4  | Análisis de datos .....   | 83         |
| <b>4</b>   | <b>Resultados .....</b>   | <b>84</b>  |
| 4.1  | Perfil de las mujeres en función del lugar de procedencia .....             | 84         |
| 4.2  | Perfil psicosocial de los hombres en función del lugar de procedencia ..... | 85         |
| 4.3  | Perfil psicosocial en función del género y la procedencia .....             | 88         |
| 4.4  | Modelos predictivos de problemas de salud en función del género .....       | 90         |
| <b>5</b>   | <b>Discusión .....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>6</b>   | <b>Referencias .....</b>  | <b>96</b>  |
| <br>   |   |            |
| <b>ESTUDIO 3. ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ÍNDICE GENERAL DE EXCLUSIÓN SOCIAL .....</b> |   | <b>101</b> |
| <b>1</b>   | <b>Introducción .....</b>   | <b>103</b> |
| <b>2</b>   | <b>Objetivos .....</b>  | <b>106</b> |
| <b>3</b>   | <b>Método .....</b>   | <b>107</b> |
| 3.1  | Participantes .....   | 107        |
| 3.2  | Instrumento y variables .....   | 109        |
| 3.2.1  | Características sociodemográficas .....                                     | 109        |
| 3.2.2  | Problemas de salud .....  | 110        |
| 3.2.3  | Índice General de Exclusión Social (IGES; Vrooman y Hoff, 2013). .....      | 110        |
| 3.3  | Procedimiento .....   | 110        |
| 3.3.1  | Traducción de ítems .....   | 111        |
| 3.4  | Análisis de los datos .....   | 112        |
| <b>4</b>   | <b>Resultados .....</b>   | <b>113</b> |
| 4.1  | Estructura factorial .....  | 114        |
| 4.2  | Análisis factorial confirmatorio .....                                      | 115        |
| 4.3  | Fiabilidad .....  | 116        |
| 4.4  | Validez concurrente .....   | 116        |
| <b>5</b>   | <b>Discusión .....</b>  | <b>118</b> |
| <b>6</b>   | <b>Referencias .....</b>  | <b>121</b> |

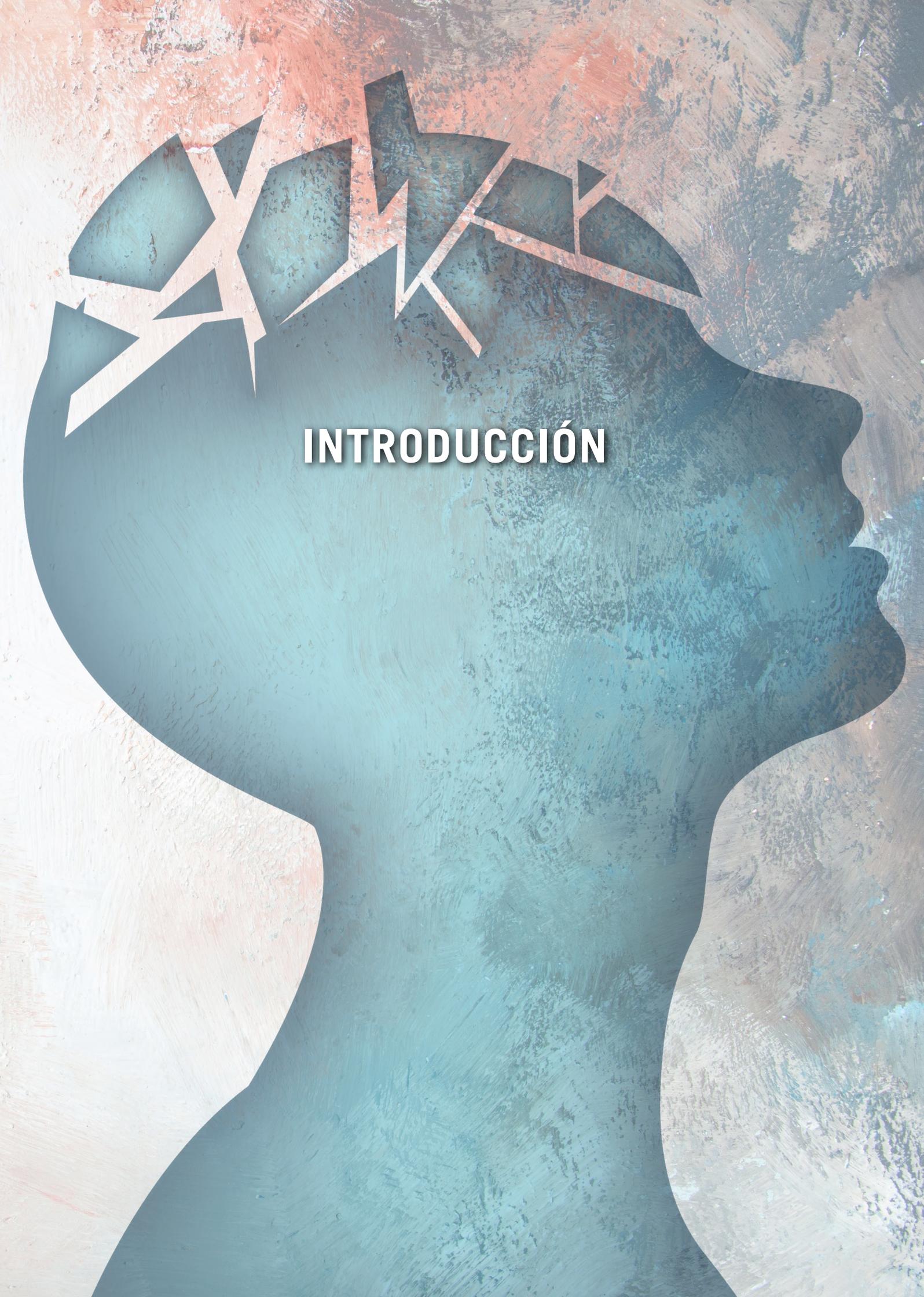
|  |            |
|--|------------|
| <b>ESTUDIO 4. SATISFACCIÓN CON LA VIDA GLOBAL ENTRE PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL . . . . .</b>                     | <b>125</b> |
| <b>1 Introducción . . . . .</b>  | <b>127</b> |
| <b>2 Objetivos e hipótesis . . . . .</b>   | <b>130</b> |
| <b>3 Método. . . . .</b>   | <b>131</b> |
| <b>3.1 Participantes . . . . .</b>   | <b>131</b> |
| <b>3.2 Variables . . . . .</b>   | <b>133</b> |
| <b>3.2.1 Características sociodemográficas . . . . .</b>   | <b>133</b> |
| <b>3.2.2 Disponibilidad de recursos económicos y acceso a ayudas económicas . . . . .</b>                                    | <b>133</b> |
| <b>3.2.3 Relaciones familiares. . . . .</b>  | <b>133</b> |
| <b>3.2.4 Participación social . . . . .</b>  | <b>133</b> |
| <b>3.2.5 Apoyo social . . . . .</b>  | <b>134</b> |
| <b>3.2.6 Situación de salud, acceso y el uso de los servicios de salud . . . . .</b>   | <b>134</b> |
| <b>3.2.7 Síntomas clínicos . . . . .</b>   | <b>134</b> |
| <b>3.2.8 Satisfacción vital por dominios (SWLS) . . . . .</b>  | <b>135</b> |
| <b>3.3 Análisis de datos . . . . .</b>   | <b>135</b> |
| <b>4 Resultados . . . . .</b>  | <b>137</b> |
| <b>4.1 Satisfacción con la vida por dominios y global. . . . .</b>   | <b>137</b> |
| <b>4.2 Privación material y acceso limitado a los derechos sociales en función de su satisfacción vital . . . . .</b>        | <b>138</b> |
| <b>4.3 Situación de salud, acceso y uso de los servicios de salud en función de su grado de satisfacción vital . . . . .</b> | <b>139</b> |
| <b>4.4 Apoyo y participación social en función de su grado de satisfacción vital . . . . .</b>                               | <b>140</b> |
| <b>4.5 Variables predictoras de la satisfacción vital. . . . .</b>   | <b>142</b> |
| <b>5 Discusión. . . . .</b>  | <b>143</b> |
| <b>6 Referencias . . . . .</b>   | <b>147</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>ESTUDIO 5. ATRIBUCIÓN DE CASUALIDAD Y SIGNIFICADOS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN PROGRAMAS COMUNITARIOS . . . . .</b> | <b>151</b> |
| <b>1 Introducción . . . . .</b>  | <b>153</b> |
| <b>2 Método. . . . .</b>   | <b>156</b> |
| <b>2.1</b> Participantes . . . . .   | 156        |
| <b>2.2</b> Diseño y procedimiento . . . . .  | 158        |
| <b>2.3</b> Análisis de datos . . . . .   | 159        |
| <b>3 Resultados . . . . .</b>  | <b>160</b> |
| <b>3.1</b> Atribuciones causales de la exclusión social . . . . .  | 160        |
| <b>3.2</b> Causas percibidas en función del programa en el que participan, el género y la procedencia . . . . .                                | 160        |
| <b>3.3</b> Significados de la exclusión social . . . . .   | 162        |
| <b>3.4</b> Significados individualistas de la exclusión social . . . . .   | 162        |
| <b>3.4.1</b> Consumo de sustancias . . . . .   | 162        |
| <b>3.4.2</b> Problemas de autoestima y/o estrés . . . . .  | 163        |
| <b>3.5</b> Significados estructurales-económicos de la exclusión. . . . .  | 164        |
| <b>3.5.1</b> Situación legal administrativa y limitación en el acceso a los derechos sociales básicos por su estatus migratorio . . . . .      | 164        |
| <b>3.5.2</b> Desempleo y falta de recursos económicos. . . . .   | 166        |
| <b>3.6</b> Significados socio-familiares de la exclusión . . . . .   | 167        |
| <b>3.6.1</b> Experiencias traumáticas familiares (abuso físico o sexual) y pérdida de padres o familiares de referencia. . . . .               | 167        |
| <b>3.6.2</b> Violencia machista . . . . .  | 168        |
| <b>3.6.3</b> Divorcio o separación de la pareja . . . . .  | 169        |
| <b>3.6.4</b> Discriminación percibida de los inmigrantes. . . . .  | 170        |
| <b>3.7</b> Significados fatalistas de la exclusión . . . . .   | 171        |
| <b>3.7.1</b> Problemas de salud y discapacidad . . . . .   | 171        |
| <b>4 Discusión. . . . .</b>  | <b>172</b> |
| <b>5 Referencias . . . . .</b>   | <b>175</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS . . . . .</b>   | <b>179</b> |
| <b>1 Discusión y conclusiones generales . . . . .</b>  | <b>181</b> |
| <b>1.1 Perfil clínico de las personas en riesgo de exclusión social. . . . .</b>   | <b>182</b> |
| <b>1.1.1 Perfil clínico de las personas autóctonas . . . . .</b>   | <b>182</b> |
| <b>1.2 Variables predictoras de los problemas de salud entre las personas en riesgo de exclusión social. . . . .</b>   | <b>183</b> |
| <b>1.2.1 Discapacidad variable predictora relevante de los problemas de salud mental entre las personas en riesgo de exclusión social. . . . .</b>   | <b>183</b> |
| <b>1.3 Diferencias entre hombres y mujeres en función de su procedencia en la dimensión económica-estructural, socio-cultural, discapacidad y salud. . . . .</b>                               | <b>184</b> |
| <b>1.3.1 Diferencias entre hombres y mujeres . . . . .</b>   | <b>184</b> |
| <b>1.3.2 Diferencias en función del género y la procedencia controlando la variable edad . . . . .</b>   | <b>184</b> |
| <b>1.4 Adaptación: análisis de la estructura interna y la validez concurrente del Índice General de Exclusión Social propuesto por Vrooman y Hoff (2013) en una muestra española . . . . .</b> | <b>185</b> |
| <b>1.4.1 Adaptación al castellano del Índice General de Exclusión Social (Vrooman y Hoff, 2013) . . . . .</b>  | <b>185</b> |
| <b>1.4.2 Estructural factorial confirmatorio y validez concurrente . . . . .</b>   | <b>186</b> |
| <b>1.5 Satisfacción vital global y por dominios entre personas que viven en riesgo de exclusión social. . . . .</b>  | <b>186</b> |
| <b>1.5.1 Variables predictoras de la satisfacción vital entre personas en riesgo de exclusión social . . . . .</b>   | <b>187</b> |
| <b>1.6 Análisis del tipo de atribuciones causales y acontecimientos traumáticos entre las personas en riesgo de exclusión social . . . . .</b>   | <b>187</b> |
| <b>2 Limitaciones y fortalezas . . . . .</b>   | <b>189</b> |
| <b>2.1 Limitaciones . . . . .</b>  | <b>189</b> |
| <b>2.1.1 Características de la muestra . . . . .</b>   | <b>189</b> |
| <b>2.1.2 Instrumentos de evaluación y diseño transversal . . . . .</b>   | <b>189</b> |
| <b>2.2 Fortalezas . . . . .</b>  | <b>190</b> |
| <b>2.2.1 Participación de personas en riesgo de exclusión social. . . . .</b>  | <b>190</b> |
| <b>2.2.2 Adecuación del protocolo de evaluación . . . . .</b>  | <b>191</b> |
| <b>2.2.3 Grupos pequeños o entrevistas individuales para administrar el cuestionario . . . . .</b>   | <b>191</b> |

|                 |  |            |
|-----------------|--|------------|
| 2.2.4           | Autorizaciones, convenio y protocolo de colaboración .....   | 191        |
| 2.2.5           | Transferencia del conocimiento a la red de los servicios sociales de la Diputación<br>Foral de Gipuzkoa .....  | 192        |
| <b>3</b>        | <b>Futuras líneas de investigación .....</b>   | <b>193</b> |
| <b>4</b>        | <b>Implicaciones prácticas .....</b>   | <b>194</b> |
| 4.1             | Disminuir el sesgo de género.....  | 194        |
| 4.2             | Dimensión económica-estructural.....   | 194        |
| 4.3             | Salud física y mental .....  | 195        |
| 4.4             | Acceso a los derechos sociales.....  | 196        |
| 4.5             | Promover los recursos personales.....  | 197        |
| 4.6             | Intervención precoz con personas en riesgo de exclusión social.....  | 197        |
| 4.7             | Promover el apoyo social: vínculos comunitarios y voluntariado de proximidad.....  | 198        |
| 4.8             | Intervención con familias.....   | 198        |
| 4.9             | Transferencias sociales como medio para evitar la situación de exclusión social .....  | 199        |
| 4.10            | Evaluación de la exclusión social .....  | 199        |
| <b>5</b>        | <b>Referencias .....</b>   | <b>200</b> |
|                 | <b>ANEXOS .....</b>  | <b>205</b> |
| <b>Anexo 1.</b> | Frecuencias y porcentajes de las variables de estudio procedentes de la<br>versión abreviada del Instrumento de Valoración de la Exclusión Social de<br>los Servicios Sociales del País Vasco..... | 207        |
| <b>Anexo 2.</b> | Autorización del Comité de ética .....   | 211        |
| <b>Anexo 3.</b> | Autorización Lanbide .....   | 213        |
| <b>Anexo 4.</b> | Autorización AGIFES .....  | 215        |
| <b>Anexo 5.</b> | Consentimiento informado y hoja información .....  | 217        |
| <b>Anexo 6.</b> | Protocolo de evaluación .....  | 221        |





# INTRODUCCIÓN



# 1 Introducción

La experiencia de la exclusión social hace referencia a múltiples privaciones que merman la capacidad de las personas para tener una vida digna. Es uno de los principales promotores de las desigualdades en salud (World Health Organization [WHO], 2010), especialmente en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales (Reinhard, et al., 2020). El impacto en la salud es más evidente entre personas con un nivel socioeconómico más bajo (Diderichsen et al., 2012), entre personas en riesgo de exclusión social (Van Bergen et al., 2019), así como entre personas sin hogar (Petrovich et al., 2020). En general, la relación entre la exclusión social y la salud mental está teóricamente sustentada, pero hay escasez de evidencia empírica (Van Bergen, 2022). Por ello, el objetivo principal de esta tesis ha sido profundizar en la relación entre la exclusión social y los problemas de salud mental. En la introducción de esta tesis se desarrolla el concepto de exclusión social, el modelo de exclusión social, la normativa de los servicios sociales en el País Vasco y la situación de exclusión social en el País Vasco. Así mismo, se realiza un breve resumen sobre la relación entre la exclusión social y la salud, ya que este tema se profundiza a lo largo de los cinco estudios. Finalmente se presentan los objetivos de esta tesis.

## 2 La exclusión social

El concepto de exclusión social tuvo su origen en Europa, lo cual explica que un número importante de análisis hagan referencia a este continente (Estivill, 2003). Sin embargo, rápidamente se extendió por todo el mundo, quizá influyó que organismos internacionales como el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaran este concepto (Popay, 2010). En las últimas décadas, el concepto de exclusión social se ha convertido en el centro del debate sobre política social en Europa (Morgan et al., 2007). Las primeras discusiones y análisis sobre la exclusión social surgen en los años 70, como una respuesta a los cambios estructurales y sociales (Estivill, 2003). La literatura señala que fue el secretario de estado francés, René Lenoir, el primero en emplear el término en *Les Exclus* (Lenoir, 1974), para referirse a las personas que estaban fuera del sistema de seguridad social (Burchardt et al., 2002).

De esta forma, el estudio de la exclusión social se expandió y así surgieron nuevos enfoques. La línea de estudio francesa de la exclusión social atribuía mayor importancia a los aspectos sociales necesarios para mantener la cohesión social y la solidaridad (Curran et al., 2007; Silver, 2007). En cambio, la línea angloamericana hacía referencia a los aspectos económicos y estructurales (Runciman, 1966). En Estados Unidos, la exclusión social se asociaba a “grupos marginados” representados por las minorías étnicas, personas aisladas del resto de la sociedad y receptoras de ayudas sociales, a quienes se les responsabilizaba de su precaria situación, debido a su comportamiento antisocial (consumo de drogas e historial delictivo), así como por la falta de voluntad para la búsqueda de empleo y la dependencia del sistema de protección social (Burchardt et al., 2002; Jehoel-Gijsbers, 2004).

En Reino Unido, Townsend empleó la definición de la pobreza y la privación relativa para describir la exclusión social (Morgan et al., 2007). Con el fin de monitorear la exclusión social en la Unión Europea se han realizado diversas listas de indicadores comunes, y estos han sido objeto de críticas en cuanto a su metodología, debido a su énfasis en los aspectos económicos que le restan importancia a los elementos sociales, políticos y culturales. Además de las limitaciones de medidas cuantitativas, se añade que las personas que son afectadas por los procesos de exclusión social con menor medida son contempladas en estas encuestas (Popay et al., 2008).

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) es parte del conjunto de indicadores estadísticos para los países de la Unión Europea, y los resultados son la base para la formulación de estrategias de la política social de los países miembros (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Su objetivo es medir las condiciones de vida a través de la tasa AROPE (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*), la cual hace referencia al riesgo de pobreza, las carencias materiales o la baja intensidad de empleo. El principal foco de esta medición habían sido los aspectos económicos. Sin embargo, en 2021 se informó de un cambio metodológico, el cual respondía a los objetivos de la Estrategia Europa 2030, y se incluyó el aspecto social por primera vez (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Así, según la tasa AROPE, una persona está en riesgo de pobreza o exclusión social cuando presenta al menos una de estas situaciones: riesgo de pobreza, carencia material y social severa, y baja intensidad del empleo. Los resultados de esta encuesta se presentan a través del Informe Anual del Estado de la Pobreza realizado por la European Anti-Poverty Network.

## 2.1 Definición de la exclusión social

A pesar de su extendida y popular aplicación, el concepto de exclusión social sigue siendo inexacto y ha generado ambigüedad, lo cual se ve reflejado en la escasez de estudios empíricos basados en una conceptualización concreta (Bak, 2018; Morgan et al., 2007). Por tanto, el carácter complejo de la exclusión social se pone de manifiesto a nivel teórico y empírico (Raya-Díez, 2005). Por un lado, se pretende medir una compleja realidad multidimensional y dinámica y, por otro, se trata de un término cargado de significados ideológicos (Raya-Díez, 2010). A pesar de la falta de consenso en la definición, la exclusión social presenta características específicas: diversos autores confirman que la exclusión social es un fenómeno multidimensional (Silver, 2007) y dinámico (Laparra Navarro et al., 2007; Silver, 2007), y tiene una dimensión relacional; se trata de un proceso relativo e incluye la agencia (Adam y Potvin, 2017; Atkinson y Hills, 1998; Popay, 2010).

La exclusión social puede entenderse como un cúmulo de problemas que expone a las personas a menos oportunidades de desarrollo (WHO, 2010). Tradicionalmente se ha vinculado a la pobreza y la desigualdad económica (Wright y Stickley, 2013); sin embargo, la exclusión social va más allá. Así lo indica la red de conocimientos sobre exclusión social de la OMS, que define a la exclusión social como un proceso dinámico y multidimensional en el que interactúan cuatro

dimensiones: la económica (ingresos económicos, empleo, vivienda y condiciones de vida), la política (acceso a los derechos y servicios), la social (redes de apoyo social y familiar) y la cultural (aceptación de valores y normas sociales) (WHO, 2014). Este proceso se da fundamentalmente por la limitación en el acceso a los recursos, capacidades y derechos, lo cual lleva a la desigualdad en salud (Popay et al., 2008).

En ese sentido, la pobreza representa un factor que posiciona a la persona en situación de vulnerabilidad y, unido a otras problemáticas, como la mala salud, los problemas familiares o el desempleo, podría empujar a vivir en situación de exclusión social (Subirats et al., 2004). Así, Atkinson y Hills (1998) señalaron que las personas pueden vivir en situación de pobreza sin ser excluidas, y pueden estar socialmente excluidas sin ser pobres. En el contexto del País Vasco, la ley de lucha contra la exclusión social de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) define la exclusión social como la incapacidad de ejercer los derechos sociales como el trabajo y el acceso a la formación, la cultura, la salud, la vivienda digna y la protección social (Ley 12 de 1998).

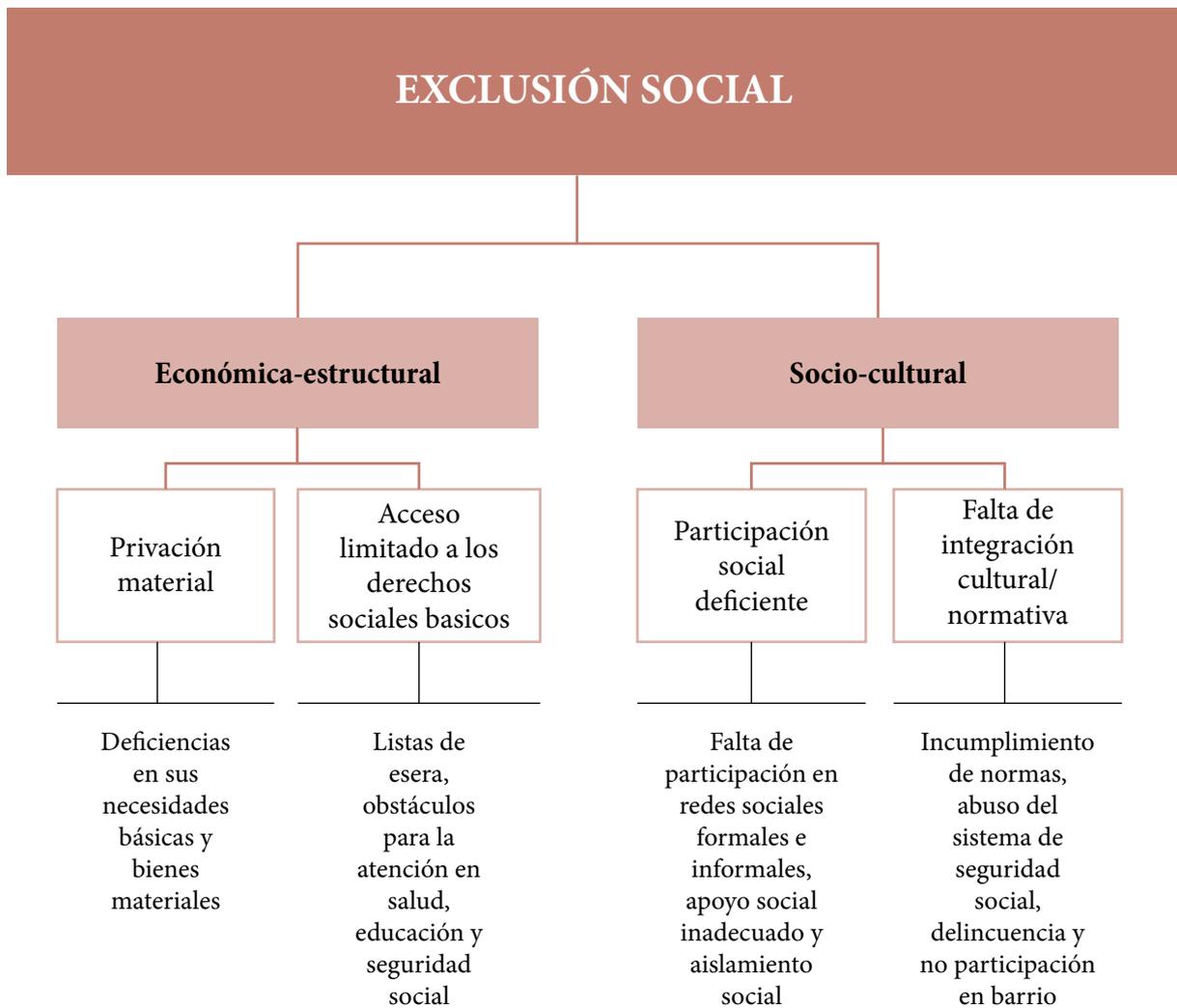
## 2.2 Modelo teórico de la exclusión social

### 2.2.1 *Social Exclusion Index (Jehoel-Gijsbers, 2004)*

El modelo teórico propuesto por Jehoel-Gijsbers (2004) aporta un marco interpretativo que integra los aspectos clave de la tradición angloamericana y la francesa, con el objetivo de desarrollar un concepto teórico y empírico de la exclusión social. Por lo tanto, la exclusión social puede definirse a partir de elementos no materiales, enfatizando la dimensión relacional y los aspectos materiales propios de la dimensión distributiva. Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2004) operacionalizaron la definición mediante un conjunto de cuatro indicadores y posteriormente construyeron un índice, el cual se adaptó en Turquía (Bayram et al., 2011) y en Holanda (Van Bergen et al., 2019). Este es el modelo teórico que se utiliza para contextualizar los estudios que se presentan en esta tesis (ver Figura 1).

**Figura 1**

*Dimensiones y dominios Modelo de exclusión social (Jehoel-Gijsbers, 2004)*



### 2.3 Factores de riesgo de la exclusión social

La exclusión social es una situación que podría vivir cualquier persona, pero hay perfiles que tienen un riesgo mayor de padecerla. Algunos factores de riesgo documentados previamente han sido la privación material, los problemas familiares, el bajo nivel educativo, la experiencia penitenciaria, el ser persona extranjera, el vivir en zonas desfavorecidas, los problemas de salud mental y la situación de discapacidad (Social Exclusion Unit, 2001). Resultados recientes sobre exclusión social en España señalan que el género y la procedencia extranjera están especialmente vinculados a los procesos de exclusión social (FOESSA, 2022a). Otros hallazgos han subrayado la relevancia de variables como la clase social, el acceso a una vivienda, la composición del hogar, la afiliación religiosa y los eventos traumáticos (Levitas et al., 2007). Los resultados indican que, en el análisis empírico, el factor de riesgo que mostraba una correlación más fuerte con la exclusión social era la salud, concretamente, el bienestar psicológico (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004).

## 3 Exclusión social grave y personas sin hogar

### 3.1 Clasificación ETHOS

Si bien es difícil determinar empíricamente los niveles de la exclusión social, hay un consenso en la literatura sobre la gravedad que reviste la situación de las personas que viven sin hogar. Por tanto, las personas sin hogar, representan el nivel más grave de la exclusión social, ya que viven en situación de pobreza, se ven afectados por una elevada desvinculación social y familiar, así como dificultades en la inserción laboral y con mayor frecuencia padecen de problemas de salud física y mental (Panadero y Vázquez, 2016). Se entiende por persona sin hogar a todas aquellas que no tienen los medios, por razones económicas o sociales, para acceder o conservar un alojamiento en condiciones adecuadas y permanentes, el cual proporcione un espacio estable para la convivencia (Avramov, 1995).

La tipología ETHOS permite visibilizar la variabilidad de las situaciones de exclusión grave, específicamente la exclusión residencial. Generalmente, se tiende a considerar únicamente aquellas situaciones que son más visibles, como las personas sin hogar, por lo que quedan de lado problemas que entrañan especial gravedad (Emakunde, 2016). La falta de vivienda es la imagen más extrema de la exclusión social severa. Según datos recientes, el 4.3% de los hogares en la Unión Europea se enfrentan a condiciones de privación de la vivienda; y el 17.5% viven en condiciones de hacinamiento (FEANTSA, 2022). En la Tabla 1, se muestran las categorías conceptuales y la definición operacional. Considerando la clasificación ETHOS, las personas que son beneficiarias de ayudas a la vivienda como: recursos residenciales, albergues y viviendas protegidas; se consideran personas sin vivienda.

**Tabla 1***Tipología Europea sobre personas sin hogar (ETHOS)*

| CATEGORÍA CONCEPTUAL       | DESCRIPCIÓN   |
|----------------------------|---|
| <b>Sin techo</b>           | 1 Personas que viven en un espacio público (a la intemperie)  |
|                            | 2 Pernoctar en un refugio nocturno y/o se ve obligado a pasar varias horas al día en un espacio público |
| <b>Sin vivienda</b>        | 3 Personas que viven en albergues para gente sin hogar  |
|                            | 4 Personas en refugios para mujeres   |
|                            | 5 Personas en alojamientos para solicitantes de asilo e inmigrantes                                     |
|                            | 6 Personas en instituciones de internamiento o que saldrán de internamiento                             |
|                            | 7 Personas en alojamiento a largo plazo para personas con experiencia de sinhogarismo                   |
| <b>Vivienda insegura</b>   | 8 Personas que viven en alojamiento inseguro  |
|                            | 9 Personas amenazadas con notificación legal de abandono de la vivienda                                 |
|                            | 10 Personas que viven bajo amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja                  |
| <b>Vivienda inadecuada</b> | 11 Personas que viven en una estructura temporal (por ejemplo: chabola)                                 |
|                            | 12 Personas que viven en una vivienda no apropiada  |
|                            | 13 Vivir en una vivienda masificada   |

Fuente: FEANTSA (2022)

## DEFINICIÓN DE CATEGORÍA

- |      |  |
|------|--|
| 1.1  | • Durmiendo en la calle  |
| 2.1  | • Albergue nocturno  |
| 3.1  | • Albergue para personas sin hogar de corta estancia   |
| 3.2  | • Alojamiento temporal (sin tiempo definido)   |
| 3.3  | • Alojamiento temporal (Período determinado)   |
| 3.4  | • Alojamiento temporal (Larga estancia)  |
| 4.1  | • Alojamiento colectivo  |
| 4.2  | • Alojamiento con apoyo / Vivienda tutelada  |
| 5.1  | • Centros de acogida   |
| 5.2  | • Alojamiento para trabajadores/as inmigrantes   |
| 6.1  | • Instituciones penales  |
| 6.2  | • Otras instituciones de cuidados (infantil) o médicas                                       |
| 7.1  | • Atención residencial para personas sin hogar   |
| 7.2  | • Alojamiento con apoyo (individual o grupal)  |
| 7.3  | • Hogares para jóvenes   |
| 7.4  | • Menores en acogida   |
| 8.1  | • Viviendo temporalmente con la familia o los amigos, debido a la falta de vivienda propia   |
| 8.2  | • Sin contrato de alquiler   |
| 8.3  | • Ocupación de un terreno de forma ilegal  |
| 9.1  | • Orden legal de desahucio (alquiler)  |
| 9.2  | • Órdenes de devolución (embargo)  |
| 10.1 | • Viviendo bajo amenaza de violencia, los hechos se comprueban con denuncias ante la policía |
| 11.1 | • Casa móvil / caravana (usada como domicilio permanente)                                    |
| 11.2 | • Viviendas no convencionales (chabolas o chozas)  |
| 11.3 | • Estructuras temporales sin autorización  |
| 12.1 | • Habitáculos impropios para ser usados como vivienda por seres humanos                      |
| 13.1 | • Por encima de las normas nacionales de hacinamiento  |

## 4 Marco legal y normativo de la exclusión social en el Sistema Vasco de Servicios Sociales

Un elemento clave para prevenir y revertir los procesos de exclusión social es la provisión universal de servicios básicos de calidad (atención médica, acceso a la educación y protección social) financiados con fondos públicos (Popay, 2010). Precisamente, uno de los indicadores más relevantes que mide el grado de desarrollo del estado de bienestar es una red óptima y funcional de servicios sociales (Dehesa, 2016). En la última década, ha habido un cambio en la conceptualización de la protección social, con el objetivo de ir más allá de satisfacer las necesidades básicas y contribuir al bienestar de las personas (Babajanian y Hagen-Zanker, 2012). Tradicionalmente, los servicios sociales se han asociado a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, con lo que se ha atribuido un estigma a las personas que acceden a estos (Dehesa, 2016). Los servicios sociales están regulados por la política pública social y se orientan a ofrecer respuesta a las necesidades del conjunto de la población (Fantova, 2017). Por lo tanto, no están especialmente vinculados a las personas con ingresos económicos bajos o grupos vulnerables, dado que responden a un derecho social y la justicia social.

### 4.1 Delimitación de la actuación de los Servicios Sociales en el País Vasco

En el contexto del País Vasco, la Ley 12 de Servicios Sociales, 2008 delimita y provee de un marco para comprender el perímetro de actuación que les corresponde a los servicios sociales (Fantova, 2017). Esta ley define el Sistema Vasco de Servicios Sociales como una red articulada de atención de responsabilidad pública, cuyo objetivo es promover, con base en la coordinación con otros sistemas y políticas públicas, la integración social y la autonomía entre las personas (artículo 5.1). A través de esta Ley se garantiza el acceso a las prestaciones y servicios del catálogo de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales como un derecho universal y subjetivo (artículo 2).

En ese sentido, en la Ley de servicios sociales, se describe el funcionamiento y estructura del Sistema Vasco de Servicios Sociales en dos niveles de atención:

Servicios sociales de atención primaria (artículo 22.1). La competencia de estos servicios corresponde a los ayuntamientos a través de los servicios sociales municipales y su función es atender situaciones de urgencia o desprotección social, lo que incide especialmente en situaciones de riesgo.

En cuanto a los servicios sociales de atención secundaria (artículo 22.2), la prestación de estos servicios es competencia de los servicios sociales forales, los cuales atienden las situaciones de exclusión, dependencia o desprotección. Ello consiste en una intervención educativa orientada a la inserción social y se lleva a cabo por profesionales cualificados. En el Decreto 185/2015 y en el Decreto Foral 5/2014, se establecen los servicios que se vinculan a la red de servicios sociales de atención secundaria (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

*Servicios de inclusión social en la red de atención secundaria*

| CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Art. 2.1</b>                      | Servicio de valoración                               |
| <b>Art. 2.2.2</b>                    | Servicio ocupacional                                 |
| <b>Art. 2.2.3</b>                    | Centro de día  |
| <b>Art. 2.3.2</b>                    | Centro de atención nocturna                          |
| <b>Art. 2.4.4</b>                    | Pisos de emancipación                                |
| <b>Art. 2.4.5</b>                    | Centros residenciales                                |
| <b>Art. 2.6</b>                      | Servicio de coordinación a urgencias sociales (SFUS) |
| <b>Art. 2.7.3.1</b>                  | Programa de acompañamiento                           |

*Elaboración propia a partir de (Larrión et al., 2019)*

## 4.2 Requisitos de acceso a los servicios de la red de servicios y programas de inclusión social

Ahora bien, en el Decreto Foral 5 de 2014, se sientan las bases para describir y delimitar la red de servicios y programas de inclusión social competencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Los recursos y servicios están dirigidos a personas y familias que se encuentran en situación de exclusión social y que muestran disposición para realizar un itinerario de inclusión social. Asimismo, las personas que pueden acceder a los recursos de inclusión social de la red secundaria son quienes están entre los 18 y 64 años, los empadronados en Gipuzkoa (seis meses de anterioridad), los que presentan un grado de exclusión social medido con el instrumento de valoración de la exclusión social, los que muestran la aceptación a la intervención social, los que presentan un estado de salud que no precisa de asistencia médica especializada y continuada, los que tienen autonomía para realizar actividades de la vida diaria, los que no padecen de trastorno mental grave que impida el proceso de inclusión social y los que no sufren de trastornos de conductas graves.

## 4.3 Instrumentos: diagnóstico social y valoración de la exclusión social

Por otra parte, los instrumentos comunes de diagnóstico social y valoración de la exclusión social se regulan por el Decreto 353 de 2013 y el Decreto 385 de 2013. El modelo de diagnóstico social es un instrumento que permite registrar e integrar los indicadores que recaban los servicios sociales de base sobre las personas solicitantes de servicios, y contiene datos como el perfil de las personas usuarias, el motivo por el que buscan los servicios sociales, la primera valoración por las profesionales de los servicios sociales de base y las conclusiones diagnósticas para ubicar a la persona en una de estas posiciones: situación social adecuada, situación social de vulnerabilidad o riesgo, y situación social deficitaria. Además, este consta de 171 indicadores, organizados en cinco ámbitos vitales: económico, convivencial, personal, salud y social.

El instrumento de valoración de la exclusión social del Sistema Vasco de Servicios Sociales tiene como objetivo medir la exclusión social de forma uniforme en la CAPV (ver Tabla 3). En este instrumento la exclusión social se define como un fenómeno social de origen estructural y multidimensional, un proceso dinámico y heterogéneo. La exclusión social se entiende como una categoría diagnóstica, valorada por la posición social de la persona. Las categorías diagnósticas que proporciona el instrumento son las siguientes.

- Situación de inclusión social: se considera que una persona se encuentra en esta situación cuando tiene un acceso adecuado a los sistemas de protección y cuenta con habilidades y capacidades personales y sociales.
- Riesgo de exclusión social: se considera que una persona vive esta situación cuando existe una precarización en el ámbito de vivienda, salud, situación económica, acceso al empleo, acceso a la protección social y recursos personales para la formación. El riesgo de vivir en situación de exclusión social se incrementa en la medida en que la precarización afecta sus recursos personales y relacionales.
- Situación de exclusión social: una persona vive esta situación cuando sus condiciones de vida se ven limitadas por carencias acumulativas en sus recursos personales, relacionales y materiales.

**Tabla 3**

*Ámbito vital y dimensiones del Instrumento de Valoración de la Exclusión Social*

| ÁMBITO VITAL                            | DIMENSIONES   |
|---|---|
| <b>Convivencial</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de alojamiento y vivienda</li> </ul>   |
| <b>Económico, laboral y residencial</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación económica</li> <li>• Situación laboral y ocupacional</li> <li>• Situación residencial</li> </ul> |
| <b>Personal</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación, formación y capacitación</li> <li>• Recursos personales para el empleo</li> </ul>               |
| <b>Salud</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación de salud</li> <li>• Situación de discapacidad, incapacidad laboral y dependencia</li> </ul>      |

*Adaptada del Decreto 385/2013*

Después de realizar el diagnóstico social y la valoración específica, se asigna a un profesional de referencia para llevar un seguimiento de caso, quien ha de elaborar el Plan de Atención Personalizada con base en los objetivos y acciones. En el artículo 20 del Decreto 185 de 2015 se señala que el Plan de Atención Personalizada define el conjunto de servicios y prestaciones que se han determinado para garantizar la atención a las necesidades individuales en el itinerario de inclusión social.

## 5 La evolución de la situación de exclusión social en el País Vasco

En el País Vasco la situación actual en relación a la exclusión social es sustancialmente mejor en comparación al conjunto de España. El 58% de la población vasca se encuentra en situación de integración plena frente al 42.2% en el conjunto del Estado (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Indicadores relacionados con la situación de exclusión social: País Vasco y España (2022)*

| INDICADORES                      | PAÍS VASCO | ESPAÑA |
|----------------------------------|------------|--------|
| <b>Integración plena</b>         | 58%        | 42.2%  |
| <b>Integración precaria</b>      | 26.1%      | 34.3%  |
| <b>Exclusión social moderada</b> | 7.3%       | 10.7%  |
| <b>Exclusión social severa</b>   | 9%         | 12.7%  |

*Nota. Adaptado de FOESSA, 2022b.*

Sin embargo, pese a que hay una mejor situación en País Vasco en cuanto a los niveles de integración social, datos recientes alertan del notable aumento de las tasas de exclusión social severa entre 2018 y 2021 (FOESSA, 2022b). Según el Informe sobre exclusión y desarrollo social en Euskadi, entre un 8% y un 15% de la población vasca se ve afectada por el desempleo, los empleos precarios e inestables, los gastos excesivos de vivienda y la limitación en la participación política y social (FOESSA, 2022b). Además, los datos destacan el crecimiento de las situaciones de exclusión social entre la población sin ingresos económicos, en familias numerosas y entre personas extranjeras. Pese al aumento de la cobertura del sistema vasco de garantía de ingresos (renta de garantía de ingresos, ayudas de emergencia social y la prestación complementaria a la vivienda) y la puesta en marcha del Ingreso Mínimo Vital (IMV), según estos datos el 73% de las personas que viven en situación de pobreza severa en Euskadi son personas beneficiarias de la renta de garantía de ingresos.

## 6 La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental

La literatura científica ofrece resultados que apoyan la relación entre la exclusión social y los problemas de salud general entre la población en riesgo de exclusión social (Van Bergen et al., 2019). Dicha exclusión hace referencia a la acumulación de desventajas que se asocian a una mayor prevalencia de problemas de salud y, por tanto, a una mayor necesidad de atención sanitaria (Van Bergen et al., 2021). Estudios previos señalan que, los problemas de salud mental son un factor relevante en el inicio de la situación de sin hogar (Muñoz et al., 2004). Por otro lado, las personas con problemas de salud mental se ven expuestas a vivir procesos de discriminación por su condición de salud (Boardman, 2011). Por tanto, se podría afirmar que, la relación entre la exclusión social y los problemas de salud mental es bidireccional.

### 6.1 Los problemas de salud mental como causa de la exclusión social

Diversos estudios se han enfocado en determinar la relación entre la exclusión social y los problemas de salud (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2008; Sacker et al., 2017; Urbanos-Garrido, 2012; Van Bergen et al., 2019, 2021). La evidencia indica que padecer una problema de salud mental y sufrir una discapacidad elevan el riesgo de vivir en situación de exclusión social (Boardman, 2011; Panadero y Pérez-Lozao, 2014). Por ejemplo, los problemas de salud mental en la edad temprana se asocian a una trayectoria de exclusión, a través de la menor participación en la educación superior, la exclusión de la sociedad civil, el mayor riesgo de contacto con el sistema penal, la victimización, la peor salud física, la pobreza y la falta de vivienda, y la reducción de la esperanza de vida (Evans-Lacko et al., 2014). La falta de interacción social podría constituir un problema central para las personas que sufren enfermedades mentales, incluido el trastorno depresivo mayor (Mueller et al., 2016). Por todo ello, el perfil de una persona con trastorno mental grave se asocia a un bajo nivel de calidad de vida (Navarro et al., 2008). Otros autores encontraron que las personas sin hogar (máxima expresión de exclusión social) con trastornos psicológicos graves y crónicos en Europa habían tenido sus primeros indicios de trastorno mental en una fase previa a la pérdida de vivienda (Muñoz et al., 2004).

## 6.2 Determinantes sociales en la salud mental

La salud mental está determinada por aspectos sociales, económicos y físicos los cuales operan a lo largo de la vida (WHO, 2014). Un creciente número de investigación ha explorado la influencia de los determinantes sociales, principalmente la posición socioeconómica en las desigualdades de la salud (Marmot, 2001, 2005; Pickett y Wilkinson, 2015; Wilkinson y Pickett, 2006). Por tanto, la exclusión social podría influir en el desarrollo de trastornos mentales, porque hay abundantes evidencias de que el hecho de pertenecer a un nivel socioeconómico bajo (escasos recursos económicos, infravivienda y bajo nivel educativo) predispone a tener problemas de salud mental (Campo-Arias y Cassiani, 2008). De la misma manera, en la población general se ha comprobado que las condiciones socioeconómicas desfavorables impactan negativamente en la salud mental (Bones et al., 2010). En una revisión hecha en países de bajos ingresos económicos, se encontró que había una asociación entre los indicadores de pobreza y el riesgo de padecer problemas de salud mental (Patel y Kleinman, 2003). Además, se comprobó que en los países con elevados índices de desigualdad económica hay una mayor prevalencia de depresión (Patel et al., 2018). En general, el deterioro psicológico es un fenómeno en el cual operan múltiples determinantes ambientales, colectivos y sociales (Barrón y Sánchez, 2001). Los determinantes sociales de los problemas de salud mental hacen referencia a las condiciones sociales y económicas que influyen en la prevalencia y la gravedad de los problemas de salud mental (Lund et al., 2018). Estos efectos pueden explicarse a través de las diferencias en cuanto a la: exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias diferenciales, partiendo del conocimiento que las personas que ocupan una posición social inferior se verán expuestas a más factores de riesgo que promuevan el desarrollo y mantenimiento de los problemas de salud (Diderichsen et al., 2012).

## 6.3 Exclusión social grave y problemas de salud mental

Estudios entre personas sin hogar, condición que representa el máximo nivel de exclusión social, revelaron una estrecha relación entre la exclusión social grave y la presencia de problemas de salud mental y física (Petrovich et al., 2020), al igual que un mayor consumo de alcohol y otras drogas (Fazel et al., 2008; Ibabe et al., 2014; Roca et al., 2019) y más presencia de situaciones de discapacidad (Panadero y Pérez-Lozao, 2014).

En general, el concepto de exclusión social es útil para comprender la experiencia social de las personas que padecen un problema de salud mental, por ello es necesario profundizar en los mecanismos que contribuyen a la disminución del estigma asociado a los problemas de salud mental

y a la exclusión social, de forma que se potencialice la resiliencia de las personas que lo padecen (Evans-Lacko et al., 2014).

## **6.4 Bienestar psicológico entre personas en riesgo de exclusión social**

El bienestar psicológico es un elemento determinante en la calidad de vida; se entiende como un estado pleno de salud. Por lo tanto, para un abordaje integral de la situación de exclusión social y los trastornos mentales, es fundamental implementar estrategias orientadas a potencializar los recursos y fortalezas de las personas (Escarbajal-Frutos et al., 2014). Por un lado, el apoyo social y la calidad de las relaciones han demostrado tener un efecto positivo en la satisfacción con la vida (Biswas-Diener y Diener, 2006). El efecto protector del apoyo social ante los efectos de la desigualdad económica ha sido respaldado por resultados previos (Drukker et al., 2004; Fone et al., 2013). Por lo que, una sociedad cohesionada y que permite el acceso a los recursos a los más desfavorecidos tiene un impacto positivo en la promoción de la salud mental de sus miembros (Morgan et al., 2007).

## 7 Síntesis del contenido de la tesis

Esta tesis doctoral está compuesta de cinco estudios. Para ello, se recogieron dos tipos de muestra durante el proceso de tesis. La primera muestra corresponde a personas usuarias de programas y servicios de la red de inclusión social de los Servicios Sociales. Participaron ( $N= 1031$ ) personas. Los datos proceden de historiales de atención, en base a los instrumentos de diagnóstico social y el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social. Los datos se recogieron en 2017. Estos datos aportaron información sobre el perfil clínico, características socio-demográficas, apoyo social y salud mental de la población en riesgo de exclusión social, analizada en los estudios 1 y 2.

La segunda muestra corresponde a tres grupos diferenciados: personas usuarias de programas y servicios de inclusión social de los Servicios Sociales ( $n= 163$ ), personas con problemas de salud mental que participan en recursos comunitarios de la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [AGIFES] ( $n= 36$ ) y personas en situación de desempleo ( $n= 9$ ). Los datos se recogieron a través de un protocolo de evaluación que incluía instrumentos estandarizados y adaptados a población española para medir los síntomas psicopatológicos (Bastiaens y Galus, 2018; Sandín et al., 2013), la satisfacción vital (Diener et al., 1985), una amplia lista de indicadores para medir la privación material, el acceso a los derechos sociales, el apoyo social y la participación social. La muestra se recogió en 2019. Estos datos fueron útiles para profundizar en las características y procesos psicológicos como la satisfacción vital, la atribución de causalidad y significados de la exclusión social de las personas atendidas en diferentes programas comunitarios. También, se ha dirigido a probar el Modelo de la exclusión social y la adaptación del instrumento propuesto por Vrooman y Hoff (2013) en población española. El acceso a los datos fue posible mediante un convenio específico para el desarrollo de un proyecto formativo entre la Escuela de Máster y Doctorado de la Universidad del País Vasco y la Diputación Foral de Gipuzkoa (2017-2018) y posteriormente, a través de un Protocolo de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Universidad del País Vasco, para desarrollar el proyecto de investigación: la exclusión social y su relación con los problemas de salud mental (2018-2022), así como autorizaciones por parte de AGIFES y Lanbide. Estos datos se utilizaron en los estudios 3, 4 y 5.

A lo largo de esta tesis nos referimos a *personas en riesgo de exclusión social*, haciendo referencia a la condición de vivir en riesgo y/o en situación de exclusión social, concepción útil para definir la posición social de las personas que participan en programas y servicios de inclusión social de

los servicios sociales (Decreto 385 de 2013). Las razones para el empleo de este término son las siguientes: en primer lugar, hace referencia a una categoría menos estigmatizante para las personas que lo viven y, por otro lado, la exclusión social hace referencia a un proceso dinámico, por lo que, una persona puede desplazarse en la condición de riesgo y exclusión social fácilmente. Sumado a esto, la muestra abarca una variedad de perfiles. Por ejemplo, una parte de nuestra muestra, son personas con problemas de salud mental y en situación de desempleo que no tienen una valoración específica mediante el instrumento de valoración de la exclusión social.

## 8 Síntesis del contenido abordado en cada estudio

### ESTUDIO 1:

#### Personas en riesgo de exclusión social: salud mental, factores estructurales-económicos y factores socio-culturales

##### Objetivos

1. Determinar el perfil clínico de las personas de origen español en riesgo de exclusión social, teniendo en cuenta las tasas de prevalencia de los problemas de salud mental y categorías diagnósticas según la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-10).
2. Analizar la situación de las mujeres respecto a la de los hombres en riesgo de exclusión social, en cuanto a la dimensión económica-estructural, de salud y autonomía funcional, y socio-cultural.
3. Obtener un modelo predictivo de los problemas de salud de las personas en riesgo de exclusión social en base a las dimensiones de la exclusión social (económica a-estructural, socio-cultural y autonomía funcional).

En este estudio la muestra estuvo compuesta por personas españolas de origen español, porque el perfil sociodemográfico de las personas autóctonas e inmigrantes en riesgo de exclusión social suele ser diferente, y se ha optado por estudiar las especificidades de la población autóctona. La muestra estaba compuesta por 597 personas autóctonas en riesgo de exclusión social. El 30.5% de la muestra corresponde a mujeres entre 18 y 60 años. Se obtuvieron los porcentajes correspondientes a las categorías diagnósticas según el CIE-10. Posteriormente, se realizó una matriz de correlaciones y finalmente, se realizaron tres modelos de regresión, en base a tres variables criterio asociadas a los problemas de salud.

## ESTUDIO 2:

### Salud mental y física de las personas en riesgo de exclusión social: género y condición de inmigrante

#### Objetivos

El objetivo principal de este estudio era explorar las diferencias en la dimensión económica-estructural, socio-cultural y situación de salud de las personas de acuerdo con el género y el lugar de procedencia. En base a este objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres en función de su procedencia en la dimensión económica-estructural, socio-cultural, discapacidad y salud (física y mental), controlando la variable de edad.
2. Proponer un modelo predictivo de los problemas de salud (trastorno mental y salud física) a partir de la dimensión económica-estructural, socio-cultural, autonomía funcional y características sociodemográficas en función del género.

La muestra estuvo compuesta por 978 personas en riesgo exclusión social entre 18 y 60 años. El 75% del total de participantes eran hombres y el 76% estaban soltero/as. En cuanto a la procedencia, el 39% de las personas eran inmigrantes de las cuales el 90% eran de origen extracomunitario. Se realizaron análisis para la comparación de medias entre el género y la procedencia. Posteriormente, se realizaron análisis de la covarianza (ANCOVAs) analizando la edad como covariable y se examinaron los efectos simples para analizar la interacción. Finalmente, se ejecutaron dos modelos de regresión (logística binaria y regresión lineal) en base a las variables de trastorno mental y problemas de salud mental.

### ESTUDIO 3:

## Análisis de las propiedades psicométricas del índice general de exclusión social

### Objetivos

El objetivo principal de este estudio era adaptar al castellano y consiguiente validación del Índice General de Exclusión Social propuesto por Vrooman y Hoff (2013) a la población española. Concretamente se pretendía:

1. Examinar si el modelo de cuatro factores (Privación material, Participación social limitada, Falta de integración normativa, Acceso limitado a los derechos sociales básicos) encontrado en la versión abreviada del instrumento se adapta a la población española en riesgo de exclusión social.
2. Presentar evidencias de la fiabilidad del instrumento, así como su validez concurrente analizando sus relaciones con los autoinformes de los/as participantes en cuanto a la salud física y mental.

La muestra estuvo compuesta por 208 personas en riesgo exclusión social. Las y los participantes de este estudio procedieron de tres grupos diferentes: recursos de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa ( $n = 163$ ), centros de la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [Agifes] ( $n = 36$ ) y personas de la población general en situación de desempleo quienes no eran beneficiarios/as de ayudas y/o programas de los servicios sociales ( $n = 9$ ). Se ha llevado a cabo un proceso de traducción inversa de los 15 ítems siguiendo la recomendación de Hambleton y Patsula (1999) en la adaptación de un instrumento de medida de una cultura a otra. Posteriormente, se realizaron los análisis correspondientes para identificar el número y la composición de las variables latentes, a través del método de extracción de rotación Varimax del Instrumento. Posteriormente, se calculó el coeficiente KMO. Asimismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio. Finalmente, se evaluó la validez concurrente.

## ESTUDIO 4:

### Satisfacción con la vida global entre personas en riesgo de exclusión social

#### Objetivos

El objetivo principal de este estudio era analizar la satisfacción vital global y en función de las áreas (ingresos económicos, amigos/as, trabajo y con su persona) entre las personas en riesgo de exclusión social. . Los objetivos específicos fueron:

1. Analizar el nivel de satisfacción vital y de privación material, estado de salud, acceso a los derechos sociales y a los servicios de salud, así como apoyo social y participación social.
2. Obtener un modelo predictivo de la satisfacción vital en función de variables sociodemográficas, la privación material, el estado de salud, el acceso limitado a los derechos sociales, y servicios de salud, el apoyo social y de la participación social.

La muestra estuvo compuesta por 208 personas en riesgo de exclusión social. En su mayoría fueron hombres (72%), la mediana etaria era de 44 y el 57% eran personas autóctonas. De las personas extranjeras (42.8%), el 89.7% eran de origen extracomunitario. El 86% no tenía empleo, el 60.2% indicó que no tenía ingresos económicos o que tenían menos de 650 € al mes y el 74% señaló que no tenía capacidad de subsistencia. Se realizó un análisis de ANOVA de un factor para examinar la satisfacción vital dependiendo del número de ayudas recibidas. Asimismo, se realizaron análisis de comparación de medias en las variables de interés y satisfacción vital. Finalmente, se ejecutó un modelo de regresión lineal en función de la satisfacción con la vida global.

## ESTUDIO 5:

### Atribución de casualidad y significados de la exclusión social en las personas atendidas en programas comunitarios

#### Objetivos

El objetivo principal de este estudio era analizar el tipo de atribución causal del vivir en riesgo de exclusión social (individuales, estructurales y fatalistas) que las personas en riesgo de exclusión social hacen en referencia a su propia situación. Los objetivos específicos planteados fueron:

1. Analizar el tipo de atribución causal de la situación de exclusión social (individuales, estructurales y fatalistas) en función del tipo de servicio, el género y la procedencia de las personas en riesgo de exclusión social atendidas en diversos programas comunitarios.
2. Estudiar el tipo de acontecimientos traumáticos y significados que las personas en riesgo de exclusión social señalan como explicación de su situación actual.

Se realizó una investigación descriptiva y exploratoria con un enfoque cualitativo para profundizar en las atribuciones causales que las personas en riesgo de exclusión realizan de su situación y los significados que les atribuyen. La muestra estuvo compuesta por 127 personas en riesgo de exclusión social atendidas en diversos centros y programas comunitarios. El 55.1% son personas autóctonas y el 44.9% son personas extranjeras, cuya edad oscilaba entre los 18 y 60 años. Se les formulaba la siguiente pregunta abierta: ¿Qué situaciones o causas cree que le han llevado a encontrarse en la situación actual? El estudio se complementó con la información extraída de 33 entrevistas para profundizar en los significados atribuidos a su situación de exclusión social.

## 4 Referencias

- Adam, C. y Potvin, L. (2017). Understanding exclusionary mechanisms at the individual level: A theoretical proposal. *Health Promotion International*, 32(5), 778–789. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw005>
- Atkinson, A. y Hills, J. (1998). Exclusion, Employment and Opportunity. Center for Analysis of Social Exclusion (CASE).
- Avramov, D. (1995). *Homelessness in the European Union: Social and legal context of housing exclusion in the 1900s*. FEANTSA.
- Babajanian, B. y Hagen-Zanker, J. (2012). *Social protection and social exclusion: an analytical framework to assess the links*. Overseas Development Institute.
- Bak, C. (2018). Definitions and Measurement of Social Exclusion—A Conceptual and Methodological Review. *Advances in Applied Sociology*, 08(05), 422–443. <https://doi.org/10.4236/aasoci.2018.85025>
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17–23.
- Bastiaens, L. y Galus, J. (2018). The DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure as a screening tool. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 111–115.
- Bayram, N., Aytac, S., Aytac, M., Sam, N. y Bilgel, N. (2011). Measuring social exclusion: a study from Turkey. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2(3), 285–298. <https://doi.org/10.5901/mjss.2011.v2n3p285>
- Biswas-Diener, R. y Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185–205. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8671-9>
- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health - How people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112–121. <https://doi.org/10.1108/20428301111165690>
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389–395.
- Burchardt, T., Le Grand, J. y Piachaud, D. (2002). *Degrees of exclusion: developing a dynamic, multidimensional measure*. Oxford University Press.
- Campo-Arias, A. y Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598–613.
- Comisión Europea. (2010). *La plataforma europea contra la pobreza y la exclusión social: un marco europeo para la cohesión social y territorial*. Comisión Europea.
- Curran, C., Burchardt, T., Knapp, M., McDaid, D. y Li, B. (2007). Challenges in multidisciplinary systematic reviewing: a study on social exclusion and mental health policy. *Social Policy and Administration*, 41(3), 289–312. <https://doi.org/10.1111/j.1467>
- Dehesa, F. (2016). De la beneficencia pública al Sistema Vasco de Servicios Sociales. *Gaceta Médica Bilbao*, 113(2), 45–53.
- Decreto 353 de 28 de mayo de 2013. Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Boletín Oficial N° 121. País Vasco.
- Decreto 385 de 16 de julio de 2013. Por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social. Boletín Oficial N° 149. País Vasco.

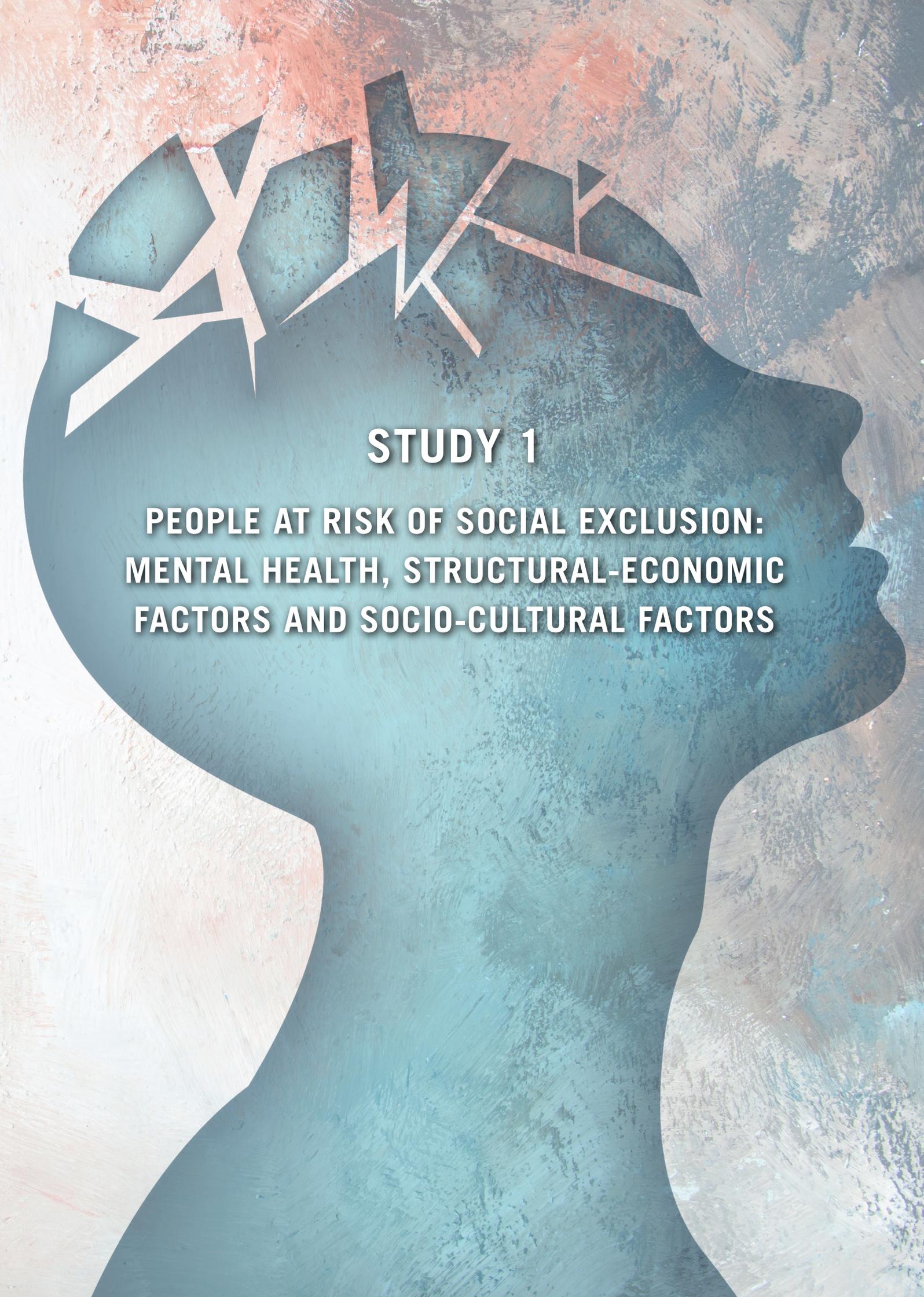
- Decreto Foral 5 de 4 de marzo de 2014. Por el que se regula el procedimiento de acceso a los recursos de inclusión social de atención secundaria dependientes de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Boletín Oficial N° 52. País Vasco.
- Decreto 185 de 6 de octubre de 2015. De cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Boletín Oficial N° 206. País Vasco.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F., Jeune, B., Jørgensen, T. y Sogaard, J. (2012). Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12-105. <https://doi.org/10.1177/1403494812457734>
- Emakunde. (2016). *La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género*.
- Estivill, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias*. Oficina Internacional del Trabajo.
- Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T. y López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Anales de Psicología*, 30(2), 541-548. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>
- Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A., Brunn, M., Byford, S., Chevreul, K., Forsman, A., Gulacsi, L., Haro, J., Kennelly, B., Knappe, S., Lai, T., Lasalvia, A., Miret, M., O'Sullivan, C., Obradors-Tarrago, C., ... Thornicroft, G. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381-389.
- Fantova, F. (2017). Servicios sociales e inclusión social: análisis y perspectivas en el País Vasco. *Zerbitzuan*, 64, 9-32. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.01>
- Fazel, S., Geddes, J. y Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. y Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), 1-2. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- FEANTSA. (2022). *Seventh overview of housing exclusion in Europe*. FEANTSA.
- Fernández, G. (2019). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2019*. FOESSA.
- FOESSA. (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. FOESSA.
- FOESSA. (2022b). *Informe sobre exclusión y desarrollo social Euskadi*. Fundación
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta de Condiciones de Vida*. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2020.pdf)
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* [Social exclusion in the Netherlands]. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jehoel-Gijsbers, G. y Vrooman, M. (2004). *Social exclusion in the Netherlands*. Social and Cultural Planning Office.
- Jehoel-Gijsbers, G. y Vrooman, C. (2008). *Social Exclusion of the Elderly* (ENEPRI Research report No 57). European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Llano, J. (2022). *XII Informe: El estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030. 2015-2021*. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-2022-compilado.pdf>

- Laparra, M., Sarasa Urdiola, S., Obradors Pineda, A., Pérez Eransus, B., Renes Ayala, V., Subirats, J., Pérez Yruela, M. y Trujillo Carmona, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión: implicaciones metodológicas. *Revista Española Del Tercer Sector*, 5, 15–58.
- Larrion, B., Leturia, F. J., Zalakain, J. y Zabaleta, N. (2019). Elkar-EKIN: (Re)construyendo en común la red de servicios sociales para la inclusión en Gipuzkoa. *Zerbitzuan*, 67, 51–66. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.67.04>
- Lenoir, R. (1974). *Les Exclus*. Seuil.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. y Patsios, D. (2007). *The multidimensional analysis of social exclusion*. Bristol University of Bristol.
- Ley 12 de 22 de mayo de 1998. Por la cual se crea la Ley contra la Exclusión Social. País Vasco.
- Ley 12 de 5 de diciembre de 2008. Por la cual se promueve y garantiza en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho a las prestaciones y servicios de servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco. País Vasco.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V. y Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
- Marmot, M. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 322(7296), 1233-1236. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1233>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V. y Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 477–483. <https://doi.org/10.1192/bip.bp.106.034942>
- Mueller, S., Rubeis, J., Lange, D., Pawelzik, M. y Sutterlin, S. (2016). Sensitive to social exclusion in major depressive disorder predicts therapeutic outcome after inpatient treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(1), 50–52. <https://doi.org/10.1159/000437147>
- Muñoz, M., Pérez, E. y Panadero, S. (2004). Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. *Rehabilitación Psicosocial*, 1(2), 64–72.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3).
- Panadero, S. y Pérez-Lozao, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 7-26. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104>
- Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situación de las personas sin hogar y en riesgo de exclusión social en Madrid*. Universidad de Alcalá.
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>
- Patel, V., Burns, J., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. y Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76-89. <https://doi.org/10.1002/wps.20492>

- Petrovich, J., Hunt, J., North, C., Pollio, D. y Roark, E. (2020). Comparing unsheltered and sheltered homeless: demographics, health services use and predictors of health services use. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 271-279. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00470-0>
- Pickett, K. y Wilkinson, R. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science and Medicine*, 128, 316-326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Popay, J. (2010). Understanding and tackling social exclusion. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 295-297. <https://doi.org/10.1177/1744987110370529>
- Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston, H., Mathieson, J. y Rispel, L. (2008). *Understanding and tackling social exclusion: final report to the WHO commission on social determinants of health from the social exclusion knowledge network*. SEKN.
- Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. (2011). *Social exclusion and health inequalities: Definitions, policies and actions*. World Health Organization.
- Raya-Díez, E. (2005). Categorías sociales y personas en situación de exclusión. Una aproximación desde el País Vasco. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(2), 247-267. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220247A>
- Reinhard, M. A., Dewald-Kaufmann, J., Wuestenberg, T., Musil, R., Barton, B. B., Jobst, A. y Padberg, F. (2020). The vicious circle of social exclusion and psychopathology: A systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(5), 521-532.
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez, S., Martín, R. y Vázquez, J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Runciman, W. (1966). *Relative deprivation and social justice*. Routledge and Kegan Paul.
- Sacker, A., Ross, A., MacLeod, C., Netuveli, G. y Windle, G. (2017). Health and social exclusion in older age: evidence from understanding society, the UK household longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(7), 681-690. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28228466/>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente R.M. (2013). *Versión española de la DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Silver, H. (2007). The process of social exclusion: the dynamics of an evolving concept. *Chronic Poverty Research Centre CPRC Working Paper*, 95, 1-2. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1629282>
- Social Exclusion Unit. (2001). *Preventing social exclusion*. Cabinet Office.
- Urbanos-Garrido, R. (2012). Social inequalities in health: measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-77>
- Van Bergen, A. (2022). *Measuring social exclusion in routine public health surveys*. <https://hdl.handle.net/1887/3250529>
- Van Bergen, A., Van Loon, A., Hoff, S., Wolf, J. y Van Hemert, A. (2021). The cumulation of ill health and low agency in socially excluded city dwellers in the Netherlands: how to better identify high-risk/high-need population segments with public health survey data. *International Journal for Equity in Health*, 20(167), 1-2. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01471-w>

- Van Bergen, A., Wolf, J., Badou, M., De Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, S. y Van Hemert, A. (2019). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(3), 575-582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>
- Vrooman, J. y Hoff, S. (2013). The disadvantaged among the Dutch: a survey approach to the multidimensional measurement of social exclusion. *Social Indicators Research*, 113(3), 1261-1287. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0138-1>
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1768-1784. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Social determinants of mental health*. WHO.
- Wright, N. y Stickley, T. (2013). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: a review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 71-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01889.x>





## **STUDY 1**

**PEOPLE AT RISK OF SOCIAL EXCLUSION:  
MENTAL HEALTH, STRUCTURAL-ECONOMIC  
FACTORS AND SOCIO-CULTURAL FACTORS**

This study is published as:

Villegas, C., Ibabe, I. y Arnoso A. (2021) People at risk of social exclusion: mental health, structural-economic factors, and socio-cultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122-148. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1840235>

# 1 Introduction

The number of people who require institutional support to subsist has increased since the 2008 economic crisis in Spain. The figures contained in the Report on Exclusion and Social Development in Spain (Fernández, 2019) reveal that 18.4% of the population is experiencing social exclusion (9.6% moderate and 8.8% severe). The World Health Organization defines social exclusion as a dynamic, multidimensional process in which four dimensions interact: economic (monetary income, work, housing and living conditions), political (access to rights and services), social (social and family support networks) and cultural (acceptance of values and social mores) (WHO, 2010). Based on that, the Jehoel-Gijsbers (2004) model was developed; it claims that the structural-economic dimension and the socio-cultural dimension can theoretically explain social exclusion. This model has been empirically analysed in the Netherlands (Vrooman & Hoff, 2013) and Turkey (Bayram et al., 2012). A person is considered to be experiencing social exclusion when they have not merely material deprivation, as that can be offset by access to basic social rights or strong social participation, but an accumulation of disadvantages (Vrooman & Hoff, 2013).

The latest figures in Spain indicate that females have a higher risk of living in poverty, being unemployed and, in short, having lower economic development than males (Fernández, 2019). Likewise, homeless females have a lower educational level, less access to work and lower incomes compared to their male counterparts (Vázquez et al., 2019; Winetrobe et al., 2017). However, surprisingly, females access social and health care services less frequently (Winetrobe et al., 2017) and more often rely on informal support networks (Pleace, 2016). In fact, because of the gender functions traditionally assigned to them, females tend to maintain more solid social ties both with their family and with other close circles (Matulič et al., 2019; Winetrobe et al., 2017), which may be a factor of protection and social adaptation when faced with more extreme situations of social exclusion (Matulič et al., 2019).

When studying the predictive factors of social inclusion, variables on the structural- economic dimension (unemployment, poverty and a lack of housing) and the social socio-cultural dimension (low educational level, limited social support and criminality) have been found (Bradshaw et al., 2004). Receiving social assistance for disability, unemployment or social assistance is also associated with social exclusion (Richter & Hoffmann, 2017).

## 1.1 Relationship between social exclusion and mental health problems

The empirical evidence shows that there is an association between social exclusion and health problems, which is magnified in mental health problems (Van Bergen et al., 2018), and this relationship may be two-way. Different studies claim that people suffering from mental health problems are overrepresented at a lower socioeconomic level (Fryers et al., 2003; Llorant et al., 2003). There is a high prevalence of mental disorders among the homeless, most prominently disorders caused by the consumption of alcohol and psychoactive substances (Fazel et al., 2008; Roca et al., 2019), personality disorders (Salavera, 2009) and mood disorders (Fryers et al., 2003; Llorant et al., 2003). There are also more psychiatric patients (Webber & Huxley, 2004), people with chronic physical health problems (Petrovich et al., 2020) and individuals with physical or sensorial disabilities (Muñoz et al., 1995) among people living in situations of social exclusion.

Initial mental health problems can trigger social exclusion because the associated stigma means that mental health problems are often not diagnosed and consequently not treated. Prejudices and negative attitudes towards people with mental health problems are due to a lack of knowledge of the causes, symptoms, and treatment options, as well as a lack of contact with people who suffer from these disorders (Baumann, 2007). The evidence suggests that people with severe mental health problems like depression, schizophrenia or bipolar disorder are among the most excluded in society, and these people often have restricted social networks (Killaspy et al., 2014). Studies in the general population have revealed that people with severe mental disorders who receive a disability subsidy are more likely to suffer from social exclusion (Richter & Hoffmann, 2017). Likewise, people with a disability have more mental health problems than people without a disability, an association which is moderated by economic difficulties and low social support (Honey et al., 2011).

Drug consumption also seems to be an important risk factor in social exclusion. Flores et al. (2005) found a high prevalence of personality disorders and drug consumption in groups at a high risk of social exclusion compared to a group from the general population. These results indicate that drug consumption may be one of the main factors triggering the process of social exclusion, a condition which is exacerbated in people with psychiatric comorbidity, as it raises the possibility of losing one's home or having unstable housing (Ibabe et al., 2014). However, one of the main difficulties facing homeless people is adhering to drug treatment, which could contribute to making

their homelessness chronic (Ibabe et al., 2014). It has been proven in people with a dual diagnosis that participation in mental health and psychological services contributes to optimal psychological functioning, as well as a decline in heroin consumption in the follow-up measures (Grella & Stein, 2006).

Living in a situation of social exclusion exposes people to stressful life events which reinforce vulnerability processes and increase their psychological and social deterioration (Cleary et al., 2014). Mental health problems can arise as an adaptive response to a complex social scenario and the experience of feeling excluded (Van Bergen et al., 2014), specifically symptoms related to personality disorders (Flores et al., 2005) and the development of aggressive, unsocial behaviours (Twenge et al., 2001).

An increasing number of studies associate deficient social relations with worse physical and mental health (Holt-Lunstad et al., 2015; Valtorta et al., 2016). Social support networks (Boardman, 2011; Killaspy et al., 2014) and meaningful social roles (Snethen et al., 2012) are acknowledged as being important components in the social inclusion of individuals with mental health problems.

## 2 Objectives and hypotheses

The sociodemographic profiles of locals and immigrants at risk of social exclusion tend to be different, and overall conclusions can be blurred when combining these two groups. This is why in this study we chose to study the specificities of Spaniards from Spain.

The first objective is to determine the clinical profile of the people at risk of social exclusion bearing in mind the prevalence rates of mental health problems and diagnostic categories according to the International Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10). The hypothesis posited in relation to this objective refers to the higher prevalence of the diagnostic categories of mental disorders and behaviour due to the consumption of psychoactive substances (Fazel et al., 2008), personality disorders (Salavera, 2009) and mood disorders (Fryers et al., 2003; Llorant et al., 2003).

The second objective is to analyse the situation of females compared to males at risk of social exclusion in terms of the structural-economic dimension, health, functional autonomy and socio-cultural factors. Females are expected to have a worse structural-economic situation, more mental and physical health problems and a lower level of functional autonomy than males. On the one hand, this hypothesis is justified by awareness of the lower economic conditions of females compared to males and the fact that homeless females have a lower quality of life and more physical and mental health problems (Vázquez et al., 2019; Winetrobe et al., 2017). On the other hand, females tend to have more extensive social ties throughout their lifetime due to the family roles and interpersonal relations (Matulič et al., 2019), which is a factor in favour of socio-cultural adaptation.

The third objective is to obtain a predictive model of the health problems of people at risk of social exclusion based on the dimensions of social exclusion (structural-economic, the socio-cultural dimension and functional autonomy). Health problems are expected to be associated with variables in the socio-cultural dimension (lack of social participation, lack of social support and social maladjustment). This hypothesis is supported by previous studies that indicate that lower psychological well-being is related to a lack of social participation (Bayram et al., 2012), a lack of social support (Valtorta et al., 2018) and social maladjustment (Twenge et al., 2001).

## 3 Method

### 3.1 Participants

The sample was comprised of 597 Spaniards from Spain (30.5% females) at risk of social exclusion between the ages of 18 and 60, according to the Provincial Council of Gipuzkoa's (Basque Country, Spain) criteria for accessing the benefits and services regulated by Local Decree 5/2014, which stipulates the procedure to access secondary-care social inclusion resources. The participants in the study come from 15 entities that provide psychosocial intervention programmes, along with three entities that provide social-healthcare interventions. The entities and associations are governed by cooperation agreements and/or centre and intervention management contracts with the Provincial Council of Gipuzkoa. These resources are located all around the province of Gipuzkoa, which has a primarily urban population of 717,832 inhabitants.

Table 1 shows the distribution of the participants by age, marital status and sex; 74% were single, and all age ranges are represented (18–30 years old 20%, 31–45 years old 35% and 46–60 years old 44%), with a mean age of 43. Furthermore, 47.5% have only basic education (compulsory secondary education) or have no basic education, 51.3% have a secondary education or some kind of professional qualification and 1.7% have a university education.

**Table 1***Distribution of the participants by age, marital status, and sex*

| AGE GROUPS |        | MARITAL STATUS |         |           |         | TOTAL  |
|------------|--------|----------------|---------|-----------|---------|--------|
|            |        | SINGLE         | MARRIED | SEPARATED | WIDOWED |        |
| 18-30      | Male   | 67             |         | 1         |         | 68     |
|            |        | 62.0%          |         | 0.9%      |         | 63.0%  |
|            | Female | 39             |         | 1         |         | 40     |
|            |        | 36.1%          |         | 0.9%      |         | 37.0%  |
|            | Total  | 106            |         | 2         |         | 108    |
|            |        | 98.1%          |         | 1.9%      |         | 100.0% |
| 31-45      | Male   | 106            | 19      | 11        |         | 136    |
|            |        | 57.9%          | 10.4%   | 6.0%      |         | 74.3%  |
|            | Female | 38             | 5       | 4         |         | 47     |
|            |        | 20.8%          | 2.7%    | 2.2%      |         | 25.7%  |
|            | Total  | 144            | 24      | 15        |         | 183    |
|            |        | 78.7%          | 13.1%   | 8.2%      |         | 100.0% |
| 46-60      | Male   | 81             | 22      | 29        | 1       | 133    |
|            |        | 41.8%          | 11.3%   | 14.9%     | 0.5%    | 68.6%  |
|            | Female | 28             | 7       | 22        | 4       | 61     |
|            |        | 14.4%          | 3.6%    | 11.3%     | 2.1%    | 31.4%  |
|            | Total  | 109            | 29      | 51        | 5       | 194    |
|            |        | 56.2%          | 14.9%   | 26.3%     | 2.6%    | 100.0% |
| Total      | Male   | 254            | 41      | 41        | 1       | 337    |
|            |        | 52.4%          | 8.5%    | 8.5%      | 0.2%    | 69.5%  |
|            | Female | 105            | 12      | 27        | 4       | 148    |
|            |        | 21.6%          | 2.5%    | 5.6%      | 0.8%    | 30.5%  |
|            | Total  | 359            | 53      | 68        | 5       | 485    |
|            |        | 74.0%          | 10.9%   | 14.0%     | 1.0%    | 100.0% |

## 3.2 Design and procedure

This study has a transversal correlational design applied to people who use resources of the Government of Gipuzkoa's Social Inclusion Service. The data were collected in 2017. The project received a favourable report from the Ethics Committee for Research with Human Subjects at the University of the Basque Country (CEISH-UPV/EHU). To gain access to the information required for the study, we previously secured the necessary authorizations and ensured the participants' anonymity and confidentiality, while guaranteeing that the procedures were aligned with the institutional, national and international ethical guidelines (American Psychological Association).

## 3.3 Instrument and variables

### 3.3.1 *Instrument to Assess Social Exclusion of the Basque Social Services System*

This is the assessment instrument used by the Provincial Council of Gipuzkoa to evaluate the degree of social exclusion (Decree 385/2013). The instrument was administered by professionals from the resources and programmes of the Social Inclusion Service in a standardized fashion through semi-structured interviews. The information on the 20 variables in the study was extracted directly from the files of the users of the Social Inclusion Service, which is an abbreviated version of the instrument. The information on the mental health diagnosis and its treatment was corroborated by the mental health professionals when the participants were at residential resources, but not in other cases. The socio-cultural dimension was assessed based on the participants' self-reports, while the functional autonomy dimension was evaluated based on reports from the corresponding public administrations.

### 3.3.2 *Sociodemographic characteristics*

Sex (male, female); age; marital status (single, married, divorced and widowed); educational level (no education, primary school, vocational training-initial professional qualification, mid-level vocational training, baccalaureate/upper-level vocational training, university education).

### 3.3.3 *Mental health problems*

Mental disorder (no, yes); clinical diagnosis according to the ICD-10 (schizophrenia, schizotypal personality disorder, delusional disorder and other non-mood-related psychotic disorders, intellectual disability, behavioural syndromes associated with physiological disorders and physical factors, mental and behavioural disorders due to the consumption of psychoactive substances, adult personality and behavioural disorders, mood and anxiety disorders, dissociative disorder, related to stress and other non-psychotic somatoform disorders); mental disorder (no diagnosis of a mental disorder, mental disorder diagnosed, in the process of clinical diagnosis or evidence of mental health problems); psychiatric treatments and current resources (psychiatric-pharmacological, psychological-therapeutic in a mental health centre and official psychologists' college, drug control-ambulatory detoxification, combination of treatment, no treatment despite having a disorder); adherence to psychological/psychiatric treatment (does not follow the treatment, does not acknowledge or rejects treatment, follows the treatment with difficulties or erratically, follows the treatment properly); number of psychiatric admissions in the past year; total number of psychiatric admissions.

### 3.3.4 *Physical health problems*

Has no physical health problems, illness diagnosed and treated, previous indications or health problems without adequate treatment, health problems and evidence of suffering without treatment.

### 3.3.5 *Economic-structural dimension*

Quality of current home (homeless or substandard family housing, institutional group home, shared home, private family home or accommodations); income (no income, income depends on public social protection systems and exclusion occupations, income from own resources — work, pension, etc.); occupation (unemployed, student or day centre, employed — protected and ordinary).

### 3.3.6 *Socio-cultural dimension*

Social adaptation (crime, commission of misdemeanours and/or crimes, problematic or maladapted social behaviours, social adaptation); social support (lack of primary networks of social support, limited or intermittent support, primary support networks); social participation (none, seldom, frequently).

### 3.3.7 *Functional autonomy*

Disability (no disability, without significant diminution in their ability [up to 32%], difficulties caused by disability [33% to 64%], severe problems caused by disability [65% to 100%]); dependence (no dependence, Grade I moderate dependence, Grade II severe dependence, Grade III complete dependence); work incapacity (no work incapacity, partial, long-term temporary, absolute permanent).

### 3.3.8 *Data analysis*

The data were analysed using version 25 of the IBM SPSS Statistics statistical package. First, the clinical profile of the people at risk of social exclusion was obtained via the corresponding percentages in the diagnostic categories from the International Classification of Mental and Behavioural Disorders (Figure 1). After that, a correlation matrix was obtained bearing in mind all the variables in the study (Table 2). The quality of current housing variable was originally nominal, but a dichotomous variable was created for each category (e.g., Homeless and substandard housing: Yes/No). The mental disorder (Clinical diagnosis of a mental disorder: Yes/No) and female sex were dichotomous, while age and number of psychiatric admissions were intervals. The other variables were ordinal. Therefore, the Spearman correlation coefficient was applied for all correlations, with the exception of the associations between ordinal and dichotomous variables (biserial correlation coefficient) and between dichotomous variables (contingency coefficient). If female sex correlated significantly with any variable in the study, the Student t-test for independent samples was performed. Finally, three regression models were conducted based on three criterion variables associated with health problems (diagnosis of mental disorder, psychiatric admissions and physical health problems), including two control variables: age and female sex (Table 3). For the diagnosis of a mental disorder (yes/no), a logistic regression analysis was applied using the forward Wald method, while for psychiatric admissions and physical health problems, a multiple linear regression analysis with successive steps was applied.

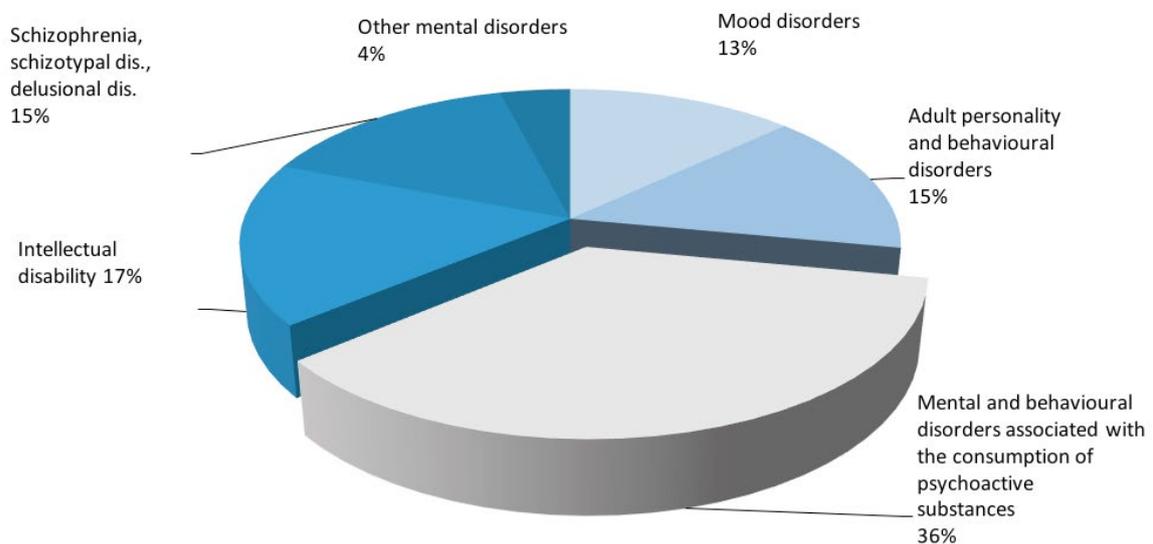
## 4 Results

### 4.1 Clinical profile of the people at risk of social exclusion

Of all the participants, 78% had been diagnosed with some kind of mental disorder and 6% were in the process of clinical diagnosis or were receiving psychiatric treatment.

**Figure 1**

*Diagnostic categories of the participants according to the ICD-10 (n= 335)*



However, in some cases the specific diagnosis was unknown, and the figures on prevalence were obtained from 335 participants (Figure 1). The category of mental and behavioural disorders due to the consumption of psychoactive substances is the most prevalent, with 36% (26% males and 10% females), although we should note that this category also included people who showed problematic drug consumption. Four other diagnostic categories (intellectual disability, personality and behavioural disorders, schizophrenia and schizotypal personality disorder, delusional disorder, and mood disorder) were found to a lesser extent but at similar prevalence levels (13%–17%). Finally, the category of other mental disorders accounted for 4% and included anxiety disorders, dissociative disorder, related to stress and other somatoform disorders, as well as behavioural syndromes associated with physiological alterations and physical factors.

Of all the people with a mental disorder, 93% received some kind of treatment (pharmacological 67%, combined treatment 12%, psychological treatment 10%, and drug control/detoxification 4%). Of the people who have some problem due to the consumption of psychoactive substances, 15% do not receive any kind of treatment. Of those being treated for a mental disorder, 75% are following the treatment properly, 23% are following the treatment with difficulties or erratically and 2% are not following the treatment.

## 4.2 Relationship between health problems and variables associated with social exclusion

Worth highlighting in the correlation matrix in Table 2 is that mental disorders, psychiatric admissions and physical health problems are significantly and inversely associated with functional autonomy (disability), structural-economic situation (income) and socio-cultural situation (social adaptation). Furthermore, health problems (diagnosis of mental disorder, psychiatric admissions and physical health problems) are inversely related to other indicators of functional autonomy, socio-cultural situation and structural-economic situation. Also worth noting is that being female is related to a lower income level but a better socio-cultural situation (social adaptation, social participation) and greater functional autonomy (less work incapacity). Age correlates to more physical health problems and lower functional autonomy (disability, dependency and work incapacity). In any case, mental health problems were more closely associated with the lack of functional autonomy (e.g., disability  $r \geq .30$ ) than with the other dimensions, where the intensity of the relationship is weak.

Coherent with these results, through comparisons of means we found that females ( $M= 1.40$ ,  $SD= 0.52$ ) had lower incomes than males ( $M= 1.53$ ),  $SD= 0.52$ ,  $t(537)= -2.78$ ,  $p= .006$ . However, females ( $M= 1.54$ ,  $SD= 0.54$ ) showed better social adaptation than males ( $M= 1.32$ ,  $SD= 0.63$ ),  $t(566)= 4.09$ ,  $p < .001$ , as well as a higher level of social participation ( $M_{\text{Female}} = 1.17$ ,  $SD_{\text{Female}} = 0.78$ ;  $M_{\text{Male}} = 0.97$ ,  $SD_{\text{Male}} = 0.78$ ),  $t(572)= 2.83$ ,  $p= .005$ . Likewise, females ( $M= .28$ ,  $SD= .82$ ) had a lower level of work incapacity than males ( $M= 0.53$ ,  $SD= 1.06$ ),  $t(469)= 2.48$ ,  $p= .006$ .

**Table 2***Correlation matrix between health problems and the other variables in the study*

|   | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Health problems</b>                        |        |        |        |        |        |        |
| (1) Diagnosis of mental disorder <sup>a</sup> |        |        |        |        |        |        |
| (2) Psychiatric admissions                    | .25**  |        |        |        |        |        |
| (1) Physical health problems                  | .11*   | .16**  |        |        |        |        |
| <b>Structural-economic</b>                    |        |        |        |        |        |        |
| (2) Homeless/subst.housing <sup>a</sup>       | .04    | .08    | .20**  |        |        |        |
| (3) Institutional housing <sup>a</sup>        | .04    | .01    | -.03   | -.15** |        |        |
| (4) Shared housing <sup>a</sup>               | .01    | -.01   | .03    | -.05   | -.21** |        |
| (5) Private home <sup>a</sup>                 | .05    | -.04   | -.06   | -.19** | -.82** | -.27** |
| (6) Occupation                                | -.25** | -.15** | -.09*  | -.14** | -.07   | -.04   |
| (7) Income                                    | -.16** | -.15** | -.11** | -.09*  | -.09*  | -.13** |
| <b>Socio-cultural</b>                         |        |        |        |        |        |        |
| (8) Social adaptation                         | -.11*  | -.21** | -.15** | -.12** | -.06   | -.01   |
| (9) Social support                            | -.01   | -.14** | -.14** | -.16** | -.19** | -.10*  |
| (10) Social participation                     | -.07   | -.18** | -.17** | -.12** | .14**  | -.16** |
| <b>Functional autonomy</b>                    |        |        |        |        |        |        |
| (11) Disability                               | .45**  | .30**  | .10*   | -.06   | -.05   | -.04   |
| (12) Dependency                               | .22**  | .22**  | .06    | -.02   | .06    | .01    |
| (13) Work incapacity                          | .15**  | .02    | .05    | -.03   | -.08   | -.06   |
| <b>Sociodemographic</b>                       |        |        |        |        |        |        |
| (14) Female sex <sup>a</sup>                  | .03    | .04    | .02    | .04    | .05    | .01    |
| (15) Age                                      | .07*   | .06    | .17**  | -.05   | .07    | -.05   |

Note: <sup>a</sup> dichotomous variable; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$



### 4.3 Predictive models of health problems

The results of the multiple regression analysis of the three models referring to health problems are shown in Table 3. Model 1 refers to the criterion variable diagnosis of a mental disorder. This model explains 44% of the variation and includes a combination of three predictive variables,  $\chi^2(8, 597) = 110, p < .001$ , which are, in order of importance, disability, lack of social adaptation and lower level of employment. Likewise, Model 2 explained 21% of the variation in the history of psychiatric admissions,  $F(3, 298) = 23.83, p < .001$ , with the significant predictive variables being level of disability and lack of social adaptation. With regard to physical health, Model 3 predicts 9% of the physical health problems of the people at risk of social exclusion,  $F(3, 324) = 11.50, p < .001$ , with the predictive variables being age, level of disability and lower level of social adaptation.

## 5 Discussion

Social exclusion is the outcome of a process which encompasses structural-economic factors, socio-cultural factors, functional autonomy, and some sociodemographic variables. This study explored the relationship between these variables in a sample of people who are at risk of social exclusion. In accordance with the first objective, we studied the clinical profile of Spaniards from Spain at risk of social exclusion. We found that 84% of the participants showed indications of a mental disorder. The high percentage of participants who may have a more or less severe mental disorder reveals the need for them to have access to mental health services, in addition to participating in social inclusion programmes. The hypothesis posited refers to the higher prevalence of these diagnostic categories of mental and behavioural disorders due to the consumption of psychoactive substances, personality disorders and mood disorders. The hypothesis with regard to the consumption of psychoactive substances (36%) was confirmed, because this is extremely prevalent compared to the other disorders. However, mood disorders, Psychotic disorders and personality disorders are represented to a lesser extent but at similar rates (13%-15%) as intellectual disability.

**Table 3**

*Linear regression models for health problems*

| PREDICTIVE VARIABLES                     | MODEL 1<br>MENTAL DISORDER<br>(BETA/ODDS RATIO) | MODEL 2<br>PSYCHIATRIC<br>ADM. (B) | MODEL 3<br>PHYSICAL<br>HEALTH (B) |
|--|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Functional autonomy</b>               |   |                                    |                                   |
| Disability                               | 1.26/3.53***                                    | .34***                             | .15***                            |
| <b>Socio-cultural</b>                    |   |                                    |                                   |
| Social adaptation                        | -.86/.42**                                      | -.11***                            | -.14*                             |
| <b>Structural-economic</b>               |   |                                    |                                   |
| Occupation                               | -.73/.48***                                     | -                                  | -                                 |
| Income                                   | -   | -.13*                              | -                                 |
| <b>Sociodemographic</b>                  |   |                                    |                                   |
| Age                                      | -   | -                                  | .20***                            |
| Model $X^2/F$                            | 110**   | 23.83***                           | 11.5***                           |
| R <sup>2</sup> Nagelkerke/R <sup>2</sup> | .44   | .18                                | .09                               |

Note: \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

Homeless people in Western countries are substantially more likely to be dependent on alcohol and drugs than the general population of the same age in these countries (Fazel et al., 2008; Roca et al., 2019). In a study conducted in the USA, the substance abuse rates were considerably higher among homeless people (50% or more), and they also tended to have mental disorders (Ibabe et al., 2014). Greenberg and Rosenheck (2010) found that substance abuse and schizophrenia were overrepresented in a broad sample of homeless people ( $N= 41,000$ ). In addition to the direct harmful consequences of the consumption of substances, homeless people who consume substances are more likely to have associated mental health problems, such as depression and anxiety (Nyamathi et al., 2010). In this study, the prevalence of personality disorders is quite noteworthy, similar to previous studies of homeless people (Salavera, 2009).

The second objective was to analyse the situation of females at risk of social exclusion compared to males in the same situation, and we expected that females would show a worse structural-economic situation, physical and mental health, and lower functional autonomy, while they were expected to show better socio-cultural adaptation. However, the results of this study did not reveal that females have a worse structural-economic situation than males in general, although the females' income levels were slightly lower than the males'. Likewise, females did not show worse health or lower functional autonomy than males either. In line with previous studies (Ibabe et al., 2014), females had fewer drug consumption problems than males. One noteworthy result of this study is that the females showed better socio-cultural adaptation than males on indicators like social adaptation and social participation, thus confirming the hypothesis posited based on the results of previous studies (Matulič et al., 2019). All of this points to the fact that connection with family and friends and participation in social activities may be crucial for the psychological wellbeing of socially excluded females, as well as a lower level of problematic substance consumption. In this study, just as in previous studies (Muñoz et al., 1995; Salavera, 2009), there is a greater predominance of males (69%) in social inclusion services. This figure is coherent with current knowledge on the lower percentage of females compared to males in situations of maximal social exclusion (Matulič et al., 2019), despite the existing socioeconomic inequalities between males and females in the world.

The third objective of the study was to obtain a predictive model of the mental health problems of people at risk of social exclusion based on the different components of social exclusion. The predictive capacity of the regression models obtained fluctuated between 44% (diagnosis of mental

disorder) and 9% (physical health problems). Generally speaking, the most noteworthy predictors of health problems were disability and social maladjustment. As hypothesized, the results of the regression analysis confirm that there is a strong association between health problems and social adaptation. Finding this relationship was predictable due to the fact that low social integration was associated with mental health problems in previous studies (Van Bergen et al., 2018). Likewise, other previous studies have found a positive relationship between psychological wellbeing and social adaptation (Twenge et al., 2001) and social participation (Bayram et al., 2012). Mental health problems may hinder social adaptation and consequently integration into society. Considering people who show some problems due to the consumption of psychoactive substances (36%), it is likely that the crime-consumption binomial is reflected in the relationship between criminal behaviours and mental health problems. Nonetheless, the results of this study indicate that the diagnosis of a mental disorder is associated more with disability than with social maladjustment. It is common knowledge that people with severe mental health problems are more likely to be at risk of social exclusion (Ibabe et al., 2014; Killaspy et al., 2014), so it is logical to think that these people may have some degree of disability. In fact, disability among people in situations of severe social exclusion is common (Panadero & Pérez-Lozao, 2014) due to severe mental health problems (Honey et al., 2011).

People who are unemployed and/or live in a situation of material deprivation may be more likely to have a mental disorder or to maintain it (Artazcoz et al., 2004; Fryers et al., 2003; Llorant et al., 2003). In this study, mental health problems are associated with lower income and employment levels, but no association was found with lower housing quality. In Spanish society, and specifically in the Basque population, people in vulnerable situations are protected through social assistance, since there is a social protection system with broad coverage. Furthermore, in the private sphere, families often take responsibility for their members when they are in a vulnerable situation due to a culture of family solidarity, and this is yet another protective factor.

In short, Spaniards from Spain at risk of social inclusion exclusion show a high prevalence of relatively severe mental health problems, which are associated with deficits in the socio-cultural sphere and low functional autonomy. Spanish females with a Spanish background at risk of social exclusion show better socio-cultural adaptation than their male counterparts. People with mental health problems are often excluded from the different spheres of society, and psychosocial intervention programmes should include mental health services to promote detoxification in order

to provide them with comprehensive care (Roca et al., 2019). When people are at risk of social exclusion, it is important to foster socio-cultural adaptation and functional autonomy, especially among males.

One of the limitations of this study is that the assessment instrument used does not have psychometric studies. In an attempt to palliate this problem, three regression models with different health indicators were devised in order to somehow validate the predictive model of mental health. As this is a transversal correlational study, no causal attributions can be made. However, one of the strengths of this study is the sample size, as a sample of people at risk of social exclusion is considered difficult to access. In future studies, it would be worthwhile to study to what extent the differences found between males and females at risk of social exclusion occur in the Spanish immigrant population, and whether the mental health problems date from prior to the situation of social exclusion, using an ex post facto design, and to further explore the causes of the lower access to social protection resources among females at risk of exclusion.

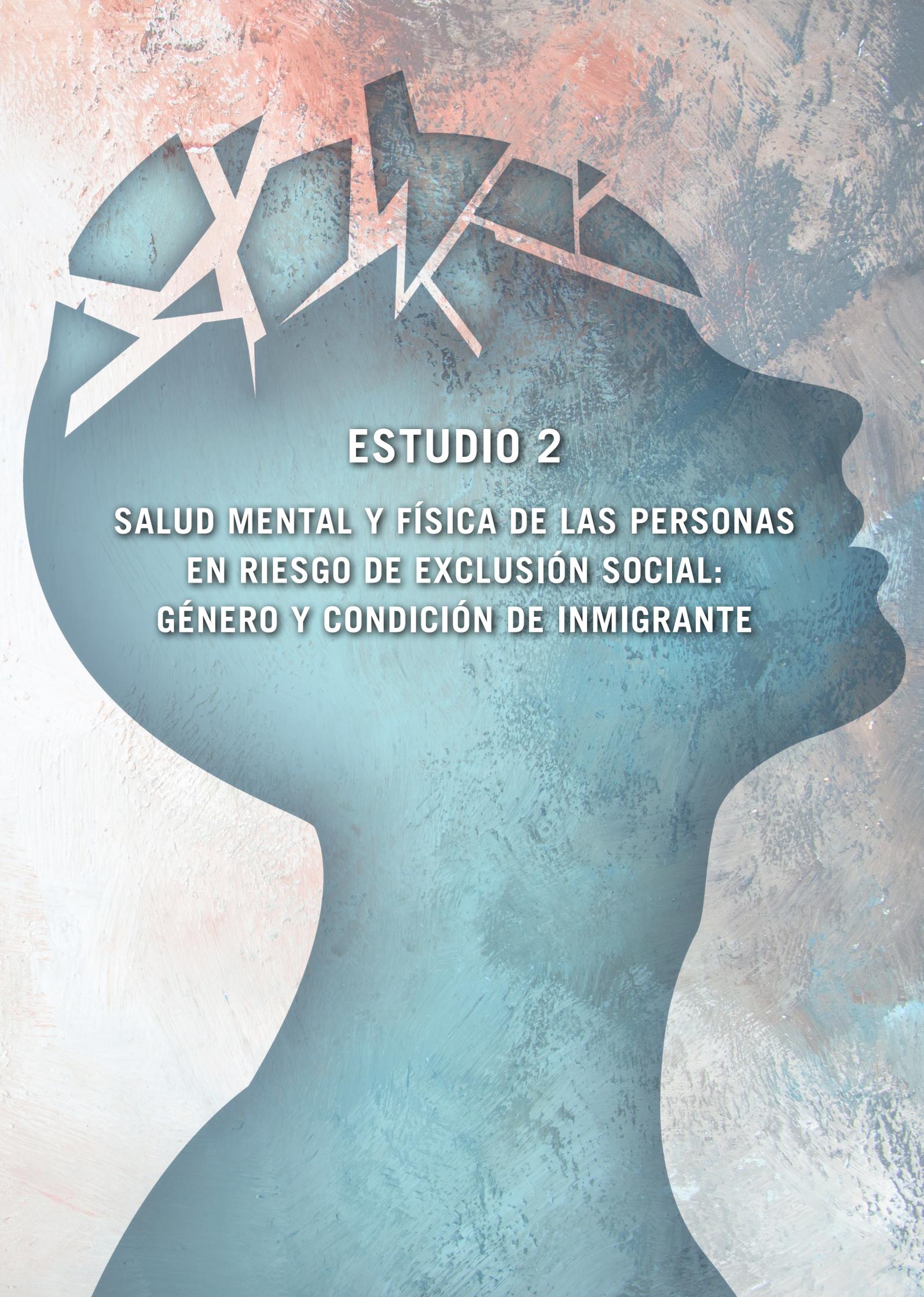
## 6 References

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortés, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Research and Practice*, 94(1), 82–88. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.82>
- Baumann, A. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Bayram, N., Aytac, S., Aytac, M., Sam, N., & Bilgel, N. (2012). Poverty, social exclusion, and life satisfaction: A study from Turkey. *Journal of Poverty*, 16(4), 375–391. <https://doi.org/10.1080/10875549.2012.720656>
- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health - how people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112–121. <https://doi.org/10.1108/20428301111165690>
- Bradshaw, J., Kemp, P., Baldwin, S., & Rowe, A. (2004). *The drivers of social exclusion: A review of the literature*. Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister.
- Cleary, M., Horsfall, J., & Escott, P. (2014). Marginalization and associated concepts and processes in relation to mental health/illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(3), 224–226. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.883792>
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5(12), 1670–1681. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- Fernández, G. (2019). *VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*. FOESSA. <https://www.foessa.es/viii-informe/>
- Flores, E., Borda, M., & Pérez, M. (2005). AIDS and social exclusion: Personality features or adaptive behaviors? *Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 45–55. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004959>
- Fryers, T., Melzer, D., & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>
- Greenberg, G. A., & Rosenheck, R. A. (2010). Correlates of past homelessness in the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Administrative Policy and Mental Health*, 37(4), 357–366. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0243-x>
- Grella, C., & Stein, J. A. (2006). Impact of program services on treatment outcomes of individuals with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 57(7), 1007–1015. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1007>
- Holt-Lunstad, J., Smith T.B., Baker M., Harris T., & Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- 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>

- Ibabe, I., Stein, J. A., Nyamathi, A., & Bentler, P. M. (2014). Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(3), 374-381. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.008>
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* [Social exclusion in the Netherlands]. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Killaspy, H., White, S., Lalvani, N., Berg, R., Thachil, A., Kallumpuram, S., Nasiruddin, O., Wright, C., & Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(2), 148-154. <https://doi.org/10.1177/0020764012471918>
- Llorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology, 157*(2), 98- 112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Matulič, M. V., De-Vicente, I., Boixadós, A., & Caïs, J. (2019). Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social. *Trabajo Social Global –Global Social Work, 9*(16), 49–68. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>
- Muñoz, M., Vázquez, C., & Cruzado, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Comunidad de Madrid.
- Nyamathi, A., Hudson, A., Greengold, B., Slagle, A., Marfisee, M., Khalilifard, F., & Leake, N. (2010). Correlates of substance use severity among homeless youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(4), 214–222. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00247.x>
- Panadero, S., & Pérez-Lozao, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. *Revista Española de Discapacidad, 2*(2), 7–26. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.02.02.01>
- Petrovich, J. C., Hunt, J. J., North, C. S., Pollio, D. E., & Roark, E. (2020). Comparing unsheltered and sheltered homeless: Demographics, health services use and predictors of health services use. *Community Mental Health Journal, 56*(2), 271–279. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00470-0>
- Pleace, N. (2016). Exclusion by definition: The under-representation of women in European homelessness statistics. In P. Mayock & J. Bretherton (Eds.), *Women's Homelessness in Europe* (pp. 105–126). Macmillan.
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2017). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. y Vázquez, J. J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología, 35*(2), 175–180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Salavera, C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9*(2), 275- 283. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v1.1.380>
- Snethen, G., McCormick, B. P., & van Puymbroeck, M. (2012). Community involvement, planning and coping skills: Pilot outcomes of a recreational-therapy intervention for adults with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation, 34*(18), 1575-1584. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.650315>
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal*

- of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1058-1069. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.81.6.1058>
- Valtorta, N., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Valtorta, N., Moore, D., Barron, L., Stow, D., & Hanratty, B. (2018). Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 108(4), e1-e10. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>
- Van Bergen, A., Hoff, S., van Ameijden, E., & van Hemert, A. (2014) Measuring Social Exclusion in Routine Public Health Surveys: Construction of a multidimensional instrument, *Plos One*, 9(5), e98680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098680>
- Van Bergen, A., Wolf, J., Badou, M., Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, 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. *The European Journal of Public Health*, 29(3), 575-582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>
- Vázquez, J. J., Panadero, S., & Pascual, I. (2019). The particularly vulnerable situation of women living homeless in Madrid (Spain). *Spanish Journal Psychology*, 22, E52. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.58>
- Vrooman, C., & Hoff, S. (2013). The disadvantaged among the Dutch: A survey approach to the multi-dimensional measurement of social exclusion. *Social Indicators Research*, 113(3), 1261-1287. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0138-1>
- Webber, M., & Huxley, P. (2004). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 1000-1009. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0836-3>
- WHO. (2010). *Poverty, Social Exclusion and Health Systems in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.
- Winetrobe, H., Wenzel, S., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E., & Harris, T. (2017). Differences in health and social support between homeless men and women entering permanent supportive housing. *Women's Health Issues*, 27(3), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.011>





## **ESTUDIO 2**

**SALUD MENTAL Y FÍSICA DE LAS PERSONAS  
EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL:  
GÉNERO Y CONDICIÓN DE INMIGRANTE**



# 1 Introducción

Uno de los debates más significativos en el campo de la exclusión social es su influencia en las desigualdades de la salud (World Health Organization [WHO], 2010). Resultados previos confirman que la carga de la enfermedad se distribuye desproporcionadamente entre grupos especialmente vulnerables (Baah et al., 2019). Desafortunadamente, la evidencia empírica dibuja un escenario complejo para las personas que viven en riesgo de exclusión social, ya que por definición, las personas que viven en esta situación se ven expuestas a la acumulación de situaciones de vulnerabilidad en el ámbito económico-estructural y psicosocial, así como la limitación en el acceso a los derechos sociales básicos. Tales circunstancias configuran desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud y el bienestar (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Informes recientes señalan que en el País Vasco, el 23.8% de las personas que transitan por la exclusión social padecen de un problema de salud mental (FOESSA, 2022a). Lo cual coincide con resultados previos que informaron una asociación positiva entre el nivel elevado de exclusión social y los problemas de depresión y ansiedad (Van Bergen et al., 2021). En cuanto a la salud física, los resultados del estudio sobre la situación de las personas que viven en exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) (Servicio de Información e Investigación Social [SIIS], 2021) revelaron que alrededor del 34% y el 42% de las personas valoraron su salud de regular a mala en comparación al 11.4% de la población general. El 20% de las personas con problemas de salud graves o crónicos no recibían tratamiento médico.

A estos resultados se suma la peor evolución de perfiles específicos que caracterizan la exclusión social como son las mujeres y las personas inmigrantes. Investigaciones previas han generado una base de conocimiento suficiente para afirmar que el género es uno de los determinantes estructurales más relevantes en la salud (Crespí-Lloréns et al., 2021; Hawkes y Buse, 2013), ya que influye en las conductas de salud, las acciones para la búsqueda de atención sanitaria, así como la respuesta de los sistemas de salud (Kapilashrami, 2018). Por ejemplo, la salud de los hombres se ve afectada por las ideas en torno a la masculinidad, que les expone a conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco (Hawkes y Buse, 2013), conductas aceptadas y valoradas positivamente por la sociedad (Wilsnack et al., 2005). En cambio, se ha comprobado en grupos de la población general y personas en situación de exclusión social, que las mujeres presentan un peor estado de salud física, más enfermedades crónicas, sufren de más limitaciones físicas (Fajardo-Bullón et al., 2019; Llano, 2019a;

Vázquez et al., 2019) y padecen más problemas de salud mental (Bones et al., 2010; Winetrobe et al., 2017). En el caso de las mujeres se comprueba que el no contar con apoyo familiar podría limitar el acceso a cuidados necesarios en relación con sus problemas de salud o de discapacidad, lo cual incrementa las posibilidades de vivir sin hogar (Vázquez et al., 2019). Las mujeres están más expuestas a sufrir de exclusión social, realidad que puede responder a la brecha salarial y a la falta de acceso a las prestaciones sociales. De modo que la acumulación de desventajas podría aumentar el riesgo de padecer problemas de salud, impactando negativamente en su participación y en sus relaciones sociales (Llano, 2019b; Sánchez, 2019). Los itinerarios de exclusión social se ven así afectados por los roles atribuidos al género, el rol de los cuidados y la responsabilidad de la crianza, factores que tienen un fuerte impacto en el bienestar de ellas (Malgesini, 2020).

La literatura señala que la inmigración podría considerarse un determinante social de la salud debido al efecto que ejerce en el bienestar (Castañeda et al., 2015). La experiencia de ser inmigrante representa una lucha física y psicológica por la supervivencia en la intersección de múltiples vulnerabilidades (Baah et al., 2019). En el contexto español, datos recientes confirman que una de cada tres personas extranjeras está en situación de exclusión social severa (FOESSA, 2022b). Numerosas investigaciones abordan el tema de la inmigración y la salud. Algunas de éstas concluyen que las personas inmigrantes presentan menos problemáticas de salud mental en comparación con las personas autóctonas (Breslau et al., 2009; Stafford et al., 2010). Además, con menor frecuencia informan un historial de salud mental y hacen menor uso de psicofármacos (Schaffer et al., 2009). En cuanto a la salud física, presentan menos patologías graves, menos hospitalizaciones y menor uso de medicamentos, lo cual hace referencia al perfil de una población más joven con un buen estado de salud general (Carrasco-Garrido et al., 2009; Garcia-Subirats et al., 2014) y menor consumo de sustancias (Aerny et al., 2010). Resultados previos indican que la salud de las personas inmigrantes se deteriora al enfrentarse a las dificultades asociadas al proceso migratorio (Gotsens et al., 2015; Setia et al., 2012). En el caso de las mujeres, la experiencia migratoria está condicionada por los estereotipos sociales hacia las personas inmigrantes, la precariedad laboral, las condiciones laborales (trabajo doméstico y de cuidados) y las dificultades en el acceso al sistema social, lo cual impacta en la garantía de sus derechos, el acceso a oportunidades y sus relaciones sociales (Flores, 2020). Así pues, la segmentación del mercado laboral en función del género posiciona a las mujeres inmigrantes en una situación de doble discriminación, por ser mujer e inmigrante (Monreal et al., 2019).

Existe una tendencia a la homogeneización del perfil de las personas que viven en riesgo de exclusión social, cuando en realidad son personas con características y necesidades distintas, expuestas a una multiplicidad de situaciones de vulnerabilidad. Por todo ello, se analizará el perfil psicosocial y de salud de las personas en riesgo de exclusión social desde una perspectiva de género y procedencia.

## 2 Objetivos e hipótesis

El primer objetivo propuesto fue explorar las diferencias en la dimensión económica-estructural, socio-cultural y situación de salud de las personas de acuerdo con el género y el lugar de procedencia.

Las hipótesis que se plantean en relación con este objetivo son:

- a) Las mujeres y los hombres inmigrantes tendrán menor nivel de ocupación y de ingresos económicos que las mujeres y los hombres autóctonos (García-Subirats et al., 2014) porque las personas inmigrantes acceden, con mayor frecuencia, a empleos precarios y tienen un mayor riesgo de vivir en la pobreza en comparación con la población autóctona (Aerny et al., 2010).
- b) Se espera encontrar un déficit en la dimensión socio-cultural en ambos grupos. La literatura confirma la ruptura de las redes de apoyo social entre las personas que viven en riesgo de exclusión social (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004). Hallazgos previos comprobaron que una experiencia común de las personas que viven en esta situación es sentirse solas (Vázquez et al., 2020) y sufrir de discriminación debido a su condición económica o falta de vivienda (Johnstone et al., 2015).
- c) Tanto las mujeres como los hombres inmigrantes tendrán mejor salud física y mental. Ello se afirma con base en los estudios previos, los cuales mostraron que las personas inmigrantes presentaban menos problemas de salud física y mental que las autóctonas (Breslau et al., 2009; Carrasco-Garrido et al., 2009; García-Subirats et al., 2014; Schaffe et al., 2009; Stafford et al., 2010). También las personas inmigrantes presentaban menor consumo de sustancias que las autóctonas (Aerny et al., 2010).

El segundo objetivo del estudio fue analizar si existen diferencias entre hombres y mujeres en función de su procedencia en la dimensión económica-estructural, socio-cultural, discapacidad y salud (física y mental), controlando la variable de edad. En este caso, se esperaba que los hombres tuvieran más acceso a la ocupación y, por consecuencia, más ingresos económicos que las mujeres, debido a la brecha salarial (Llano, 2020). En relación con la dimensión socio-cultural, se creía que en las mujeres había más adaptación y participación social. Hipótesis que está apoyada en estudios previos en los que las mujeres intercalaban mecanismos de ayuda formal con apoyos informales a lo largo de sus trayectorias de exclusión social (p. e. Groton y Radey, 2019; Matulič et al., 2019).

También se consideraba que habría un mayor nivel de discapacidad en mujeres que en hombres, lo cual coincidía con resultados previos (Vázquez et al., 2019).

El tercer objetivo es el de proponer un modelo predictivo de los problemas de salud (trastorno mental y salud física) a partir de la dimensión económica-estructural, socio-cultural, autonomía funcional y características sociodemográficas en función del género. La discapacidad se considera una variable predictora relevante para los problemas de salud. En mujeres se comprobó que quienes presentaban discapacidad informaban una peor salud mental, peor salud general y baja calidad de vida (Guillén et al., 2021). Igualmente, la discapacidad podría conducir a vivir en situación de exclusión social (Belzunegui-Eraso et al., 2018) y cronificar esta situación (Roca et al., 2019).

## 3 Método

### 3.1 Participantes

En este estudio participaron 978 personas en riesgo de exclusión social. Tenían entre 18 y 60 años, de acuerdo con los criterios de la Diputación Foral de Gipuzkoa (España) para el acceso a las prestaciones y servicios regulados por el Decreto Foral 5/2014 (recoge el procedimiento de acceso a los recursos de inclusión social de atención secundaria).

Las personas participantes en este estudio son usuarias de los servicios o programas de Inclusión Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. La selección de la muestra se realizó con base en el rango de edad (18-60 años). El 75% del total de participantes eran hombres y el 76% estaban soltero/as. En cuanto a la procedencia, el 39% de las personas eran inmigrantes de las cuales el 90% eran de origen extracomunitario. Además, el 62% tenía estudios básicos (hasta Enseñanza Secundaria Obligatoria), el 26% estudios secundarios o algún tipo de cualificación profesional, el 2% eran universitarios, mientras que el resto (10%) carecía de estudios. Todos los rangos de edad están representados de manera similar, el 37.5% tenía entre 18 y 30 años, el 29.4% entre 31 y 45 años, y el 33.1% entre 46 y 60 años. Cabe destacar que la mediana de la edad fue 37 años.

### 3.2 Procedimiento

El diseño, procedimiento, instrumento y variables se describen en el Estudio 1 de la tesis doctoral. En primer lugar, se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética para la investigación con seres humanos (ver Anexo 2) en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) (código M10\_2018\_162). Posteriormente, se consiguieron las autorizaciones por parte del Servicio de Inclusión Social y Protección a la Mujer Víctima de Violencia Machista de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Asimismo, la administración del Instrumento de Valoración de la Exclusión Social se realizó de forma estandarizada, con el objetivo de valorar la situación de las personas que participaban en los centros y programas. De manera que las y los profesionales responsables de los centros y programas son los que cumplimentan el instrumento.

### 3.3 Instrumento y variables

Instrumento de Valoración de la Exclusión Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Se trata de un instrumento que utiliza el Sistema Vasco de Servicios Sociales para evaluar la situación de

exclusión social de las personas que acceden a la red de servicios sociales (Decreto 385/2013). Los variables del presente estudio proceden de la versión abreviada de dicho instrumento y de los informes e historiales de atención (ver Anexo 1). Esta versión incluye las dimensiones: Características sociodemográficas, Dimensión económica-estructural, Dimensión socio-cultural, Problemas de salud y nivel de autonomía funcional.

### 3.4 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó aplicando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25. En primer lugar, se compararon las medias para mujeres y hombres en función de su procedencia. Para ello, se ejecutó la prueba t de Student para variables cuantitativas y prueba de Chi-cuadrado para variables dicotómicas. En el caso de las variables cuantitativas se realizaron pruebas no paramétricas. Con dicho proceso se encontró que coincidían con los resultados obtenidos con la prueba t de Student, a excepción del nivel formativo en el grupo de mujeres en el que no se hallaron diferencias significativas (*U de Mann Whitney*= 3568.500,  $p > 0.065$ ). Estos resultados se muestran en la Tabla 1. De igual modo, en las comparaciones de medias se utilizó la *d* de Cohen como medida del tamaño del efecto y el coeficiente de contingencia en la prueba de Chi-cuadrado.

En segundo lugar, para estudiar las diferencias del género dependiendo de la procedencia y de la edad, se realizaron análisis de la covarianza (ANCOVAs). Esto se hizo tomando como variables dependientes las variables de la dimensión económica-estructural (ingresos económicos, ocupación), de la dimensión socio-cultural (adaptación y participación social), la discapacidad y salud (gravedad de los problemas de salud mental y salud física). Como variables independientes se utilizaron la nacionalidad y el género y como covariable la edad. Además, se usó la eta parcial al cuadrado ( $\eta^2$ ) como una aproximación del tamaño del efecto. Después de realizar los análisis se determinó que la interacción Procedencia x Género resultó significativa para los ingresos económicos, ocupación, adaptación social, participación social, discapacidad y salud con base en la covariable de la edad. Posteriormente, se examinaron los efectos simples para estudiar la interacción. En tercer lugar, se ejecutaron dos modelos de regresión de los cuales uno de ellos se llevó a cabo a través de la regresión logística binaria para el trastorno mental (Sí/No) con el método Wald y un modelo de regresión lineal con método de pasos sucesivos para la salud física. Por último, las variables independientes corresponden a la dimensión económica-estructural, socio-cultural y autonomía funcional, siendo la edad y la procedencia variables de control.

## 4 Resultados

### 4.1 Perfil de las mujeres en función del lugar de procedencia

En la Tabla 1 se presentan las diferencias que han resultado significativas entre las mujeres inmigrantes y autóctonas respecto al perfil psicosocial. Las mujeres autóctonas ( $M= 0.81$ ) presentaban tasas más elevadas de acceso al empleo que las inmigrantes ( $M= 0.39$ ),  $t(236)= -3.95$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.61$ ; y, por consiguiente, es lógico que el nivel de ingresos económicos fuera mayor en las primeras ( $M= 1.40$ ) que en las segundas ( $M= 1.22$ ),  $t(236)= -2.60$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= -0.38$ .

En cuanto al nivel de estudios, en las mujeres autóctonas había un mayor nivel educativo ( $M= 1.29$ ) que en las mujeres inmigrantes ( $M= 1.08$ ),  $t(203)= 2.02$ ,  $p < 0.05$ ,  $d= 0.33$ . Sin embargo, al aplicar la prueba no paramétrica las diferencias no llegaron a ser significativas (*U de Mann Whitney*= 3568.50,  $p > 0.065$ ). Respecto a la dimensión de salud, se encontró un menor consumo de sustancias entre mujeres inmigrantes ( $M= 0.30$ ) que entre autóctonas ( $M= 0.71$ ),  $t(229)= -3.69$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.52$ .

Por otro lado, en lo referente a la autonomía funcional se observó que las mujeres autóctonas presentaban mayor prevalencia de discapacidad ( $M= 1.66$ ) que las inmigrantes ( $M= 0.82$ ),  $t(228)= -4.41$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.65$ . Asimismo, en cuanto a las características sociodemográficas se hallaron diferencias significativas con respecto a la edad, siendo las mujeres autóctonas ( $M= 40.74$ ) las que presentaron más edad que las inmigrantes ( $M= 31.72$ ),  $t(243)= -4.87$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.72$ .

**Tabla 1***Perfil psicosocial de las mujeres en función de la procedencia*

| VARIABLES                                | INMIGRANTES<br>(N= 60) | AUTÓCTONAS<br>(N= 185) | T/X <sup>2</sup> | TAMAÑO<br>DEL EFECTO |
|--|------------------------|------------------------|------------------|----------------------|
| <b>Dimensión económica-estructural</b>   |                        |                        |                  |                      |
| Ocupación                                | 0.39                   | 0.81                   | -3.95***         | -0.61                |
| Ingresos económicos                      | 1.22                   | 1.40                   | -2.60 **         | -0.38                |
| <b>Problemas de salud</b>                |                        |                        |                  |                      |
| Trastorno mental (sí, no)                | 71.2%                  | 86.5%                  | 7.28**           | 0.17                 |
| Ingresos psiquiátricos                   | 0.69                   | 1.43                   | -2.11*           | -0.33                |
| Consumo de sustancias                    | 0.30                   | 0.71                   | -3.69***         | -0.52                |
| <b>Autonomía funcional</b>               |                        |                        |                  |                      |
| Discapacidad                             | 0.82                   | 1.66                   | -4.41***         | -0.65                |
| <b>Características sociodemográficas</b> |                        |                        |                  |                      |
| Edad                                     | 31.72                  | 40.74                  | -4.87***         | -0.72                |

Nota. En la prueba *t* de Student se utilizó la *d* de Cohen como medida del tamaño del efecto y el coeficiente de contingencia en la prueba de Chi-cuadrado. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

## 4.2 Perfil psicosocial de los hombres en función del lugar de procedencia

En la Tabla 2 se evidencian las diferencias respecto al perfil psicosocial que han resultado significativas entre los hombres inmigrantes y autóctonos. En relación con la dimensión económica-estructural cabe destacar que los hombres autóctonos (53.6%) tenían residencia de tipo particular familiar con mayor frecuencia que los inmigrantes (11.3%),  $X^2(1, N= 727) = 141.09, p < 0.001, r = 0.40$ . Del mismo modo, poseían más ingresos económicos ( $M = 1.53$ ) que los hombres inmigrantes ( $M = 1.18$ ),  $t(673) = -9.56, p < 0.001, d = -0.73$ . Sin embargo, se observó un mayor nivel participación social de los inmigrantes ( $M = 1.35$ ) en comparación con los hombres autóctonos ( $M = 0.97$ ),  $t(705) = 6.42, p < 0.001, d = 0.49$ .

Sobre la dimensión de la salud, se encontraron diferencias significativas en las variables: trastornos mentales  $X^2(1, N= 688)= 156.640, p < 0.001, r= 0.43$ , historial de ingresos psiquiátricos  $t(541)= -5.87, p < 0.001, d= -0.49$  y consumo de sustancias  $t(685)= -10.14, p < 0.001, d= -0.77$ . Los hombres autóctonos mostraban mayor prevalencia de trastorno mental (84.4%) que los inmigrantes (38.2%). De la misma forma, tenían más ingresos psiquiátricos en el último año ( $M= 1.21$ ) comparados con los inmigrantes ( $M= 0.30$ ), y de forma destacada, los autóctonos tenían un mayor consumo de sustancias ( $M= 1.09$ ) que los inmigrantes ( $M= 0.45$ ).

En la dimensión de autonomía funcional se observó que entre los hombres autóctonos había mayor prevalencia de discapacidad ( $M= 1.60$ ) que entre los hombres inmigrantes ( $M= 0.27$ ),  $t(715)= -16.85, p < 0.001, d= -1.23$ . Al igual que un mayor nivel de incapacidad laboral de los hombres autóctonos ( $M= 0.53$ ) respecto a los inmigrantes ( $M= 0.06$ ),  $t(628)= -7.59, p < 0.001, d= -0.59$ .

Entre las características sociodemográficas evaluadas, se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad  $t(730)= -15.18, p < 0.001, d= -1.13$ , siendo los hombres autóctonos de mayor edad ( $M= 41.78$ ) en comparación con los hombres inmigrantes ( $M= 29.05$ ).

**Tabla 2***Perfil de los hombres en función de la procedencia*

| VARIABLES                                | INMIGRANTES<br>(N= 321) | AUTÓCTONOS<br>(N= 412) | T/X2      | TAMAÑO<br>EFECTO |
|--|-------------------------|------------------------|-----------|------------------|
| <b>Dimensión económica-estructural</b>   |                         |                        |           |                  |
| Sin alojamiento/infra (sí, no)           | 7.2%                    | 2.9%                   | 7.06**    | 0.10             |
| Vivienda institucional (sí, no)          | 49.5%                   | 37.3%                  | 11.02***  | 0.12             |
| Vivienda compartida (sí, no)             | 32.2%                   | 6.4%                   | 81.69***  | 0.32             |
| Vivienda familiar (sí, no)               | 11.3%                   | 53.6%                  | 141.09*** | 0.40             |
| Ingresos económicos                      | 1.18                    | 1.53                   | -9.56***  | -0.73            |
| <b>Dimensión socio-cultural</b>          |                         |                        |           |                  |
| Adaptación social                        | 1.59                    | 1.32                   | 5.71***   | 0.42             |
| Participación social                     | 1.35                    | 0.97                   | 6.42***   | 0.49             |
| <b>Problemas de salud</b>                |                         |                        |           |                  |
| Trastorno mental (sí, no)                | 38.2%                   | 84.4%                  | 156.64*** | 0.43             |
| Problemas de salud física                | 0.39                    | 0.67                   | -5.18***  | -0.39            |
| Ingres. Psiquiátricos, último año        | 0.09                    | 0.22                   | -3.04**   | -0.23            |
| Ingresos psiquiátricos, historial        | 0.30                    | 1.21                   | -5.87***  | -0.49            |
| Consumo de sustancias                    | 0.45                    | 1.09                   | -10.14*** | -0.77            |
| <b>Autonomía funcional</b>               |                         |                        |           |                  |
| Discapacidad                             | 0.27                    | 1.60                   | -16.85*** | -1.23            |
| Dependencia                              | 0.05                    | 0.27                   | -5.64***  | -0.46            |
| Incapacidad laboral                      | 0.06                    | 0.53                   | -7.59***  | -0.59            |
| <b>Características sociodemográficas</b> |                         |                        |           |                  |
| Edad                                     | 29.05                   | 41.78                  | -15.18*** | -1.13            |

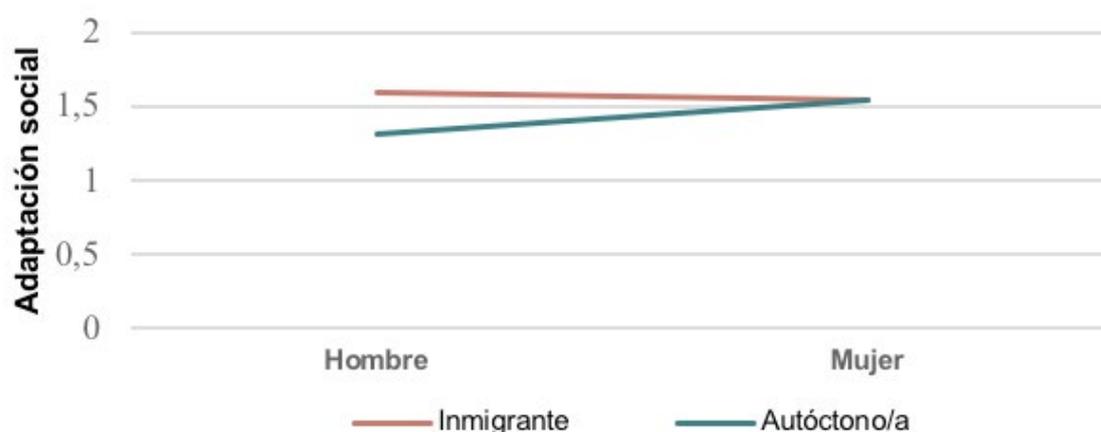
*Nota. En la prueba t de Student se utilizó la d de Cohen como medida del tamaño del efecto y el coeficiente de contingencia en la prueba de Chi-cuadrado. \* p ≤ 0.05; \*\* p ≤ 0.01; \*\*\* p ≤ 0.001*

### 4.3 Perfil psicosocial en función del género y la procedencia

En los análisis de ANCOVA se encontraron interacciones Género x Procedencia significativas para ingresos económicos,  $F(1, 897) = 3.94$ ,  $p = 0.047$ ,  $\eta^2 = 0.004$ ; para la ocupación,  $F(1, 932) = 7.47$ ,  $p = 0.006$ ,  $\eta^2 = 0.008$ ; adaptación social,  $F(1, 939) = 6.86$ ,  $p = 0.009$ ,  $\eta^2 = 0.007$  (Figura 1); participación social (Figura 2),  $F(1, 936) = 9.43$ ,  $p = 0.002$ ,  $\eta^2 = 0.010$ ; discapacidad,  $F(1, 946) = 4.13$ ,  $p = 0.042$ ,  $\eta^2 = 0.004$ ; gravedad de los problemas de salud mental,  $F(1, 925) = 15.28$ ,  $p = 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.016$  (Figura 3); y para problemas de salud física,  $F(1, 910) = 4.20$ ,  $p = 0.041$ ,  $\eta^2 = 0.005$ . La covariable edad fue significativa para todas las variables mencionadas.

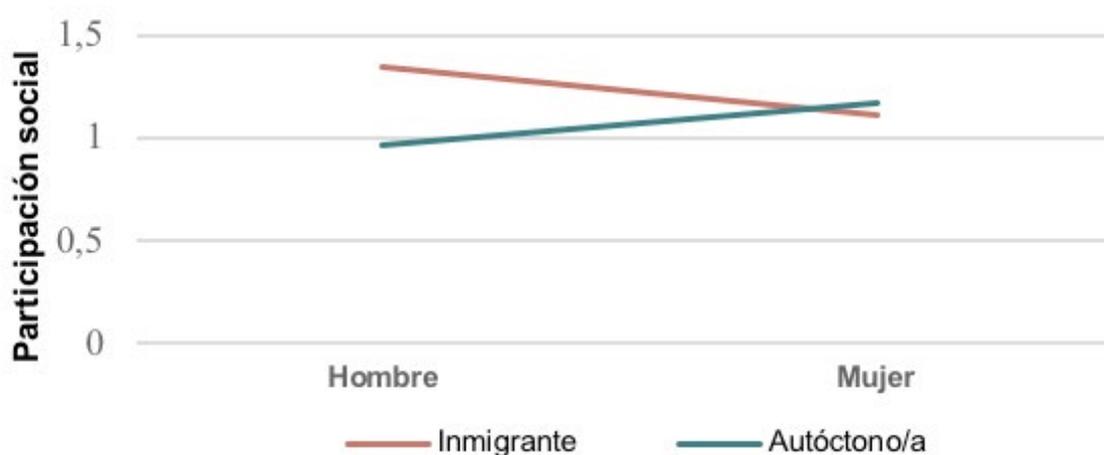
**Figura 1**

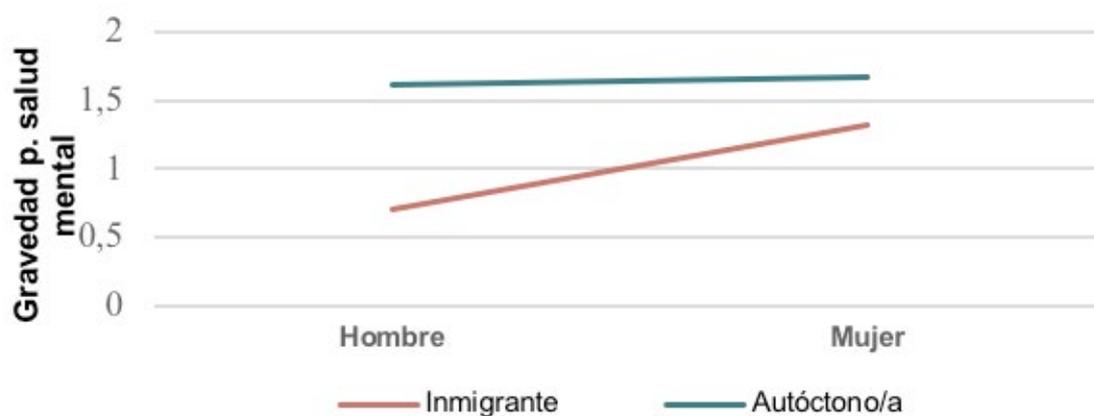
*Género x Procedencia para adaptación social*



**Figura 2**

*Género x Procedencia para participación social*



**Figura 3***Género x Procedencia para salud mental*

Se realizaron los análisis de efectos simples para estudiar la interacción entre Género x Procedencia. De acuerdo con ellos, en la condición de inmigrante no había diferencias significativas entre hombres y mujeres, mientras que en la condición de autóctono/a los hombres tienen más ingresos económicos que las mujeres ( $p < 0.05$ ). Se puede apreciar que los hombres inmigrantes accedían a una ocupación con más frecuencia que las mujeres inmigrantes ( $p < 0.01$ ), en cambio en el grupo de personas autóctonas no se observaron estas diferencias.

Por otra parte, las mujeres autóctonas presentaban mayor nivel de adaptación social que los hombres autóctonos ( $p < 0.01$ ), pero no hay diferencias entre hombres y mujeres inmigrantes. Asimismo, se determinó que, en la condición de autóctono/a, las mujeres tenían una mayor participación social que los hombres y en la condición de inmigrante es al contrario ( $p < 0.001$ ). Igualmente, en el grupo de personas inmigrantes las mujeres mostraban más discapacidad que los hombres inmigrantes ( $p < 0.01$ ), mientras que no había diferencias en la condición de autóctono/a. En relación con la gravedad de los problemas de salud mental, las mujeres inmigrantes informaban con mayor frecuencia problemas de salud mental comparadas con los hombres inmigrantes, y en la condición de autóctono/a no se encontraron diferencias ( $p < 0.001$ ). Por último, en la salud física se observó que, entre personas inmigrantes las mujeres presentaban más problemas en esta área, mientras que en las personas autóctonas no hay diferencias ( $p < 0.05$ ).

## 4.4 Modelos predictivos de problemas de salud en función del género

En la Tabla 3 se encuentran los resultados de los análisis de la regresión logística binaria para los trastornos mentales (sí, no) y la regresión múltiple para la salud física en función del género, revelan la capacidad predictiva de la dimensión económica-estructural, socio-cultural, autonomía funcional y de las variables sociodemográficas.

El modelo referido a los trastornos mentales en mujeres evidenció el 28% de la varianza,  $X^2(3, 245) = 28.57$ ,  $p < 0.001$ ,  $R^2 = 0.28$ , y se incluían como predictores significativos la ocupación ( $OR = 0.55$ ,  $p = 0.01$ ), la adaptación social ( $OR = 0.35$ ,  $p = 0.27$ ) y la discapacidad ( $OR = 2.21$ ,  $p = 0.004$ ). El modelo referido a los problemas de salud física reveló el 12% de la varianza en mujeres,  $F(3, 139) = 7.27$ ,  $p < 0.001$ ,  $R^2 = 0.12$ , y abarcaba como variables predictoras la falta de alojamiento e infravivienda ( $\beta = 0.30$ ,  $p = 0.000$ ), la edad ( $\beta = 0.19$ ,  $p = 0.01$ ) y la vivienda compartida ( $\beta = 0.16$ ,  $p = 0.05$ ).

El modelo asociado a los trastornos mentales en hombres predecía el 58% mediante una combinación de cinco variables,  $X^2(5, 733) = 252.14$ ,  $p < 0.001$ ,  $R^2 = 0.58$ : vivienda compartida ( $OR = 0.40$ ,  $p = 0.01$ ), adaptación social ( $OR = 0.48$ ,  $p = 0.001$ ), participación social ( $OR = 0.36$ ,  $p = 0.000$ ), discapacidad ( $OR = 2.97$ ,  $p = 0.000$ ) e incapacidad laboral ( $OR = 2.30$ ,  $p = 0.004$ ). Mientras que, el modelo de salud física para hombres explicaba el 23% de la varianza,  $F(5, 442) = 28.09$ ,  $p < 0.001$ ,  $R^2 = 0.23$ , e incluía las siguientes variables predictoras por orden de relevancia: edad ( $\beta = 0.32$ ,  $p = 0.000$ ), discapacidad ( $\beta = 0.17$ ,  $p = 0.000$ ), adaptación social ( $\beta = -0.16$ ,  $p = 0.000$ ), ingresos económicos ( $\beta = -0.11$ ,  $p = 0.01$ ), y nivel educativo ( $\beta = -0.11$ ,  $p < 0.01$ ).

**Tabla 3***Modelos de regresión para los problemas de salud en función del género*

|  | MUJERES          |        |           | HOMBRES          |         |           |
|--|------------------|--------|-----------|------------------|---------|-----------|
|  | TRASTORNO MENTAL |        | S. FÍSICA | TRASTORNO MENTAL |         | S. FÍSICA |
|  | B                | O.R.   | $\beta$   | B                | O.R.    | $\beta$   |
| <b>Dimensión económica-estructural</b> |                  |        |           |                  |         |           |
| Sin alojamiento/Infra                  |                  |        | 0.30***   | -                | -       | -         |
| Vivienda compartida                    | -                | -      | 0.16*     | -0.91            | 0.40*   | -         |
| Ocupación                              | -0.60            | 0.55*  | -         | -                | -       | -         |
| Ingresos económicos                    | -                | -      | -         | -                | -       | -0.11**   |
| <b>Dimensión socio-cultural</b>        |                  |        |           |                  |         |           |
| Adaptación social                      | -1.04            | 0.35*  |           | -0.74            | 0.48**  | -0.16***  |
| Participación social                   | -                | -      | -         | -1.03            | 0.36*** | -         |
| Apoyo social                           | -                | -      | -         | -                | -       | -         |
| <b>Autonomía funcional</b>             |                  |        |           |                  |         |           |
| Discapacidad                           | 0.79             | 2.21** |           | 1.09             | 2.97*** | 0.17***   |
| Incapacidad laboral                    | -                | -      | -         | 0.83             | 2.30**  | -         |
| <b>Sociodemográficas</b>               |                  |        |           |                  |         |           |
| Nivel educativo                        | -                | -      |           | -                | -       | -0.11**   |
| Condición de inmigrante                | -                | -      | -         | -                | -       | -         |
| Edad                                   |                  |        | 0.19**    | -                | -       | 0.32***   |
| Modelo $X^2/F$                         | 28.57***         |        | 7.27***   | 245.15***        |         | 28.09***  |
| $R^2$ Nagelkerke/ $R^2$                | 0.28             |        | 0.12      | 0.58             |         | 0.23      |

Nota. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

## 5 Discusión

La relación entre la exclusión social, la salud física y la salud mental es un tema relevante en el contexto científico. Hay una tendencia a la homogeneización del perfil de las personas que viven en riesgo de exclusión social, aunque de hecho suele estar integrado por personas con características y necesidades distintas. Por ello, se ha considerado de especial interés analizar las diferencias de género y la procedencia de las personas en riesgo de exclusión social, junto con los problemas de salud física y mental.

El primer objetivo del estudio fue explorar las diferencias entre la dimensión económica-estructural, la socio-cultural y la situación de salud de las personas en riesgo de exclusión social de acuerdo con el género y la procedencia. Los resultados mostraron que la población inmigrante que está en riesgo de exclusión social es más joven que la autóctona, hallazgos similares a los de investigaciones previas (Aerny et al., 2010; Carrasco-Garrido et al., 2009). Respecto a las hipótesis planteadas, se corroboró que las mujeres y hombres inmigrantes presentaban menor acceso a la ocupación y, en consecuencia, menos ingresos económicos que las personas autóctonas. Estos resultados son coherentes con informes recientes sobre la exclusión social en España donde se resaltaba que las personas más jóvenes de origen extranjero tenían mayor riesgo de vivir en situación de exclusión social en comparación a las personas autóctonas de la misma edad (Llano, 2020). Además, el nivel educativo entre las mujeres de origen extranjero era menor en comparación con el de las autóctonas, lo cual podría explicar el limitado acceso al empleo y el menor nivel de ingresos económicos. De ese modo, el nivel educativo podría ser un elemento protector. De hecho, resultados previos señalaron que las mujeres sin hogar con un buen nivel educativo tenían más facilidad para la búsqueda de apoyos y así prevenir la cronificación de su situación (Matulič et al., 2020).

Por otro lado, la segunda hipótesis predecía un déficit en la dimensión socio-cultural en personas autóctonas e inmigrantes. Esta hipótesis se cumplió parcialmente, pues en las mujeres no se observaron diferencias, mientras que los hombres inmigrantes mostraron mayor adaptación y participación social que los hombres autóctonos. Ante las problemáticas a las que se enfrentan las personas inmigrantes, la red de apoyo social podría facilitar recursos y ayuda instrumental, además del apoyo emocional y oportunidades de participación social (Hernández et al., 2004), lo cual parece ser un aspecto relevante entre hombres inmigrantes. Sin embargo, resultados previos indican

que entre mujeres (tanto autóctonas como inmigrantes) en riesgo de exclusión social informaron sentirse solas o abandonadas (Vázquez y Panadero, 2020). Referente a las mujeres inmigrantes, resultados previos indican que el menor dominio del idioma, el sometimiento a roles culturales y la carga de trabajo de cuidados, disminuyen las oportunidades para el desarrollo de la vida social (Giró y Fernández, 2004).

Por otro lado, en este estudio se hipotetizaba que la población inmigrante tendría menos problemas de salud física y mental que las personas autóctonas, al igual que un menor consumo de sustancias. Sin embargo, el resultado de la investigación confirmó parcialmente esta hipótesis, pues se observaron más problemas de salud mental y física en la población autóctona sólo en el caso de los hombres. Entre mujeres autóctonas e inmigrantes no se observaron diferencias. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Vázquez y Panadero (2020) donde mostraron que entre mujeres sin hogar, autóctonas e inmigrantes, presentaban un pobre estado de salud, una alta prevalencia de discapacidad y diversas enfermedades graves o crónicas, no habiendo diferencias entre ambos grupos. En la condición de inmigrante, las mujeres han evaluado peor su salud en comparación a los hombres (Gotsens et al., 2015; Setia et al., 2012), lo cual podría ser consecuencia de la segregación ocupacional, menor apoyo social y la falta de recursos económicos (Gotsens et al., 2015). En el caso de los hombres inmigrantes se confirmó que tenían una mejor salud que los hombres autóctonos, en línea con los hallazgos de diversos estudios (Breslau et al., 2009; Schaffer et al., 2009; Stafford et al., 2010).

El segundo objetivo era analizar si existían diferencias entre hombres y mujeres en función de su procedencia en la dimensión económica-estructural, socio-cultural, discapacidad y salud. Los hombres autóctonos informaron más ingresos económicos y mayor acceso al empleo que las mujeres autóctonas, lo cual puede responder a la brecha salarial entre hombres y mujeres (Llano, 2020). Lo anterior se ve apoyado, por ejemplo, con el estudio de Vázquez et al. (2019), en el que se halló que las mujeres presentaban mayor nivel educativo, pero su acceso al empleo y sus ingresos económicos eran menores que el de los hombres en las mismas condiciones. Cabe mencionar que no se encontraron diferencias entre mujeres autóctonas e inmigrantes en cuanto a los ingresos económicos.

Por otro lado, las mujeres inmigrantes presentaban con frecuencia una condición de discapacidad, la cual se podría explicar por la elevada presencia de problemas de salud mental y física en comparación con los hombres inmigrantes. Congruentemente, con otros estudios, las

mujeres inmigrantes presentaban un mayor riesgo de padecer discapacidad en comparación a los hombres de su mismo grupo (Casillas-Clot et al., 2021; Díaz et al., 2008). Como es lógico, las dificultades económicas sumadas a los problemas de salud física y mental, y a la discapacidad hace que la situación de las mujeres inmigrantes sea peor, lo cual podría ser un factor de riesgo para vivir en una situación de exclusión social grave que se vuelva crónica (Roca et al., 2019).

El tercer objetivo fue proponer un modelo predictivo de los problemas de salud (trastorno mental y salud física) a partir de la dimensión económica-estructural, socio-cultural, autonomía funcional y características sociodemográficas, en función del género. Se observó que, en los hombres, el menor nivel de ingresos económicos se relaciona con más problemas de salud física. Estos resultados concuerdan con estudios que afirman una asociación positiva entre la privación material y la mortalidad en hombres de la población general (Saito et al., 2012). También en el caso de los hombres inmigrantes se asoció el bajo nivel socioeconómico con el elevado riesgo de padecer problemas de salud física y mental (Setia et al., 2012). Adicionalmente, la variable predictora más destacable fue la discapacidad, tanto para hombres como para mujeres, lo cual permite confirmar la hipótesis de que la discapacidad se asocia a un peor estado de salud físico y mental (Guillén et al., 2021).

En resumen, en la intersección entre el género y la procedencia, las mujeres inmigrantes presentaban una elevada vulnerabilidad ante la exclusión social, los problemas de salud y la discapacidad. Por lo que, el factor migratorio podría actuar como potenciador de situaciones de exclusión social. A eso se le suma las múltiples dificultades en el acceso a la vivienda y el empleo, aspectos que se ven agravados por la precaria situación económica, las irregularidades administrativas y la debilidad de las redes de apoyo social (Matulič et al., 2020). Cabe destacar que, la condición de las mujeres autóctonas también reviste importancia, debido a la elevada prevalencia de problemas de salud, así como déficit en el ámbito económico y socio-cultural.

Ahora bien, una de las limitaciones de este estudio es que ambos grupos, inmigrantes y autóctonos, no son grupos equiparables en edad. Por eso, con el objetivo de paliar esta situación se controló la variable edad a través del análisis ANCOVA. Otra limitación es que las personas participantes en el estudio son beneficiarias de prestaciones y diversos tipos de ayuda en los programas de inclusión social, por lo que las necesidades de naturaleza básica están cubiertas. Aun así, una de las principales fortalezas del estudio es la contribución a la literatura científica de los perfiles psicosociales diferenciales en función del género y la procedencia de las personas en riesgo

de exclusión que han comenzado un itinerario de inclusión social. El diseño de la intervención con las personas en exclusión social no puede tener un enfoque único y las intervenciones y servicios deben adaptarse en función del tipo de programa, el género, y procedencia, entre otras variables. En el caso de las mujeres, sería útil implementar dispositivos orientados a ellas y promover una atención integral, incluyendo la salud como un aspecto clave (Matulič et al., 2019), ya que se ha observado en este estudio la menor presencia de mujeres, aun cuando su situación económica y social es peor que la de los hombres a nivel nacional.

## 6 Referencias

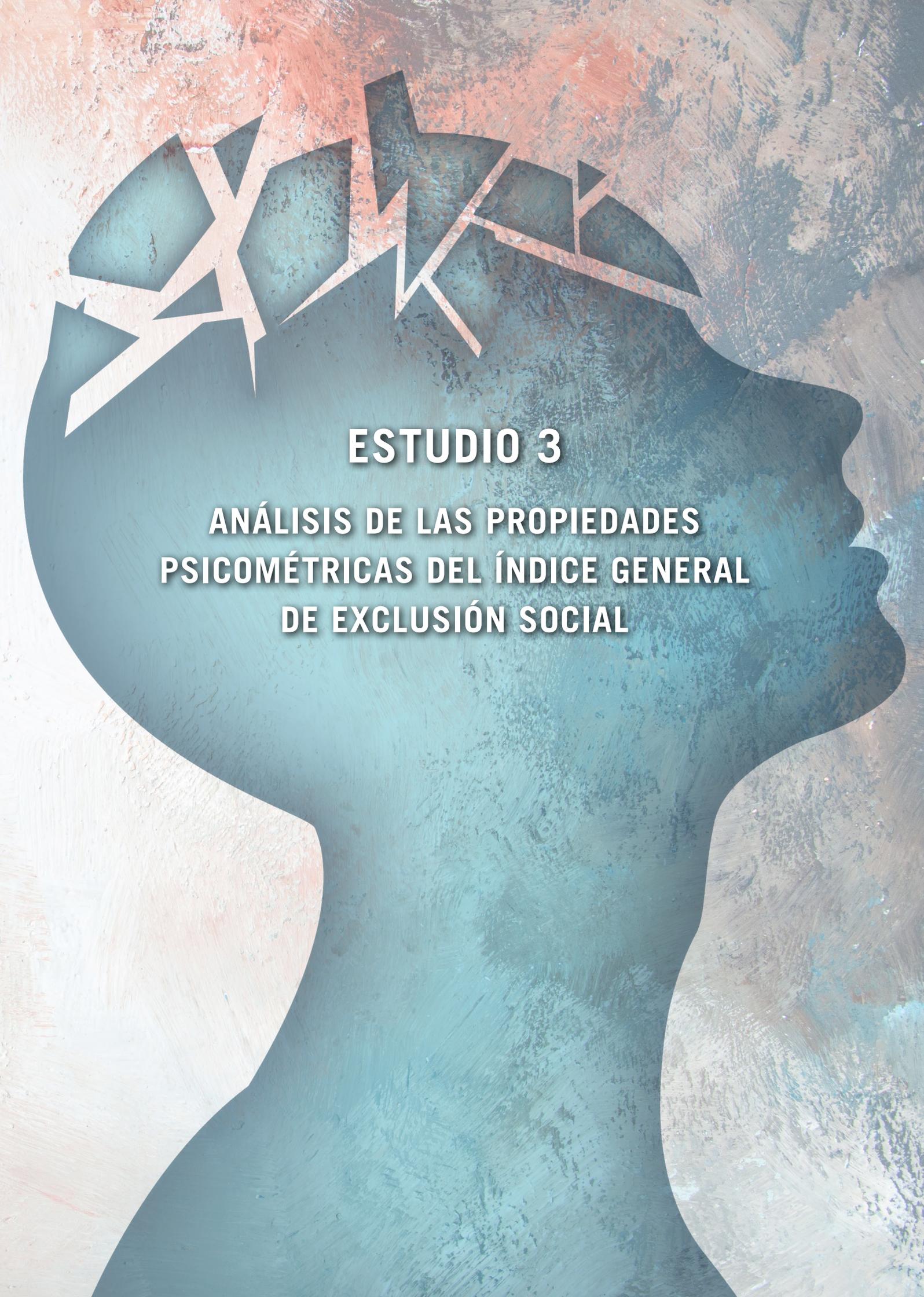
- Aerny, N., Ramasco, M., Cruz, J., Rodríguez, C., Garabato, S. y Rodríguez, Á. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.10.007>
- Baah, F., Teitelman, A. y Riegel, B. (2019). Marginalization: Conceptualizing patient vulnerabilities in the framework of social determinants of health—An integrative review. *Nursing Inquiry*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/nin.12268>
- Belzunegui-Eraso, A., Pastor-Gosálbez, I., Puig-Andreu, X. y Valls-Fonayet, F. (2018). Risk of exclusion in people with disabilities in Spain: Determinants of health and poverty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph15102129>
- Bones, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la encuesta nacional de salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389–395.
- Breslau, J., Borges, G., Hagar, Y., Tancredi, D. y Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: Variation by origin and age at immigration. *Psychological Medicine*, 39(7), 1117–1127. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004698>
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández, V., López, A. y Gil, Á. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9(201), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-201>
- Casillas-Clot, J., Pereyra-Zamora, P. y Nolasco, A. (2021). Determinants of disability in minority populations in Spain: A nationwide study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073537>
- Castañeda, H., Holmes, S., Madrigal, D., DeTrinidad, M., Beyeler, N. y Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36, 375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO.
- Crespi-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I. y Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010327>
- Díaz, E., Huete, A., Huete, M. y Jiménez, A. (2008). *Las personas con discapacidad en España*. Ministerio de Trabajo e Inmigración. <http://hdl.handle.net/10272/10904%5Cnhttp://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.03.01.02>
- Fajardo-Bullón, F., Esnaola, I., Anderson, I. y Benjaminsen, L. (2019). Homelessness and self-rated health: Evidence from a national survey of homeless people in Spain. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7380-2>
- Flores, J. (2020). Proyecto migratorio y realidad social: Construcción de redes sociales de las mujeres inmigrantes en España. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 15(7).
- FOESSA. (2022a). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la Covid-19 en España*. Fundación FOESSA. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2022/01/Conclusiones-Informe-FOESSA-2022.pdf>

- FOESSA. (2022b). *Informe sobre exclusión y desarrollo social Euskadi*. Fundación FOESSA. <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/02/Informes-Territoriales-2022.-EUSKADI.pdf>
- García-Subirats, I., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M., y Vázquez, M. (2014). Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10182–10201. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010182>
- Giró, J. y Fernández, A. (2004). *Mujeres inmigrantes: invisibilidad y práctica cotidiana*. Instituto de Estudios Riojanos.
- Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., García-Subirats, I., Hernando, C. y Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: The loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *European Journal of Public Health*, 25(6), 923–929. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv126>
- Groton, D. y Radey, M. (2019). Social networks of unaccompanied women experiencing homelessness. *Journal of Community Psychology*, 47(1), 34–48. <https://doi.org/10.1002/jcop.22097>
- Guillén, A. I., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2021). Disability, health, and quality of life among homeless women: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 9(4). <https://doi.org/10.1037/ort0000559>
- Hawkes, S. y Buse, K. (2013). Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, 381(9879), 1783–1787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
- Hernández, S., Pozo, C. y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes: ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, 80(80), 79–96.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* [Social exclusion in the Netherlands]. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Johnstone, M., Jetten, J., Dingle, G. A., Parsell, C. y Walter, Z. C. (2015). Discrimination and well-being amongst the homeless: The role of multiple group membership. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00739>
- Kapilashrami, A. (2018). How serious are global health leaders about gender equality? *BMJ*, 361(k1462). <https://doi.org/10.1136/bmj.k1462>
- Llano, J. (2019a). *IX Informe: El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2018*. EAPN. [https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe\\_AROPE\\_2019.pdf](https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019.pdf)
- Llano, J. (2019b). *La desigualdad en la salud*. EAPN. <https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937/informe-pobreza-y-salud-vf.pdf>
- Llano, J. (2020). *X Informe: El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2019*. EAPN. [https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe\\_AROPE\\_2020\\_Xg35pbM.pdf](https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2020_Xg35pbM.pdf)
- Malgesini, G. (2020). *Género y Pobreza: determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sociosanitarios de las mujeres*. EAPN. <https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1609253292/gnero.pdf>
- Matulič, V., De Vicente-Zueras, I., Boixadós-Porquet, A. y Caïs-Fontanella, J. (2019). Las mujeres sin hogar: Realidades ocultas de la exclusión residencial. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(16), 49–68. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>

- Matulič, V., Munté, A. y De Vicente, I. (2020). Female Homelessness: An Approach to the intersection between gender, age and migration processes. *RASP-Research on Ageing and Social Policy*, 8(1), 57–85. <https://doi.org/10.4471/rasp.2020.4724>
- Monreal, M., Cárdenas, R. y Martínez, B. (2019). Estereotipos, roles de género y cadena de cuidado. Transformaciones en el proceso migratorio de las mujeres. *Collectivus, Revista de Ciencias Sociales*, 6(1), 83–97. <https://doi.org/10.15648/coll.1.2019.06>
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. y Vázquez, J. J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175–180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Saito, M., Kondo, N., Kondo, K., Ojima, T. y Hirai, H. (2012). Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Social Science and Medicine*, 75(5), 940–945. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.006>
- Sánchez, E. (2019). *Desigualdades sociales en salud* (VIII Informe). Fundación FOESSA.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Kurdyak, P. y Levitt, A. (2009). Differences in prevalence and treatment of bipolar disorder among immigrants: Results from an epidemiologic survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 734–742. <https://doi.org/10.1177/070674370905401103>
- Servicio de Información e Investigación Social (SIIS) y Fundación Eguía-Careaga. (2021). *V Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020*. [https://mintegia.siis.net/files/descargas/Resumen\\_Ejecutivo\\_2020.pdf](https://mintegia.siis.net/files/descargas/Resumen_Ejecutivo_2020.pdf)
- Setia, M. S., Quesnel-Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant, P. y Lynch, J. (2012). Different outcomes for different health measures in immigrants: Evidence from a longitudinal analysis of the National population health survey (1994–2006). *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), 156–165. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9408-7>
- Stafford, M., Newbold, B. K. y Ross, N. A. (2010). Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: A contextual analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428–441. <https://doi.org/10.1177/0020764010365407>
- Van Bergen, A. P. L., van Loon, A., Hoff, S., Wolf, J. y van Hemert, A. M. (2021). The cumulation of ill health and low agency in socially excluded city dwellers in the Netherlands: How to better identify high-risk/high-need population segments with public health survey data. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 0–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01471-w>
- Vázquez, J. J. y Panadero, S. (2020). Meta-stereotypes among women living homeless: Content, uniformity, and differences based on gender in Madrid, Spain. *Journal of Community Psychology*, 48(5), 1316–1326. <https://doi.org/10.1002/jcop.22327>
- Vázquez, J. J., Panadero, S. y García-Perez, C. (2020). Immigrant women living homeless in Madrid (Spain). *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(5), 633–643. <https://doi.org/10.1037/ort0000488>
- Vázquez, J. J., Panadero, S. y Pascual, I. (2019). The particularly vulnerable situation of women living homeless in Madrid (Spain). *Spanish Journal of Psychology*, 22(e52), 1–9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.58>

- WHO. (2010). *Poverty, Social Exclusion and Health Systems in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.
- Wilsnack, R., Wilsnack, S. y Obot, I. (2005). Why study gender, alcohol and culture? *In alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries* (pp. 1–12). World Health Organization. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01721.x>
- Winetrobe, H., Wenzel, S., Rhoades, H., Henwood, B., Rice, E. y Harris, T. (2017). Differences in health and social support between homeless men and women entering permanent supportive housing. *Women's Health Issues, 27*(3), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.011>





## **ESTUDIO 3**

**ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES  
PSICOMÉTRICAS DEL ÍNDICE GENERAL  
DE EXCLUSIÓN SOCIAL**



# 1 Introducción

La falta de consenso en la definición de la exclusión social se refleja en la escasez de instrumentos que midan este concepto, ya que existe una brecha entre el concepto teórico y el análisis empírico de la exclusión social, pues no hay un acuerdo sobre las dimensiones que incluye (Böhnke, 2004). Sin embargo, para diseñar, implementar y evaluar estrategias orientadas a la lucha contra la exclusión social se requiere de instrumentos válidos y fiables para monitorear los resultados (Diez y Fumanal, 2021). Tradicionalmente las encuestas europeas diseñadas para monitorear la exclusión social emplean medidas de pobreza, basándose en la hipótesis que considera el desempleo y la pobreza como los principales promotores de los procesos de exclusión social (Böhnke, 2004). Por ejemplo, en el contexto europeo y español, el seguimiento de la pobreza y exclusión social se mide a través del indicador AROPE –At Risk Of Poverty and/or Exclusion–, este es el indicador propuesto por la Unión Europea en el marco de la Estrategia Europa, 2020 y la Agenda 2030 –Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la ONU. La Red Europea de la Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN) presenta anualmente una evaluación rigurosa de la evolución del indicador AROPE en España y sus comunidades autónomas.

El índice AROPE agrupa tres subindicadores: tasa de riesgo de pobreza, carencia material severa de bienes y hogares que presentan muy baja intensidad laboral. El último informe de exclusión social indica que en España el 26.4% de la población se encontraba en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Asimismo, alertan que los datos españoles se encuentran por encima de la media del conjunto de la Unión Europea en variables de pobreza, exclusión social y desigualdad (Llano, 2021). Cabe señalar que la definición utilizada por el indicador AROPE tiene mayor predominio de la dimensión económica-laboral y es imprecisa porque no puede distinguir entre pobreza y exclusión (Diez y Fumanal, 2021). Si bien es cierto que la pobreza y los indicadores relacionados al ámbito económico laboral tienen mayor predominio en la literatura científica se observó un elevado número de instrumentos desarrollados para medir la exclusión social o la inclusión social fueron diseñados para entornos clínicos de salud (O'Donnell et al., 2018; Van Bergen et al., 2014) y otros específicamente para personas con problemas de salud mental (Australian Mental Health Outcomes and Classification Network [AMHOCN], 2015; Huxley et al., 2006). Por otro lado, una extensa revisión sobre enfoques conceptuales e instrumentos de medición de la exclusión social (Morgan et al., 2007) señaló que un gran número estudios empíricos empleaba una lista de indicadores sociales para medir la exclusión social. Algunos de estos trabajos (e.g., Bradshaw et al., 2000; Tsakloglou

y Papadopoulos, 2002) incluían una lista de indicadores y a través de los datos de las encuestas europeas obtenían medidas comunes para medir la prevalencia de la exclusión social.

La exclusión social se ha medido desde diversas perspectivas. Por un lado, se encuentran estudios que midieron la exclusión social a través de las medidas del desempleo (Pohlan, 2019), la disponibilidad de la red de apoyo (Chan y Wong, 2020; Marinucci y Riva, 2021), la participación social (Chakravarty y D'Ambrosio, 2019), el limitado acceso a las instituciones sociales (Paugman y Russell, 2000), menor acceso a los derechos sociales (Room, 1995). Sin embargo, los fundamentos teóricos de estas medidas no son lo suficientemente claras (Chakravarty y D'Ambrosio, 2019) y con frecuencia dan como resultado mediciones inexactas de la exclusión social, en tanto que no hay distinción entre los indicadores directos e indirectos y los factores de riesgo. Por ello, se precisa de más investigación para el desarrollo de indicadores fiables (Morgan et al., 2007). Además, según nos consta, no hay instrumentos que midan únicamente la exclusión social de forma breve y multidimensional. En este estudio se utiliza el Índice General de Exclusión Social del Instituto Holandés de Investigación Social (SCP), desarrollado por Jehoel-Gijsbers (2004) en el ámbito europeo, el cual aporta una medición directa de la exclusión social incluyendo una conceptualización multidimensional, ha sido validado, y es breve (Van Bergen et al., 2017; Vrooman y Hoff, 2013). Con base a lo anterior, este modelo define la exclusión social como la Participación social limitada, la Falta de integración normativa, la Privación material y el Acceso limitado a los derechos sociales básicos; además, este modelo indica que la exclusión social va más allá de la falta de ingresos económicos, ya que esto podría compensarse con una elevada participación social. Por lo que, para que se considere que una persona vive en situación de exclusión social habría que sufrir privaciones en más de un área y a lo largo del tiempo (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004). Este modelo teórico propone un conjunto de indicadores para construir un Índice General de Exclusión Social (IGES) utilizado en la población general. Así, los hallazgos indican que la dimensión teórica de "falta de integración normativa" no demostró propiedades psicométricas adecuadas; en cambio, las otras tres dimensiones presentaron resultados adecuados para medir la exclusión social (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004; 2008).

Este instrumento fue adaptado y validado en Turquía, donde los análisis psicométricos mostraron una buena validez y fiabilidad (Bayram et al., 2011; Bayram et al., 2012). Sin embargo, a pesar de que se cubre un concepto multidimensional, debido a su extensión (72 ítems), es difícil de aplicar en encuestas. Además, los resultados previos muestran problemas en la dimensión de

falta de integración normativa; por ello, Vrooman y Hoff (2013) realizaron un estudio enfocado en mejorar y reducir su extensión mediante una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. El nuevo índice lo construyeron a través del análisis de correlación canónica no lineal, donde se analizaron todas las variables y se eliminaron los ítems que eran más débiles. Además, llevaron a cabo un grupo focal donde recogieron los aspectos relevantes que debería incluir la medición de la exclusión social, y propusieron cambios y adaptaciones. De esta forma, propusieron un índice general con 15 ítems, con 3 a 4 indicadores para cada una de las dimensiones de la exclusión social (Privación material, Derechos sociales, Integración normativa, Participación social). Las correlaciones de esta dimensión con el índice general eran bastante elevadas, pues oscilaban entre 0.68 y 0.77; e, igualmente, ésta se asoció con la percepción subjetiva de la exclusión social, medida a través de la pregunta “¿a veces te sientes como si estuvieras fuera de la sociedad?” hecha a las personas participantes. Más adelante, dicha dimensión se vinculó con diversos factores de riesgo: el bajo nivel educativo, el origen extranjero, los solteros/as, las familias monoparentales, los problemas de salud, los ingresos económicos bajos y el poco dominio del idioma autóctono. Por todo esto, se concluyó que los 15 ítems de esta versión abreviada cubren los elementos teóricos del modelo propuesto por Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2004), y que el instrumento es válido para aplicarse a la población adulta.

Por su parte, Van Bergen et al. (2017) aplicaron la versión abreviada de dicho índice (Vrooman y Hoff, 2013). Obtuvieron coeficientes suficientes ( $\geq 0.70$ ) para las dimensiones *Participación Social* y *Privación Material*. En cambio, en las dimensiones de *Derechos sociales* e *Integración normativa* se obtuvieron coeficientes insuficientes (0.34 y 0.30), y la validez de contenido fue moderada. Por otro lado, se realizó una adaptación de este mismo instrumento en Irán, aplicado a familias monomarentales, en donde obtuvo un coeficiente adecuado para la dimensión de *Privación material* (0.94); coeficientes suficientes ( $\geq 0.70$ ) para las dimensiones *Participación Social* y *Derechos sociales* y un coeficiente bajo para la dimensión de *Integración normativa* (0.62) (Sharifian et al., 2018); las autoras señalan que, se hicieron adaptaciones a diversos ítems (del 1 al 7) en función de las condiciones sociales y culturales de Irán.

## 2 Objetivos

El primer objetivo era adaptar al castellano y consiguiente validación del Índice General de Exclusión Social propuesto por Vrooman y Hoff (2013) a la población española. Para ello se ha llevado a cabo un análisis comprensivo de la estructura interna en una muestra de población española en riesgo social. De esta forma se podría ofrecer una versión del instrumento que pueda ser utilizada por profesionales de diferentes ámbitos de la evaluación y la intervención en el contexto de la exclusión social. Se examinará si el modelo de cuatro factores (Privación material, Participación social limitada, Falta de integración normativa, Acceso limitado a los derechos sociales básicos) encontrado en la versión abreviada del instrumento (Van Bergen et al., 2017) se adapta a la población española en riesgo de exclusión social. El segundo objetivo era presentar evidencias de la fiabilidad del instrumento, así como su validez concurrente analizando sus relaciones con los autoinformes de los/as participantes en cuanto a la salud física y mental.

## 3 Método

### 3.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 208 personas en riesgo de exclusión social. Las y los participantes de este estudio procedieron de tres grupos diferentes: recursos de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa ( $n= 163$ ), centros de la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [Agifes] ( $n= 36$ ) y personas de la población general en situación de desempleo quienes no eran beneficiarios/as de ayudas y/o programas de los servicios sociales ( $n= 9$ ). Las características de los programas de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa se detallan en la introducción de la presente tesis. Las personas que participaban en Agifes se encontraban en centros de rehabilitación psicosocial, los cuales están dirigidos a favorecer el desarrollo cognitivo y psicosocial de las personas que viven con una enfermedad mental. El objetivo principal de estos centros es potenciar la autonomía en su vida diaria y su integración en la sociedad. Estas plazas están concertadas por el sistema socio-sanitario y son de competencia municipal. Por otro lado, las personas que se encontraban en situación de desempleo fueron reclutadas a través de un cuestionario online orientado a la población general.

Las personas participantes en el estudio deberían cumplir con los siguientes criterios: tener entre 18 y 60 años, ser participantes de los programas y centros orientados a la inclusión social o estar en situación de desempleo y poseer un nivel óptimo de castellano. Se consideraron no aptas para ser incluidas en el estudio personas con un trastorno mental grave en fase activa, estar bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas y necesitar la autorización de un tutor o tutora. Las características sociodemográficas de las personas participantes eran similares a las de estudios previos de personas en situación de exclusión social grave en el contexto español (Panadero-Herrero y Muñoz-López, 2014; Villegas et al., 2021). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas más relevantes de las personas participantes en el estudio. Mayoritariamente hombres (72.1%), con una mediana etaria de 44 ( $DT= 15.62$ ), de nacionalidad española (57.2%) y principalmente solteras (70.7%). Además, las personas sin empleo y personas de bajos ingresos económicos (menos de 600 € al mes) estaban sobrerrepresentados en la muestra, en comparación con la población general española, donde el 15.2% se encuentra en desempleo (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2021) y la renta media anual por persona es de 12.292 € (Llano, 2021).

**Tabla 1***Características sociodemográficas de las personas participantes del estudio*

| VARIABLE                              | N   | %     |
|---------------------------------------|-----|-------|
| <b>Género</b>                         |     |       |
| Mujer                                 | 57  | 27.4% |
| Hombre                                | 150 | 72.1% |
| Otras opciones                        | 1   | 0.5%  |
| <b>Edad</b>                           |     |       |
| Mediana                               |     | 44    |
| <b>Nacionalidad española</b>          |     |       |
| Autóctono/a                           | 119 | 57.2% |
| Extranjero/a                          | 89  | 42.8% |
| <b>Comunitario/a</b>                  |     |       |
| Comunitario/a                         | 9   | 10.3% |
| Extracomunitario/a                    | 78  | 89.7% |
| <b>Situación legal-administrativa</b> |     |       |
| Con permiso residencia                | 48  | 55.2% |
| Sin permiso de residencia             | 39  | 44.8% |
| <b>Estado civil</b>                   |     |       |
| Casado/a                              | 22  | 10.6% |
| Divorciado/a                          | 35  | 16.8% |
| Viudo/a                               | 4   | 1.9%  |
| Soltero/a                             | 147 | 70.7% |
| <b>Nivel educativo</b>                |     |       |
| Estudios universitarios               | 10  | 4.9%  |
| Estudios secundarios                  | 101 | 49.8% |
| Estudios primarios                    | 77  | 37.9% |
| Sin estudios                          | 15  | 7.4%  |

| VARIABLE                            | N   | %     |
|-------------------------------------|-----|-------|
| <b>Grupo de ingresos económicos</b> |     |       |
| Más de 3000 €                       | 5   | 2.5%  |
| Entre 2001 € y 2500 €               | 12  | 6%    |
| Entre 1501 € y 2000 €               | 8   | 4%    |
| Entre 1000 € y 1500 €               | 15  | 7.5%  |
| Entre 651 € y 1000 €                | 40  | 20.1% |
| 650 € o menos                       | 96  | 47.8% |
| No dispone de ingresos              | 25  | 12.4% |
| <b>Empleo</b>                       |     |       |
| Sí                                  | 29  | 13.9% |
| No                                  | 179 | 86.1% |

## 3.2 Instrumento y variables

### 3.2.1 Características sociodemográficas

*Género* (hombre, mujer, otro); *edad* (años); *estado civil* (soltero/a, casado/a, divorciado/a y viudo/a); *procedencia* (autóctona, extranjera); *origen* (comunitario/a, extracomunitario/a); *situación legal-administrativa* (con permiso de residencia legal, sin permiso de residencia legal); *nivel de escolaridad* (sin estudios, primarios, estudios secundarios –incluye educación secundaria obligatoria [ESO]–, bachiller/formación profesional y estudios universitarios); *empleo* (sí, no); *tipo de vivienda* (vivienda particular familiar, vivienda colectiva no institucional, vivienda colectiva institucional, sin alojamiento); *grupo de ingresos económicos* (más de 3000 €, entre 2001 € y 2500 €, entre 1501 € y 2000 €, entre 1001 € y 1500 €, entre 651 € y 1000 €, 650 € o menos, no dispongo de ingresos). *Beneficiaria de ayudas económicas* (número de ayudas económicas recibidas).

### 3.2.2 Problemas de salud

*Situación de discapacidad* (no, en proceso de valoración, sí); *tipo de discapacidad* (no tiene discapacidad, física, intelectual, psíquica, física y psíquica); *ayudas económicas vinculadas a la situación de discapacidad* (no, sí); *diagnóstico de trastorno mental* (no, sí); *asiste a centro de salud mental* (no, sí); *Problemas de salud física en la actualidad* (excelente, buena, regular, mala).

### 3.2.3 Índice General de Exclusión Social (IGES; Vrooman y Hoff, 2013).

El índice evalúa el nivel de exclusión social y se conforma de 15 ítems. Las dimensiones teóricas de la exclusión social son: Acceso limitado a los derechos sociales básicos, Participación social limitada, Falta de integración normativa y Privación material. Cada una de estas dimensiones está representada por 3 o 4 ítems, con una escala likert de 0 (Nunca) a 4 (Siempre). De los 15 ítems, dos son negativos (ítems 2 y 8) y el resto son positivos.

## 3.3 Procedimiento

Este estudio corresponde a un diseño de investigación no experimental, a través del método de encuesta transversal. Se trata de un muestreo no aleatorio, en el que la búsqueda de las personas participantes es intencionada con base en las variables destacadas del estudio: riesgo de exclusión social y/o problemas de salud mental. El período de la toma de datos corresponde al año 2019. La doctoranda estableció diversos contactos con las administraciones y asociaciones implicadas en el acceso a la muestra, con el objetivo de explicar los objetivos y el procedimiento para la administración del cuestionario, así como solicitar la autorización para el reclutamiento de personas participantes (ver Anexos 3 y 4).

El proceso de reclutamiento se llevó a cabo por las y los profesionales de la intervención, quienes extendían la invitación a las y los participantes de los servicios y programas; y estos se seleccionaron con base en los criterios de inclusión y su interés en participar. Posteriormente, se contactó telefónicamente con las y los profesionales de la intervención de cada servicio para concretar el lugar y el horario para llevar a cabo la actividad. La sesión se organizó de la siguiente manera: en un primer momento, se brindó la información sobre los objetivos del estudio a las personas participantes (hoja informativa) y se solicitó la cumplimentación del consentimiento informado (ver Anexo 5); posteriormente, se desarrolló el cuestionario. La administración del cuestionario se llevó a cabo en las instalaciones de los centros, y la sesión se realizó de forma grupal (3 a 5 personas)

o, en algunos casos, de forma individual; la duración era de 60 a 90 minutos. De la misma manera, la administración se realizó en forma de cuestionario guiado y se implementó el uso de pictogramas para aquellas personas que presentaban dificultades en la comprensión del formato de respuesta.

Con el fin de llegar a la población en situación de desempleo, se realizó una versión online del cuestionario y se distribuyó mediante la técnica de bola de nieve entre las personas en situación de desempleo. La persona responsable de la administración del cuestionario fue la doctoranda, quien tiene el grado en psicología y cuenta con experiencia en el trabajo en grupos de intervención psicosocial y en el ámbito clínico. Al finalizar la sesión, se brindó información sobre programas y servicios orientados a la atención psicológica. Cabe mencionar que el presente estudio contó con el apoyo de Cines SADE, que proporcionó 50 entradas al cine, las cuales se distribuyeron entre las personas participantes de Agifes y las personas en situación de desempleo; ello, como agradecimiento por su participación en el estudio.

El procedimiento de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad del País Vasco, CEISH-UPV/EHU (M10\_2018\_162). Estos resultados se han presentado en una reunión con las y los responsables de los programas y servicios, así como con las personas responsables del servicio y trabajadoras/es sociales de referencia que trabajan en la red secundaria de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en el mes de marzo del año 2020.

### 3.3.1 Traducción de ítems

Se ha llevado a cabo un proceso de traducción inversa de los 15 ítems siguiendo la recomendación de Hambleton y Patsula (1999) en la adaptación de un instrumento de medida de una cultura a otra. Cada elemento de la versión inglesa se ha traducido al castellano por dos traductores profesionales independientes. Tras compararse y discutirse las dos traducciones, se han reducido a una formulación única. A partir de esta versión, dos traductores de perfiles similares a los de la fase anterior, han traducido la versión en castellano al inglés. Después de comparar las dos versiones se ha logrado una versión única en inglés. Por último, se ha comparado cada ítem de la versión original en inglés con la versión adaptada inversamente, y examinado la posible falta de equivalencia de significado. En base a este análisis, se han realizado algunos cambios en la versión española del IGES. Más adelante, se realizó un estudio piloto con una versión en castellano a 12 personas –cinco de ellas en riesgo de exclusión social–, con el fin de identificar posibles dificultades o discrepancias con el idioma. No se hallaron dificultades en la versión en castellano.

### 3.4 Análisis de los datos

En primer lugar, se invirtieron los valores de los ítems positivos. Posteriormente, se calcularon los estadísticos descriptivos de todos los ítems (media, desviación estándar, asimetría y curtosis), los cuales se muestran en la Tabla 2. En segundo lugar, con el objetivo de identificar el número y la composición de las variables latentes que explican las respuestas a los ítems se llevó a cabo un análisis de componentes principales a través del método de extracción de rotación Varimax del IGES (Tabla 3). Previamente se calculó la factorización mediante el coeficiente KMO (medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Finalmente, entre los criterios empleados para evaluar los resultados, se tuvo en cuenta que un ítem podía ser asignado al factor si su peso factorial era superior a .40 (Staquet et al., 1998).

En tercer lugar, se realizó un análisis factorial confirmatorio (Figura 1), con el fin de contrastar la adecuación de la estructura factorial obtenida previamente. Para ello se probó el modelo que incluía cuatro factores latentes, los incluidos en el modelo teórico (Participación social limitada, Falta de integración normativa, Acceso limitado a los derechos sociales básicos y Privación material). La estimación de la bondad de ajuste se llevó a cabo mediante el método de Máxima Verosimilitud (ML). Por otro lado, para examinar el ajuste del modelo se utilizaron el índice de ajuste comparativo (CFI), que oscila entre 0 y 1, donde el .9 es el valor mínimo para considerarse un modelo adecuado (Bentler y Bonett, 1980); el índice de ajuste no normado (NNFI), el ajuste se considera aceptable si el valor no supera .95 (Schermelehh-Engel et al., 2003); y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), en el cual se considera un valor adecuado inferior a .08, y un valor deseable menor a .06 (Hu y Bentler, 1999). Para evaluar la consistencia interna se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach. Finalmente, para la validez concurrente se probó mediante los coeficientes de correlaciones de Pearson para variables tipo escala y en la variable dicotómica se utilizó el coeficiente de correlación biserial puntual, entre los puntajes de los factores latentes del IGES y la ocupación, nivel educativo, calidad de la vivienda, ingresos económicos, salud física, discapacidad y diagnóstico de problema de salud mental. Para realizar los análisis de datos univariados se utilizó el programa SPSS 27, mientras que para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el programa EQS 6.1 (Bentler, 2005).

## 4 Resultados

En la Tabla 2 se presentan los análisis descriptivos del IGES. Dos ítems tienen un índice de asimetría mayor que 1, y siete ítems tienen un índice de curtosis superior a 1. No obstante, ningún valor es superior a 2, por lo que no hay valores extremos en asimetría y curtosis.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de los ítems de IGES (n= 208)*

|   | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>AS</i> | <i>CU</i> |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Participación social limitada</b>  |          |           |           |           |
| Hay personas con las cuales puedo mantener una buena conversación                           | 0.85     | 1.00      | 0.90      | -0.26     |
| Me siento aislado/a del resto del mundo   | 1.33     | 1.31      | 0.48      | 0.17      |
| Hay personas que realmente me comprenden  | 1.23     | 1.15      | 0.73      | -0.19     |
| Tengo contacto con mis vecinos/as   | 1.98     | 1.40      | 0.05      | -1.24     |
| <b>Falta de integración normativa</b>   |          |           |           |           |
| Suelo donar para buenas causas  | 2.27     | 1.42      | -0.15     | -1.28     |
| En ocasiones ayudo a mis vecinos/as   | 2.14     | 1.44      | -0.10     | -1.34     |
| Suelo reciclar objetos de vidrio  | 1.00     | 1.38      | 1.21      | -0.16     |
| El trabajo es solo una manera de ganar dinero   | 2.10     | 1.64      | -0.12     | -1.60     |
| <b>Acceso limitado a los derechos sociales básicos</b>                                      |          |           |           |           |
| He recibido tratamiento médico o dental cuando lo he necesitado                             | 1.20     | 1.41      | 0.79      | -0.76     |
| Hay buena relación en nuestro vecindario  | 1.25     | 1.35      | 0.80      | -0.57     |
| Estoy satisfecho/a con la calidad de mi vivienda  | 0.98     | 1.21      | 1.14      | 0.32      |
| <b>Privación material</b>   |          |           |           |           |
| Me puedo permitir mantener mi vivienda a una temperatura adecuada durante los meses de frío | 1.96     | 1.68      | 0.04      | -1.66     |
| Me puedo permitir pagar la cuota de alguna actividad (cultural, ocio o deportivo)           | 2.25     | 1.54      | -0.23     | -1.40     |
| Me puedo permitir visitar a los demás   | 1.63     | 1.46      | 0.38      | -1.20     |
| Suelo disponer de dinero suficiente para gastos imprevistos                                 | 2.35     | 1.47      | -0.25     | -1.33     |

*Nota: Los ítems originalmente tenían el formato de respuesta de 0 (Nunca) a 4 (Siempre). Los valores de los ítems están invertidos (0= 4; 1= 3; 2= 2; 3= 1; 4= 0), excepto para los ítems 2 y 8, porque se trata de ítems negativos en su forma original. As= Asimetría; Cu= Curtosis.*

## 4.1 Estructura factorial

El índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ha sido de .70, lo que podría considerarse un valor adecuado (Field, 2005), indicando que el tamaño de la muestra es aceptable para la cantidad de variables a analizar. La prueba de esfericidad de Barlett es estadísticamente significativa  $X^2(78) = 497.22, p < .001$ , lo cual significa que el análisis factorial resulta pertinente. Con el fin de examinar la dimensionalidad de la escala, se llevó a cabo un análisis de componentes principales con la rotación Varimax. Según el criterio estándar de Kaiser-Guttman (autovalores iniciales mayores a 1), se definieron 4 factores que explicaban el 60.7% de la varianza total. El primer factor (autovalor= 2.69) explica el 22.4% de la varianza total y corresponde a la dimensión Privación material, el segundo factor (autovalor= 2.22) representa un 18.5% reflejando la dimensión Participación social limitada, el tercer factor (autovalor= 1.26) representa un 10.5% que se refiere a la Falta de integración normativa, mientras que el cuarto factor (autovalor= 1.10) representa 9.2% y se refiere al Acceso limitado a los derechos sociales (ver la Tabla 3). Se han considerado interpretables aquellas cargas factoriales de .40 y superiores, siempre y cuando no tengan cargas cruzadas. Por ello fue necesario eliminar tres ítems (2, 8 y 11) de los 15 ítems originales.

**Tabla 3**

*Matriz de configuración tras la realización del análisis de componentes principales y rotación varimax del IGES*

| ÍTEMS   | FACTOR |      |      |      |
|---------|--------|------|------|------|
|         | 1      | 2    | 3    | 4    |
| Ítem 1  |        | .771 |      |      |
| Ítem 3  |        | .784 |      |      |
| Ítem 4  |        | .458 | .591 |      |
| Ítem 5  |        |      | .731 |      |
| Ítem 6  |        |      | .798 |      |
| Ítem 7  |        |      |      | .742 |
| Ítem 9  |        |      |      | .665 |
| Ítem 10 |        |      |      | .585 |
| Ítem 12 | .659   |      |      |      |
| Ítem 13 | .844   |      |      |      |
| Ítem 14 | .754   |      |      |      |
| Ítem 15 | .790   |      |      |      |

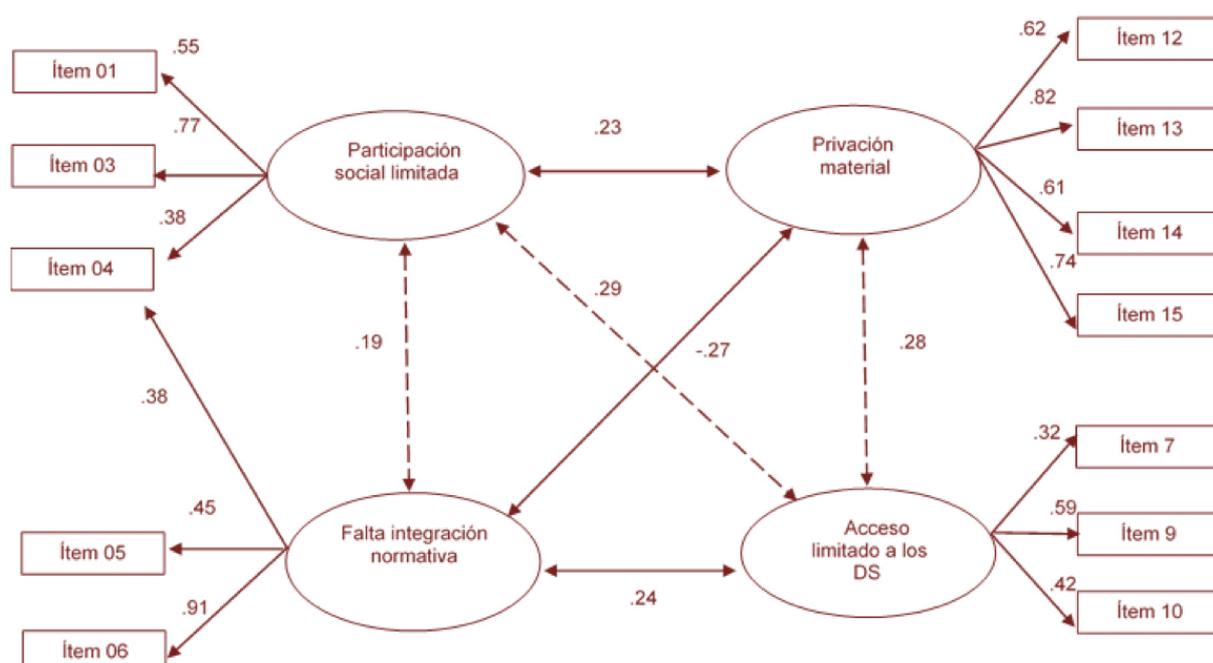
*Nota: Se llevó a cabo un análisis de componentes principales con la rotación Varimax. Se han eliminado las correlaciones inferiores a  $|\cdot 40|$  para facilitar la interpretación.*

## 4.2 Análisis factorial confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio (AFC) de partida ha sido el modelo de cuatro factores. Del total de participantes, el 93.72% ( $n= 194$ ) tiene los datos completos en este análisis, y se ha utilizado el método de máxima verosimilitud para el tratamiento de los valores perdidos (p.e., Arbuckle, 1996; Jamshidian y Bentler, 1998). Por otro lado, se ha llevado a cabo un análisis factorial confirmatorio con 12 ítems y 4 factores latentes (Participación social limitada, Falta de integración normativa, Derechos sociales, Privación material), contribuyendo cada ítem a una sola dimensión excepto el ítem 4 que carga a Participación social limitada y a Falta de integración normativa. Los índices de ajuste están basados en el método de máxima verosimilitud. El modelo de cuatro factores muestra índices de bondad de ajuste aceptables:  $ML X^2(47, N= 207) = 74.24, p = .001$ ; CFI= .934; NNFI= .907, RMSEA= .056, IC .029 .078, a excepción de la Chi-cuadrado que es significativa. Todas las cargas factoriales son significativas. La participación social limitada se asocia positiva y significativamente con la privación material ( $r = 0.23, p < 0.05$ ). Sin embargo, la falta de integración normativa se asocia negativamente con la privación material ( $r = -0.27, p < 0.05$ ), y esta asociación entre los constructos no era esperable, y convendría analizar las causas potenciales. El resto de las asociaciones entre los factores latentes no eran significativas.

**Figura 1**

*Modelo final de medida del IGES*



### 4.3 Fiabilidad

El índice de consistencia interna del Acceso limitado a los derechos sociales era relativamente bajo ( $\alpha = .425$ ), mientras que el del resto de factores se puede considerar bastante aceptable (Participación social limitada  $\alpha = .615$ ; Falta de integración normativa  $\alpha = .629$ ; Privación material  $\alpha = .781$ ).

### 4.4 Validez concurrente

En la Tabla 4 se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre los factores IGES y variables asociadas a factores de riesgo de la exclusión social como son el bajo nivel socio-económico y educativo, así como los problemas de salud física y la discapacidad. La Participación social limitada IGES no se asocia a ninguna de las variables estudiadas. La Falta de integración normativa IGES se asocia significativamente a una mayor calidad de la vivienda, más ingresos económicos, más discapacidad, más ayudas económicas vinculadas a la discapacidad y más diagnóstico de trastorno mental. Por otro lado, el acceso limitado a los derechos sociales se asocia significativamente a un menor nivel educativo, mientras que la Privación material se asocia negativamente al nivel educativo, calidad de la vivienda, ingresos económicos, y menos discapacidad, menos ayudas vinculadas a la discapacidad o diagnóstico de trastorno mental y se asocia positivamente a ser beneficiaria de ayudas económicas. Los resultados indican que no hay evidencias de la validez concurrente para la Participación social limitada IGES y la Falta de integración normativa IGES, porque los resultados no son los esperables.

**Tabla 4***Correlaciones entre el IGES y algunos factores de riesgo de la exclusión social*

|                                       | PARTICIPACIÓN SOCIAL LIMITADA IGES | FALTA DE INTEGRACIÓN IGES | ACCESO LIMITADO A LOS DERECHOS SOCIALES BÁSICOS | PRIVACIÓN MATERIAL |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---|--------------------|
| <b>Empleo</b>                         | -.02                               | .07                       | .09   | -.15               |
| <b>Nivel educativo</b>                | -.09                               | -.07                      | -.15*   | -.23**             |
| <b>Calidad de la vivienda</b>         | -.04                               | .19**                     | -.09  | -.32**             |
| <b>Ingresos económicos</b>            | .00                                | .18**                     | -.07  | -.46**             |
| <b>Beneficiaria ayudas económicas</b> | -.04                               | -.07                      | -.02  | .15*               |
| <b>Salud física</b>                   | -.11                               | -.03                      | .03   | -.05               |
| <b>Discapacidad</b>                   | .07                                | .22**                     | -.03  | -.34**             |
| <b>Ayudas de discapacidad</b>         | .06                                | .17*                      | -.10  | -.37**             |
| <b>Diagnóstico PSM<sup>a</sup></b>    | .07                                | .12**                     | -.04  | -.22**             |

Nota. <sup>a</sup>: variable dicotómica; \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ .

## 5 Discusión

A pesar del extendido y popular uso del concepto de exclusión social hay poca evidencia empírica de la viabilidad operativa del concepto, ya que, son pocos los estudios que emplean indicadores directos para medir la exclusión social (Bak, 2018). Esto podría ser debido a que la exclusión social hace referencia a una experiencia subjetiva y no a una condición que como tal pueda cuantificarse (Morgan et al., 2007). El vertiginoso aumento de personas que viven en riesgo social (Llano, 2021), pone en relieve la necesidad de contar con instrumentos de medición válidos que puedan ser útiles en el ámbito de la evaluación y la intervención de los procesos de inclusión social. Resultados previos han confirmado que el IGES es un instrumento útil para evaluar la exclusión dentro de la población general (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004; 2007). Estudios posteriores han analizado sus propiedades psicométricas, con lo que se hizo una adaptación a otro contexto cultural (Bayram et al., 2012). Sin embargo, debido a su extensión, Vrooman y Hoff (2013) plantearon una versión abreviada, la cual se adaptó en este trabajo a la población española en riesgo de exclusión social.

El análisis factorial confirmatorio mostró índices adecuados de ajuste para la estructura de cuatro factores (Participación social limitada, Privación material, Acceso limitado a los derechos sociales y la falta de integración normativa) con doce ítems. Los resultados son similares a los encontrados entre personas holandesas (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004) y turcas (Bayram et al., 2012), aunque se tuvieron que eliminar tres ítems debido a que las cargas factoriales eran inferiores a los señalados por la literatura como adecuados (Staquet y Godeferd, 1998). Sin embargo, sorprendentemente, la falta de integración normativa no se relacionaba con la participación limitada mientras que se relacionaba negativamente con la privación material. Es posible que la falta de integración normativa no se haya medido adecuadamente en este estudio. Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2004; 2007) indicaron que los elementos de la falta de integración normativa no reflejan de forma clara el concepto, o a que la falta de integración normativa no forma parte de la variable latente general (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2004). En el estudio de Van Bergen et al. (2017), la falta de integración normativa y el acceso inadecuado a los derechos sociales, encontraron que los coeficientes de fiabilidad eran relativamente bajos (0.30 y 0.34 respectivamente). Por su parte, Vrooman y Hoff (2013) hallaron que, incluso después de mejorar la dimensión falta de integración normativa, ésta no correlacionaba con las otras dimensiones de la exclusión social; además, fue la dimensión que menos contribuyó al índice general. Asimismo, los autores señalaron que la

aplicación del instrumento en otros contextos culturales podría resultar difícil por los problemas que presenta la dimensión de falta de integración normativa, debido a la adherencia a códigos de conducta en función del contexto cultural. Tres factores del IGES tenían índices de consistencia interna relativamente aceptables teniendo en cuenta el bajo número de ítems, a excepción del factor Acceso limitado a los derechos sociales ( $\alpha=0.42$ ), pero ligeramente superiores a los publicados en un estudio previo (Van Bergen et al., 2017).

En lo concerniente a la validez concurrente se seleccionaron variables que en estudios anteriores se identificaron como factores de riesgo para vivir en situación de exclusión social: desempleo, nivel educativo bajo, calidad de la vivienda, problemas de salud y discapacidad. En el estudio de Jehoel-Gijsbers y Vrooman (2008) los resultados indicaron que los factores del IGES estaban relacionadas con las variables de riesgo, por lo que se consideró una validación externa adicional de la escala. Sin embargo, los resultados correspondientes a tres dimensiones del IGES (Participación social limitada, Falta de integración normativa, Acceso limitado a los derechos sociales) no constituyen evidencias de la validez concurrente, mientras que hay evidencias de la validez concurrente de la Privación material.

Para finalizar, es recomendable que los resultados se interpreten a la luz de las limitaciones. La versión original de IGES y las adaptaciones se administraron a personas de la población general, lo cual podría indicar que el instrumento está diseñado para identificar el riesgo de exclusión social en esa población. Sin embargo, en este estudio los/as participantes eran personas que viven en riesgo de exclusión social, y es posible este instrumento no sea adecuado para administrarlo a esta población. Concretamente, la muestra estuvo compuesta por personas que participaban en el Programas de Inclusión Social y personas derivadas por la Asociación de Personas con Enfermedades Mentales, y es posible que haya un sesgo en la representación de la muestra. Estos apoyos con los que cuentan podrían protegerles de los niveles máximos de privación material y aumentar sus actividades de participación social.

La versión abreviada del Índice General de Exclusión Social presenta un limitado número de ítems (15 ítems). De hecho, resultados de investigaciones previas señalan que los índices de consistencia interna bajos podrían explicarse por un número escaso de ítems (Lorber y Slep, 2018). Algunos aspectos del instrumento están sujetos a condiciones culturales, como lo son el acceso a derechos sociales, ya que depende de la cobertura de protección social e institucional que varían de un país a otro (Vrooman y Hoff, 2013), y puede ser que ítems no sean apropiados para el contexto

español. Sin embargo, una de las fortalezas de este estudio ha sido el contar con datos sobre personas que viven en riesgo de exclusión social que viven situaciones de privaciones múltiples, problemas asociados a los consumos de sustancias, problemas de salud física y mental.

Este estudio aporta una adaptación del Índice General de Exclusión Social a la población española en riesgo de exclusión social y evalúa sus características psicométricas. Los resultados no permiten afirmar que el instrumento cuenta con las garantías suficientes para utilizarlo de forma fiable en el ámbito de la evaluación y la intervención de la exclusión social. En futuros estudios convendría replicar el estudio con una muestra de la población general. Dichos resultados podrían ser útiles para mejorar el instrumento o desarrollar un instrumento nuevo para medir la exclusión social.

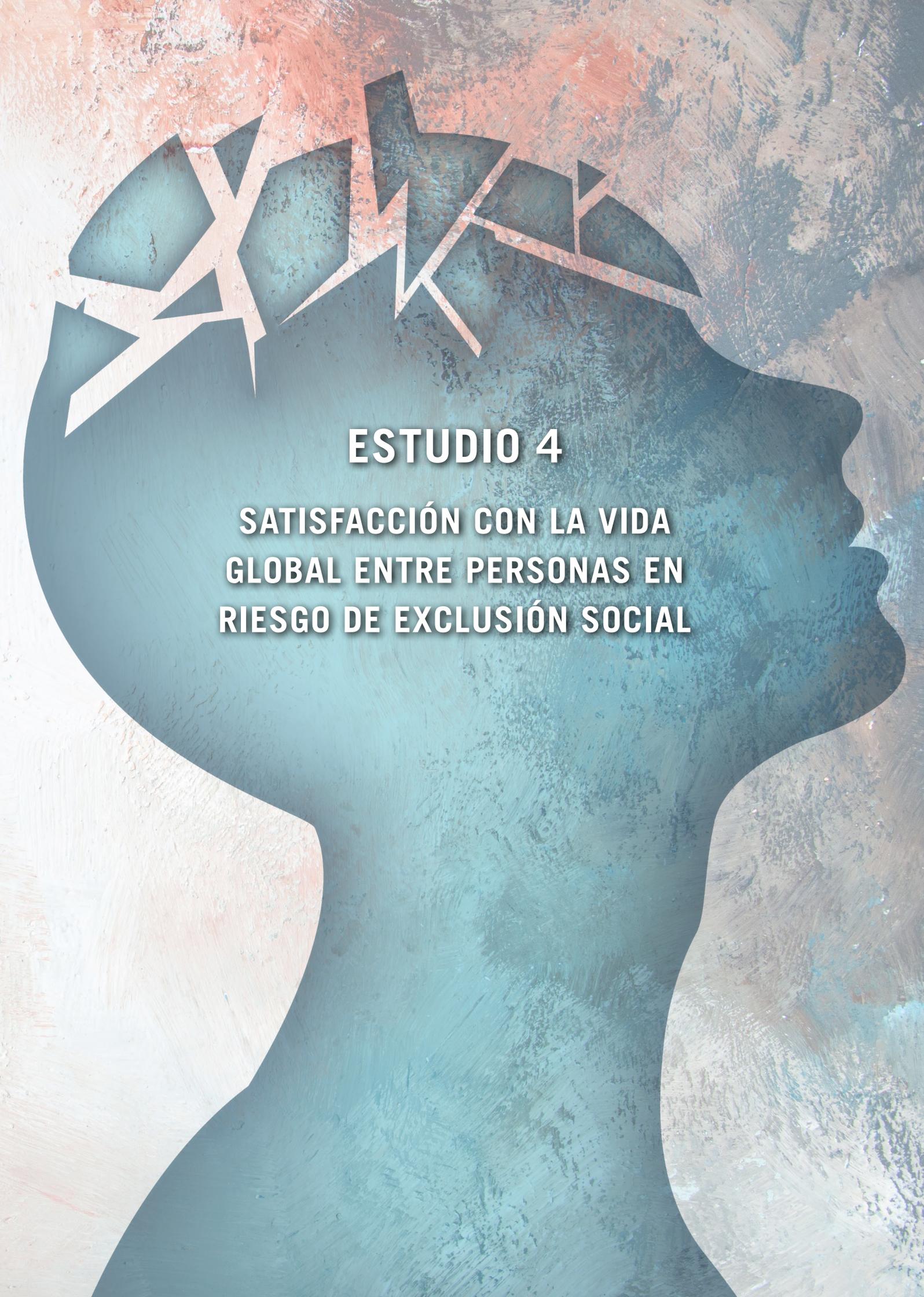
## 6 Referencias

- Arbuckle, J. L. (1996). Full information estimation in the presence of missing data. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling: Issues and techniques* (pp. 243–277). Erlbaum.
- Australian Mental Health Outcomes and Classification Network [AMHOCN]. (2015). *Development of the Living in the Community (LCQ) measure of social inclusion for use in mental health*.
- Bak, C. K. (2018). Definitions and Measurement of Social Exclusion-A conceptual and methodological review. *Advances in Applied Sociology*, 8(5). <https://doi.org/10.4236/aasoci.2018.85023>
- Bayram, N., Aytac, S., Aytac, M., Sam, N. y Bilgel, N. (2011). Measuring Social Exclusion: a Study from Turkey. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 2(3), 285–298. <https://doi.org/10.5901/mjss.2011.v2n3p285>
- Bayram, N., Bilgel, F. y Bilgel, N. G. (2012). Social Exclusion and Quality of Life: An Empirical Study from Turkey. *Social Indicators Research*, 105(1), 109–120. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9767-4>
- Bentler, P. M. (2005). EQS 6 Structural Equations Program Manual (Multivariate Software).
- Bentler, P. M. y Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Böhnke, P. (2004). *Perceptions of social integration and exclusion in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Bradshaw, J., Williams, J., Levitas, R., Pantazis, C., Patsios, D., Townsend, P., Gordon, D. y Middleton, S. (2000). *The relationship between poverty and social exclusion in Britain*. Paper presented at the 26<sup>th</sup> General Conference of the International Association for Research in Income and Wealth. [www.bris.ac.uk/poverty/pse](http://www.bris.ac.uk/poverty/pse)
- Chakravarty, S. y D'Ambrosio, C. (2019). The measurement of social exclusion. In S. Chakravarty (Ed.), *Poverty, Social Exclusion and Stochastic Dominance* (pp. 167–189). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-3432-0>
- Chan, S. M. y Wong, H. (2020). Impact of income, deprivation and social exclusion on subjective poverty: a structural equation model of multidimensional poverty in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 152(3), 971–990. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02476-8>
- Diez, E. R. y Fumanal, A. L. (2021). Tools for social policy management: The SiSo Scale for measuring situations of social difficulty. *Journal of Social Policy*, 1–20. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000684>
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. SAGE Publications Inc.
- Hambleton, R. K. y Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1), 1–16.
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huxley, P., Evans, S., Munroe, M., Webber, M., Burchardt, T., Knapp, M. y Mcdaid, D. (2006). Development of a 'Social Inclusion Index' to capture subjective and objective domains (Phase I). *Health Technology Assessment*, 16(1). <https://doi.org/10.3310/hta16010>

- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta de Población Activa (EPA) Segundo trimestre de 2020 Efectos de la COVID - 19 en la EPA de este trimestre Principales resultados*. 2021, 1–22.
- Jamshidian, M. y Bentler, P. M. (1998). A quasi-newton method for minimum trace factor analysis. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 62(1–2), 73–89. <https://doi.org/10.1080/00949659808811925>
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland [Social exclusion in the Netherlands]*. In The Netherlands Institute for Social Research. SCP.
- Jehoel-Gijsbers, G. y Vrooman, C. (2004). *Social exclusion in the Netherlands: Construction of a model of key risks on poverty and social exclusion*. In Third Round Table on Poverty and Social Exclusion (Issue 8).
- Jehoel-Gijsbers, G. y Vrooman, C. (2008). *Social Exclusion of the Elderly* (ENEPRI Research report No 57). European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Llano, J. C. (2021). *XI. Informe: El estado de la pobreza en el contexto nacional*. EAPN. <https://www.eapn.es/estadodopobreza/ARCHIVO/documentos/informe-ARPE-2021-contexto-nacional.pdf>
- Lorber, M. F. y Slep, A. M. (2018). The reliability paradox of the parent–child conflict tactics corporal punishment subscale. *Journal of Family Psychology*, 32(1). <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs518>
- Marinucci, M. y Riva, P. (2021). Surrendering to social emptiness: Chronic social exclusion longitudinally predicts resignation in asylum seekers. *British Journal of Social Psychology*, 60(2), 429–447. <https://doi.org/10.1111/bjso.12410>
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V. y Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 477–483. <https://doi.org/10.1192/bip.bp.106.034942>
- O'Donnell, P., O'Donovan, D. y Elmusharaf, K. (2018). Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. In *International Journal for Equity in Health* 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0732-1>
- Panadero-Herrero, S. y Muñoz-López, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 71–78. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.137911>
- Paugman, S. y Russell, H. (2000). The effects of employment precarity and unemployment on social isolation. In D. Gallie & S. Paugman (Eds.), *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*. Oxford University Press.
- Pohlan, L. (2019). Unemployment and social exclusion. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 164, 273–299. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.06.006>
- Room, G. (1995). *Beyond the Threshold: The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Room (ed.). Policy Press.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. y Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Sharifian, M., Zamiran, B., Jafarabadi, M., Nosrati, F. y Alizadeh, M. (2018). Validation of the instrument for measuring social exclusion in female-headed households as a base of poverty in single-parents family. *Journal of Organizational Behavior Research*, 3(S2).
- Staquet, C. y Godeferd, F. S. (1998). Statistical modelling and direct numerical simulations of decaying stably stratified turbulence. Part 1. Flow energetics. *Journal of Fluid Mechanics*, 360, 295–340. <https://doi.org/10.1017/S0022112003004531>

- Tsakoglou, P y Papadopoulos, F. (2002). Aggregate level and determining factors of social exclusion in twelve European countries. *Journal of European Social Policy*, 12(3), 211–225. <https://doi.org/10.1177/0952872002012003394>
- Van Bergen, A., Hoff, S. J., Schreurs, H., van Loon, A. y van Hemert, A. (2017). Social Exclusion Index-for Health Surveys (SEI-HS): A prospective nationwide study to extend and validate a multidimensional social exclusion questionnaire. *BMC Public Health*, 17(253), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4175-1>
- Van Bergen, A., Hoff, S., van Ameijden, E. y van Hemert, A. (2014). Measuring social exclusion in routine public health surveys: Construction of a multidimensional instrument. *PLoS ONE*, 9(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098680>
- Villegas, C., Ibabe, I. y Arnosó, A. (2021). People at risk of social exclusion: mental health, structural-economic factors and socio-cultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122–148. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1840235>
- Vrooman, J. C. y Hoff, S. (2013). The Disadvantaged Among the Dutch: A Survey Approach to the Multidimensional Measurement of Social Exclusion. *Social Indicators Research*, 113(3), 1261–1287. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0138-1>





## **ESTUDIO 4**

**SATISFACCIÓN CON LA VIDA  
GLOBAL ENTRE PERSONAS EN  
RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL**



# 1 Introducción

Vivir una vida satisfactoria es una de las principales aspiraciones humanas; en ese sentido, la literatura se ha ocupado de identificar y medir las condiciones que llevan a las personas a evaluar positivamente sus vidas (Diener, 2009). En general, la satisfacción vital hace referencia a la calidad de las experiencias individuales (Yasuko y Watanabe, 2006) y se considera uno de los indicadores de mayor relevancia en la calidad de vida (Veenhoven, 1996). Diener et al. (1985) propusieron una definición, en base a un proceso de autoevaluación cognitiva que realiza la persona sobre su propia vida, y diseñaron un instrumento para medir la satisfacción vital. La satisfacción con la vida es un tema importante en el estudio de la exclusión social, dado que el acceso a algunos dominios clave de la satisfacción, están mediados por los ingresos económicos. La situación de exclusión social podría limitar el acceso a los derechos sociales y a la atención médica (Babajanian y Hagen-Zanker, 2012), por tanto a la satisfacción vital. En esta situación cobra especial relevancia el funcionamiento social e institucional y las políticas de gasto público y las transferencias sociales (Rojas, 2008). A pesar de la relevancia del tema, son pocos los estudios que han analizado la satisfacción vital entre las personas que viven en situación de exclusión social (Vázquez, 2013).

Los resultados de investigaciones que exploraron la relación entre los ingresos económicos y la satisfacción vital, mostraron resultados inconsistentes (Schneider, 2016). Diversos trabajos sugirieron la existencia de una relación directa y positiva entre un mayor nivel de ingresos económicos y la satisfacción vital (Bellani y D'Ambrosio, 2011; Graham, 2005; Howell y Howell, 2008); sin embargo, algunos expertos indican que el crecimiento económico por sí mismo, no se relaciona con el aumento de la satisfacción vital (Easterlin, 2013). En ese sentido, se ha comprobado que, la satisfacción con el nivel de ingresos económicos no es determinante en la satisfacción vital de las personas (Rojas, 2006).

Existen diversos estudios que analizan la relación entre satisfacción vital y exclusión social. Bayram et al. (2012) encontraron una relación inversa entre la satisfacción vital y la exclusión social. Sus hallazgos indicaron que una baja satisfacción con la vida está asociada a un mayor nivel de privación material; también se observó que en esto influía el acceso limitado a los derechos sociales y una menor participación social. En cambio, cuando se analiza esta relación en colectivos especialmente vulnerables, como lo son las personas sin hogar, los resultados no fueron los esperados. Por ejemplo, un estudio analizó la satisfacción con la vida entre las personas que vivían

en situación de calle en Estados Unidos y en Calcuta (ciudad de la India caracterizada por el elevado nivel de pobreza) y sus resultados indicaron que, a pesar de la situación económica de las personas sin hogar en Calcuta y el acceso deficiente a los derechos sociales básicos (alimentos, vivienda, atención médica, entre otros), obtuvieron puntuaciones más altas en satisfacción vital que la de sus pares estadounidenses (Biswas-Diener y Diener, 2006).

Estos hallazgos fueron corroborados entre personas en riesgo de exclusión social en el contexto español; la mayor parte de los participantes informaron un nivel medio de satisfacción con sus vidas (Escarbajal-Frutos et al., 2014). En esta línea, Llano (2022) encontró que las personas que vivían en pobreza que, a pesar de las condiciones adversas y de que reportaron sentirse más desanimadas, estresadas y con poco ánimo, su satisfacción en aspectos claves de la vida era buena y fue similar a la observada en población general. Según datos recientes, las personas de la población general española calificaron la satisfacción con sus vidas con un 6.5 sobre 10; en el País Vasco, 9 de cada 10 personas indicaron sentirse muy satisfechos/as o bastantes satisfechos/as con su vida global, y se obtuvo una media de 7.1 (Gabinete de Prospección Sociológica, 2022; Helliwell et al., 2021; Instituto Nacional de Estadística., 2021). Por su parte, en la población general vasca, se encontró que las variables que mejor predecían el bienestar eran la valoración positiva de la salud, la satisfacción con el trabajo y la satisfacción con el control de la vida (Gabinete de Prospección Sociológica, 2022). Asimismo, hallazgos previos indicaron que el nivel de satisfacción con la vida era mayor en países, en los que las políticas sociales poseían una cobertura más amplia y que incluían en sus estrategias, las políticas de empleo (Easterlin, 2013). Por tanto, se podría afirmar que la calidad de las redes de protección social y los servicios públicos, promueve la satisfacción vital de las personas que viven en un país (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España, 2021). La inversión en gasto público en el ámbito de los servicios de salud impacta positivamente en la satisfacción vital de las personas de esa población (Kotakorpi y Laamanen, 2010). No obstante, las ayudas a la renta no detienen los factores que llevan a la exclusión social a personas adultas sanas en edad de trabajar, dado que su capacidad de generar ingresos económicos se ve restringida por la falta de empleo. Las transferencias sociales tienen un mayor efecto cuando se realizan acciones en conjunto, orientadas a mejorar los ingresos, el acceso y el uso de servicios básicos, especialmente relacionados con la salud y la educación, puesto que esto podría disminuir los niveles de exclusión social (Babajanian y Hagen-Zanker, 2012).

La literatura avala una relación entre la salud y la satisfacción vital. Según lo anterior, en un metaanálisis se observó una asociación fuerte entre el estado de salud y la satisfacción con la vida;

se pudo establecer que esta es una relación sólida y además, no se observaron cambios entre las personas con problemas de salud crónico o en población general (Ngamaba et al., 2017). Asimismo, un estudio longitudinal reportó una asociación positiva entre la satisfacción vital y un buen estado de salud, lo que implicó, menos problemas de discapacidad (Siahpush et al., 2008). En contraste, la insatisfacción con la vida se asoció con una mayor mortalidad por enfermedades (Koivumaa-Honkanen et al., 2000). Los resultados entre las personas sin hogar, reflejaron que, pese a sus malas condiciones de salud, podían valorar su vida positivamente y por tanto, podría pensarse que éstas cuentan con recursos que les permite adaptarse a su situación (Vázquez, 2013).

Asimismo, el impacto de los vínculos sociales sobre la satisfacción vital se ha demostrado en estudios previos y, aunque no se niega la relevancia de los aspectos económicos, se destaca la jerarquía de los aspectos sociales, dado que una persona puede adaptarse a vivir en condiciones de precariedad económica, pero no a la falta de relaciones sociales (Biswas-Diener y Diener, 2006). Un ejemplo de esto fue el de la India, en donde la condición de sinhogarismo se explicó, principalmente, mediante las condiciones macroeconómicas y así, su elevada puntuación en satisfacción con la vida puede ser entendida, debido a la presencia de redes de apoyo familiar, las cuales se mantienen intactas (Biswas-Diener y Diener, 2006); por lo tanto, contar con apoyo familiar podría compensar la pobreza o los bajos ingresos familiares (North et al., 2008). De la misma forma, resultados previos confirmaron que, el nivel de ingresos económicos por sí mismo, no es un predictor de la satisfacción vital, sino que son otros factores vitales los que podrían contribuir a la satisfacción global (Rojas, 2006).

Es posible que una persona informe una elevada satisfacción con la vida, incluso si tiene bajos ingresos económicos y esto puede deberse a que tiene satisfacción en otros ámbitos de la vida, como la familia, la persona, la salud y el trabajo (Rojas, 2008). En ese sentido, los resultados previos que medían la satisfacción vital entre las personas en situación de exclusión social, reflejaron bajos niveles de satisfacción en los dominios de recursos económicos y vivienda (Biswas-Diener y Diener, 2006), pero, de manera sorpresiva, las personas sin hogar informaron una satisfacción elevada en el dominio relacionado con uno/a mismo/a, lo que indicó que, pese a las dificultades económicas y materiales a las que se enfrentaban, tendían a tener amor propio (Biswas-Diener y Diener, 2006). Las personas sin hogar cuentan con atributos positivos, que conducen a la satisfacción con la vida. Por ejemplo, entre jóvenes sin hogar se encontró una correlación elevada entre la esperanza, la gratitud, el optimismo, la resiliencia y la perspectiva de futuro y la satisfacción con la vida (Rew et al., 2019).

## 2 Objetivos e hipótesis

El primer objetivo de este estudio fue analizar la satisfacción vital global y en función de las áreas (ingresos económicos, amigos/as, trabajo y con su persona), entre las personas que viven en riesgo de exclusión social del País Vasco. Se esperaba que las personas beneficiarias de los servicios sociales, a través de ayudas económicas y/o programas, tuvieran un nivel bajo o medio de satisfacción vital global y que registraran puntuaciones inferiores en los dominios de trabajo e ingresos económicos, mientras que se esperaba que obtuvieran puntuaciones elevadas en satisfacción consigo mismos, lo cual se encontró en hallazgos previos (Biswas-Diener y Diener, 2006).

El segundo objetivo fue analizar la satisfacción vital, características sociodemográficas, privación material, acceso a los derechos sociales, estado de salud, acceso y uso de los servicios de salud, así como apoyo social y participación social. Las hipótesis planteadas en relación con este objetivo fueron las siguientes:

- a) Los recursos económicos propios no se relacionarán con la satisfacción vital en personas que están en riesgo de exclusión social. Como se ha observado en estudios previos (Biswas-Diener y Diener, 2006; Easterlin, 2013)
- b) El apoyo familiar se relacionará con la satisfacción vital, porque entre las personas sin hogar, se ha comprobado que las relaciones familiares satisfactorias incrementan su satisfacción con la vida (Biswas-Diener y Diener, 2006).
- c) Es esperable que la buena salud se relacione con la satisfacción vital, en base a resultados de estudios previos que encontraron una asociación positiva entre el estado de salud óptimo y la satisfacción con la vida (Ngamaba et al., 2017).

El tercer objetivo fue proponer un modelo predictivo de la satisfacción en función de variables sociodemográficas, la privación material, el acceso limitado a los derechos sociales, la situación de salud, el acceso y el uso de los servicios de salud, el apoyo social y de la participación social. En concordancia con la literatura previa, se esperaba que las variables relacionadas con el apoyo social (Diener et al., 2018; Diener y Seligman, 2002) fueran variables predictoras de la satisfacción vital entre las personas en riesgo de exclusión social.

## 3 Método

Los datos de este estudio corresponden a la misma muestra que se presenta en el Estudio 3, donde se ha descrito el procedimiento. El protocolo utilizado se encuentra en el Anexo 6.

### 3.1 Participantes

En este estudio participaron personas en riesgo de exclusión social de Gipuzkoa. En la Tabla 1 se observan las características de los participantes. En total hubo 208 participantes, entre 18 y 60 años. En su mayoría fueron hombres (72%), la mediana etaria era de 44 y el 57% eran personas autóctonas. De las personas extranjeras (42.8%), el 89.7% eran de origen extracomunitario. El 86% no tenía empleo, el 60.2% indicó que no tenía ingresos económicos o que tenían menos de 650 € al mes y el 74% dijo que no tenía capacidad de subsistencia.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas*

| CARACTERÍSTICAS         | N   | % / ME (DT)       |
|-------------------------|-----|-------------------|
| <b>Género</b>           |     |                   |
| Masculino               | 150 | 72.1              |
| Femenino                | 57  | 27.4              |
| Otras opciones          | 1   | 0.5               |
| <b>Edad</b>             |     |                   |
|                         |     | <b>44 (13.50)</b> |
| <b>Nacionalidad</b>     |     |                   |
| Autóctono/a             | 119 | 57.2              |
| Extranjero/a            | 89  | 42.8              |
| <b>Extracomunitario</b> |     |                   |
| Comunitario/a           | 9   | 10.3              |
| Extracomunitario/a      | 78  | 89.7              |
| <b>Estado civil</b>     |     |                   |
| Soltero/a               | 147 | 70.7              |
| Viudo/a                 | 4   | 1.9               |
| Divorciado/a            | 35  | 16.8              |
| Casado/a                | 22  | 10.6              |

| CARACTERÍSTICAS                                   | N   | % / ME (DT)          |
|---|-----|----------------------|
| <b>Empleo</b>                                     |     |                      |
| No  | 179 | 86.1                 |
| Sí  | 29  | 13.9                 |
| <b>Nivel educativo</b>                            |     |                      |
| Sin estudios                                      | 15  | 7.4                  |
| Estudios primarios                                | 77  | 37.9                 |
| Estudios secundarios                              | 101 | 49.8                 |
| Estudios universitarios                           | 10  | 4.9                  |
| <b>Tipo de vivienda</b>                           |     |                      |
| No tiene alojamiento                              | 5   | 2.8                  |
| Alojamiento residencial de los ss                 | 123 | 68.7                 |
| Compartida  | 3   | 1.7                  |
| Alquiler de una habitación                        | 4   | 2.2                  |
| Gratuita, cedida al uso                           | 1   | 0.6                  |
| Alquiler de vivienda                              | 13  | 7.3                  |
| Propiedad parcialmente pagada (hipoteca)          | 8   | 4.5                  |
| Vivienda totalmente pagada                        | 22  | 12.3                 |
| <b>Capacidad para subsistir</b>                   |     |                      |
| No  | 114 | 74                   |
| Sí  | 40  | 26                   |
| <b>Grupo de ingresos económicos</b>               |     |                      |
| No dispongo de ingresos                           | 25  | 12.4                 |
| 650 o menos                                       | 96  | 47.8                 |
| Entre 651 y 1000                                  | 40  | 19.9                 |
| Entre 1000 y 1500                                 | 15  | 7.5                  |
| Entre 1501 y 2000                                 | 8   | 4                    |
| Entre 2001 y 2500                                 | 12  | 6                    |
| Más de 3000                                       | 5   | 2.5                  |
| <b>Beneficiaria de ayudas (núm. de ayudas)</b>    |     | <b>2 (1.64)</b>      |
| <b>Tiempo en que ha recibido la ayuda (meses)</b> |     | <b>15.50 (42.31)</b> |

## 3.2 Variables

### 3.2.1 *Características sociodemográficas*

Fue necesario tener en cuenta el género (hombre, mujer, otro); la edad (años); el estado civil (soltero/a, viudo/a, divorciado/a y casado/a); la procedencia (autóctona, extranjera); el origen (comunitario/a, extracomunitario/a); la situación legal-administrativa (sin permiso de residencia legal, con permiso de residencia legal); el nivel de escolaridad (sin estudios, con estudios primarios, con estudios secundarios –incluye educación secundaria obligatoria [ESO]–, bachiller/formación profesional y estudios universitarios); el empleo (no, sí); el tipo de vivienda (sin alojamiento, centro/alojamiento residencial de los servicios sociales, vivienda compartida, alquiler de habitación, vivienda gratuita-cedida, alquiler de vivienda y vivienda propia).

### 3.2.2 *Disponibilidad de recursos económicos y acceso a ayudas económicas*

Asimismo, fue importante determinar el grupo de ingresos económicos (más de 3000 €, entre 2001 € y 2500 €, entre 1501 € y 2000 €, entre 1001 € y 1500 €, entre 651 € y 1000 €, 650 € o menos, o si no disponía de ingresos); la capacidad para hacer frente a los gastos básicos para subsistir (no, sí); el beneficio de las ayudas económicas (número de ayudas recibidas) y el tiempo de percepción de ayudas económicas (número en meses).

### 3.2.3 *Relaciones familiares*

Se midió a partir de cuatro ítems o preguntas: ¿Mi familia es muy unida/cercana entre sí? ¿Yo me siento cercano/a mi familia? ¿Mi familia me ayuda en los momentos de dificultad? Estas preguntas tenían una escala de respuesta de (0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces, 3= casi siempre, 4= siempre). Además, se preguntó si se recibían ayudas económicas familiares (no, sí).

### 3.2.4 *Participación social*

Este factor fue evaluado mediante la pregunta; ¿Con qué frecuencia participa en las siguientes actividades: votar en las elecciones, asistir a eventos culturales o deportivos, reunirse con familiares o amigos/as y participar en las redes sociales? Todos los ítems se contestaron en una escala Likert (0= no me lo puedo permitir, 1= no me interesa, 2= nunca, 3= rara vez, 4= algunas veces 5= siempre).

### 3.2.5 *Apoyo social*

Se emplearon dos ítems; el primero midió el número de personas de quien recibiría apoyo, en caso de necesitarlo, por tanto, se formuló la pregunta: ¿Cuántos amigos/as íntimos o familiares cercanos tiene que podrían prestarle ayuda en caso de necesitarlo? En este caso, la escala de respuesta era abierta. Además, se realizó la pregunta: ¿cuenta con ayudas económicas por parte de amigos/as o vecinos/as? (no, sí).

### 3.2.6 *Situación de salud, acceso y el uso de los servicios de salud*

Esta variable se evaluó en función de la situación de salud (mala, regular, buena, excelente); Discapacidad (no, en proceso, sí). Asimismo, se les preguntó: ¿recibe atención en el Centro de Salud Mental? (no, sí); ¿Tiene tratamiento psicofarmacológico? (no, sí).

### 3.2.7 *Síntomas clínicos*

Se administró la escala autoevaluada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5): Síntomas psicopatológicos transversales de nivel 1 (Bastiaens y Galus, 2018; Sandín et al., 2013). Este instrumento permite identificar áreas que requieren atención y tratamiento. El nivel uno es una breve escala que considera 13 dominios de salud mental para personas adultas, que comprenden la depresión, la ira, la manía, la ansiedad, los síntomas somáticos, la ideación suicida, la psicosis, los problemas de sueño, la memoria, los pensamientos y las conductas repetitivas, la disociación, el funcionamiento de la personalidad y el consumo de sustancias. El instrumento consta de 23 ítems y formato de respuesta es una escala Likert de cinco puntos en función del nivel de la frecuencia. Por ejemplo, al responder a la pregunta “Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (0= nada, 1= rara vez, 2= leve, 3= moderado y 4= grave)”. En este estudio, la fiabilidad de la escala mostró un valor  $\alpha$  de Cronbach de 0.86.

### 3.2.8 Satisfacción vital por dominios (SWLS)

La escala de satisfacción vital (*Satisfaction with Life Scale*, SWLS) es un instrumento que consta de seis ítems que evalúan el juicio global de las personas y contempla su satisfacción vital, evaluada a través de los siguientes dominios: ingresos económicos, amigos/as, trabajo y con su persona. Los ítems tienen una escala de respuesta del 1 al 10, siendo 1, muy insatisfactoria y 10, muy satisfactoria. En este caso, el valor  $\alpha$  de Cronbach fue de 0.52.

#### Figura 1

*Ítem utilizado para medir la satisfacción global entre personas en riesgo de exclusión social*

Globalmente, **¿hasta qué punto está usted satisfecho/a o insatisfecho/a con su vida actual?** Por favor, marque en la escala su grado de satisfacción con la vida.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|  |   |   |   |   |  |   |   |   |    |
| 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6   | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muy insatisfactoria   |   |   |   |   | Muy satisfactoria   |   |   |   |    |

### 3.3 Análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el *software* estadístico SPSS (versión 28). A partir de los datos obtenidos se efectuaron análisis descriptivos que recolectaron información sobre la satisfacción vital por dominios entre personas en riesgo de exclusión social; para realizar el análisis de la satisfacción vital global con otras variables se dicotomizó esta variable y se marcó una diferencia entre los dos grupos de personas insatisfechas y de personas satisfechas, además, se empleó como referencia la mediana ( $Me= 6$ ). Hubo 14 personas que no contestaron esta pregunta, por lo que no se contemplaron en los análisis.

Por otra parte, se realizó un análisis ANOVA de un factor para examinar la satisfacción vital dependiendo del número de ayudas (sin ayudas, entre 1 y 4 ayudas y entre 5 y 8 ayudas), y como variable dependiente la satisfacción vital. Como índice de tamaño del efecto se utilizó el estadístico eta cuadrado parcial ( $\eta^2$ ). Para el análisis de contrastes a posteriori se utilizó la prueba post hoc Tukey. Posteriormente, se realizaron análisis de comparación de medias y en el caso de las variables cuantitativas, se realizaron pruebas no paramétricas. Con esto se querían comprobar los resultados obtenidos en la t de *Student*. Para calcular el tamaño del efecto, en comparaciones de medias, se empleó la d de Cohen y en el caso de la prueba de Chi-cuadrado ( $X^2$ ) se empleó el coeficiente de contingencia.

Finalmente, se ejecutó un modelo de regresión lineal con el método de los pasos sucesivos, con base en la variable criterio de satisfacción con la vida global. Las variables independientes correspondieron a las características sociodemográficas, la privación material, el acceso limitado a los derechos sociales, la situación de salud, el acceso y el uso de los servicios de salud, apoyo y participación social.

## 4 Resultados

### 4.1 Satisfacción con la vida por dominios y global

En la Tabla 2 se recogió la información relacionada con el nivel de satisfacción vital global y por dominios. Los resultados obtenidos indicaron que el 57.7% de las personas participantes que viven en riesgo de exclusión social, se encontraban satisfechas con su vida global ( $Me= 6$ ). El dominio familia fue el que obtuvo una puntuación más elevada ( $Me= 8$ ), seguido del dominio consigo mismo/as ( $Me= 7$ ), mientras que el trabajo obtuvo la puntuación más baja ( $Me= 1$ ).

**Tabla 2**

*Nivel de satisfacción vital por dominios entre personas en riesgo de exclusión social*

| DOMINIOS                     | ME | DT   |
|------------------------------|----|------|
| Familia                      | 8  | 2.91 |
| Ingresos económicos          | 4  | 2.75 |
| Amigos/as                    | 6  | 2.81 |
| Trabajo                      | 1  | 2.91 |
| Su persona (conmigo mismo/a) | 7  | 2.67 |
| Global                       | 6  | 2.29 |

| SATISFACCIÓN CON LA VIDA GLOBAL     | N   | %    |
|-------------------------------------|-----|------|
| Bajo nivel de satisfacción vital    | 82  | 42.3 |
| Elevado nivel de satisfacción vital | 112 | 57.7 |

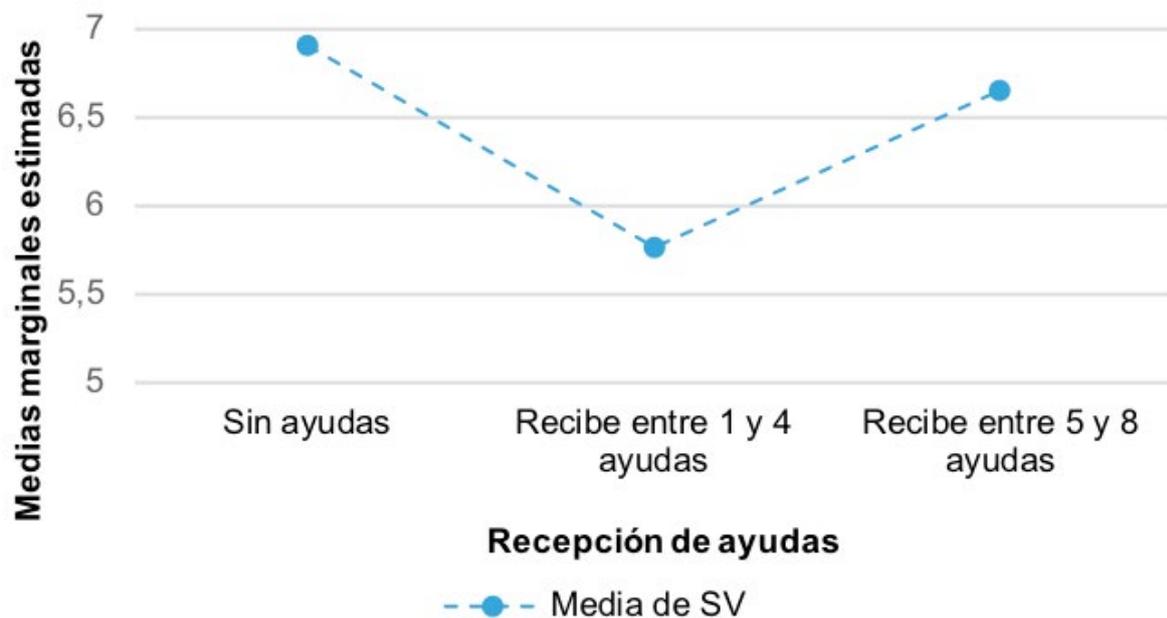
Después, realizados los análisis de las características sociodemográficas de las personas en riesgo de exclusión social, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas satisfechas y las personas no satisfechas, en función de variables como la edad, el sexo, la procedencia, el estado civil y el nivel de estudios.

## 4.2 Privación material y acceso limitado a los derechos sociales en función de su satisfacción vital

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la privación material y la satisfacción vital. En cuanto al acceso a los derechos sociales, el número de ayudas recibidas era un factor positivo para la satisfacción vital,  $F(2, 186) = 3.42$ ;  $p < 0.05$ ,  $\eta^2 = 0.035$ . Las personas sin ayudas presentaron una media más elevada en satisfacción vital ( $M = 6.91$ ), que las personas que eran beneficiarias entre 1 y 4 ayudas ( $M = 5.76$ ). En cambio, se observó un aumento en la satisfacción vital de las personas que reciben entre 5 y 8 ayudas ( $M = 6.65$ ). En la Figura se muestran los resultados. Sin embargo, en la prueba pos hoc Tukey las diferencias no resultaron significativas.

Figura 2

Interacción Número de ayudas x Satisfacción vital global



### 4.3 Situación de salud, acceso y uso de los servicios de salud en función de su grado de satisfacción vital

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el acceso y uso de los servicios de salud y la satisfacción vital. En la Tabla 3 se presentan las diferencias de medias respecto a los síntomas psicopatológicos. Las personas con un nivel de satisfacción vital menor presentaban puntuaciones mayores en depresión ( $M= 2.07$  vs.  $M= 1.33$ ),  $t(180)= 4.75$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= 0.71$ . Al igual que presentan un mayor nivel de ira ( $M= 1.78$  vs.  $M= 1.25$ ),  $t(180)= 2.95$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= 0.44$ ; más síntomas de ansiedad ( $M= 2.01$  vs.  $M= 1.54$ ),  $t(179)= 2.89$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= 0.43$ . Asimismo, las personas que manifestaban un menor nivel de satisfacción vital tenían mayores puntuaciones en síntomas somáticos ( $M= 1.77$  vs.  $M= 1.38$ ),  $t(181)= 2.07$ ,  $p < 0.05$ ,  $d= 0.32$ . De la misma forma, estas tenían más síntomas relacionados a problemas en el funcionamiento de la personalidad ( $M= 1.39$  vs.  $M= 0.87$ ),  $t(182)= 2.78$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= 0.43$ . En cuanto al acceso y uso de los servicios de salud mental, las personas con un mayor nivel de satisfacción vital presentaban mayor número de ingresos psiquiátricos a lo largo de su vida ( $M= 1.79$ ) que las otras personas con un menor nivel de satisfacción ( $M= 0.93$ ),  $t(187)= -1.90$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= -0.26$ .

**Tabla 3**

*Síntomas psicopatológicos en función de su satisfacción vital*

|  | BAJO NIVEL SATISFACCIÓN VITAL<br>( $N= 82$ ) | ELEVADO NIVEL SATISFACCIÓN VITAL<br>( $N= 112$ ) | $T$     | TAMAÑO DEL EFECTO |
|--|--|--|---------|-------------------|
| <b>Depresión</b>                         | 2.07   | 1.33   | 4.75*** | 0.71              |
| <b>Ira</b>                               | 1.78   | 1.25   | 2.95**  | 0.44              |
| <b>Ansiedad</b>                          | 2.01   | 1.54   | 2.89**  | 0.43              |
| <b>Síntomas somáticos</b>                | 1.77   | 1.38   | 2.07*   | 0.32              |
| <b>Funcionamiento de la personalidad</b> | 1.39   | 0.87   | 2.78**  | 0.43              |

*Nota.* Se utilizó la  $d$  de Cohen como medida del tamaño del efecto. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

#### 4.4 Apoyo y participación social en función de su grado de satisfacción vital

En la Tabla 4 se presentaron las diferencias de medias en función del nivel de satisfacción vital para el apoyo familiar, apoyo social y la participación social. Las personas con niveles más altos de satisfacción señalaron ser más cercanos/as a los miembros de su familia ( $M= 3.30$ ), que las personas menos satisfechas ( $M= 2.62$ ),  $t(164)= -3.12$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.52$ ; indicaron mayor frecuencia de actividades familiares ( $M= 2.62$  vs.  $M= 2.07$ ),  $t(151)= -2.17$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= -0.59$ . Por su parte, las personas menos satisfechas señalaron tener menos apoyo familiar en los momentos difíciles ( $M= 2.44$  vs.  $M= 3.04$ ),  $t(163)= -2.45$ ,  $p < 0.01$ ,  $d= -0.40$ . En cambio, las personas con elevado nivel de satisfacción vital recibían más apoyo económico por parte de sus familias (70%), en comparación con el otro grupo (30%),  $X^2(1, N= 189)= 4.150$ ,  $p < 0.05$ ,  $r= 0.15$ . Las personas menos satisfechas informaron sentirse más aisladas del resto del mundo ( $M= 1.69$  vs.  $M= 1.06$ ),  $t(190)= 2.78$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= 0.43$ . En cambio, un mayor porcentaje de personas que informaron niveles altos de satisfacción señalaron contar con ayuda cuando estaban en problemas (62%), que las personas con menor nivel de satisfacción (38%),  $X^2(1, N= 179)= 5.80$ ,  $p < 0.01$ ,  $r= 0.18$ . Las personas más satisfechas presentaban puntuaciones más elevadas en participación social. Concretamente, las personas con un mayor de satisfacción vital ejercían su derecho al voto con mayor frecuencia ( $M= 1.07$  vs.  $M= 0.77$ ),  $t(178)= -1.64$ ,  $p < 0.05$ ,  $d= -0.25$ . Del mismo modo, participaban con mayor frecuencia en actividades culturales ( $M= 3.42$  vs.  $M= 2.81$ ),  $t(174)= -3.51$ ,  $p < 0.001$ ,  $d= -0.53$  y en reuniones familiares ( $M= 3.31$  vs.  $M= 2.94$ ),  $t(176)= -2.04$ ,  $p < 0.05$ ,  $d= -0.31$ .

**Tabla 4***Apoyo y participación social en función de su satisfacción vital*

|   | BAJO NIVEL<br>SATISFACCIÓN<br>VITAL<br>(N= 82) | ELEVADO NIVEL<br>SATISFACCIÓN<br>VITAL<br>(N= 112) | T/ X <sup>2</sup> | TAMAÑO<br>DEL<br>EFECTO |
|---|--|--|-------------------|-------------------------|
| <b>Apoyo familiar</b>                   |  |  |                   |                         |
| Cercanía familiar                       | 2.62   | 3.30   | -3.12***          | -0.52                   |
| Participación en actividades familiares | 2.07   | 2.62   | -2.17**           | -0.59                   |
| Apoyo familiar                          | 2.44   | 3.04   | -2.45**           | -0.40                   |
| Apoyo familiar económico (Sí= 1)        | 30%  | 70%  | 4.15*             | 0.15                    |
| <b>Apoyo social</b>                     |  |  |                   |                         |
| Aislamiento social                      | 1.69   | 1.06   | 2.78**            | 0.43                    |
| Apoyo social (Sí= 1)                    | 38%  | 62%  | 5.80**            | 0.18                    |
| <b>Participación social</b>             |  |  |                   |                         |
| Votar en elecciones                     | 0.77   | 1.07   | -1.64*            | -0.25                   |
| Actividades culturales                  | 2.81   | 3.42   | -3.51***          | -0.53                   |
| Reuniones familiares                    | 2.94   | 3.31   | -2.04*            | -0.31                   |

Nota. En la prueba *t* de Student se utilizó la *d* de Cohen como medida del tamaño del efecto y el coeficiente de contingencia en la prueba de chi-cuadrado. \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

## 4.5 Variables predictoras de la satisfacción vital

En la Tabla 5 se plasman los resultados de los análisis de regresión múltiple para la satisfacción con la vida global en función de variables sociodemográficas, la privación material, el acceso limitado a los derechos sociales, la situación de salud, el acceso y el uso de los servicios de salud, el apoyo social y de la participación social.

El modelo explicó el 27% de la varianza de la satisfacción con la vida,  $F(2, 35) = 7.87$ ,  $p < 0.01$ ,  $R^2 = 0.27$ , e incluyó una combinación de dos variables predictoras: número de amigos/as familiares íntimos cercanos/as ( $\beta = 0.36$ ,  $p = 0.01$ ) y menos aislamiento social ( $\beta = -0.34$ ,  $p = 0.05$ ).

**Tabla 5**

*Modelos de regresión lineal múltiple para la satisfacción vital*

| VARIABLES PREDICTORAS                 | COEFICIENTE<br>B | SATISFACCIÓN<br>VITAL<br>( $\beta$ ) |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| <b>Apoyo social</b>                   |                  |                                      |
| Amigos/as y familiares íntimos (núm.) | 0.23             | 0.36**                               |
| Aislamiento social                    | -0.58            | -0.34*                               |
| Modelo <i>F</i>                       |                  | 7.87**                               |
| $R^2$                                 |                  | 0.27                                 |

Nota. \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

## 5 Discusión

El primer objetivo fue explorar la satisfacción vital global y la satisfacción por dominios de las personas en riesgo de exclusión social. Los resultados confirmaron que más de la mitad de las personas en riesgo de exclusión social han informado estar satisfechos/as con su vida global 6 puntos sobre 10, pese a vivir dificultades, debido a la falta de acceso a una vivienda, el limitado apoyo social y a padecer problemas de salud. Su nivel de satisfacción con la vida global resulta similar al señalado por personas de la población general española según el estudio de Helliwell et al. (2021) e Instituto Nacional de Estadística. (2021) ( $M= 6.5$ ). Hallazgos similares se encontraron entre personas en riesgo de exclusión social (Escarbajal-Frutos et al., 2014; Rojas, 2008), entre personas en situación de pobreza (Llano, 2022), entre personas sin hogar (Panadero et al., 2013b) y entre recolectores de basura (Vázquez, 2013). Los resultados previos señalaron que, una persona en situación de privación económica puede tener un nivel medio de satisfacción vital, siempre y cuando tenga dominios en algunos factores de la vida con los que se encuentre satisfecha (Rojas, 2008).

Respecto a la satisfacción vital por dominios, la familia obtuvo la puntuación más elevada, seguido por la satisfacción consigo mismo/a, lo que también se había observado en resultados previos (Biswas-Diener y Diener, 2006; Diener et al., 2009). Por el contrario, los dominios de trabajo e ingresos económicos fueron los más insatisfactorios. Este resultado era esperable, dado que la mayoría de las personas participantes se encontraban en situación de desempleo, con bajos o sin ingresos económicos, y, por consiguiente, sin la capacidad para hacer frente a sus necesidades básicas de subsistencia. La baja puntuación obtenida en relación con la satisfacción con los recursos materiales, entre personas que viven en situación de máxima exclusión social, fue consistente con literatura previa (Biswas-Diener y Diener, 2006). La dinámica del mercado de trabajo que está marcada por la inestabilidad y la precariedad, así como un aumento de la pobreza y que tiene, como consecuencia, un proceso de desventaja social acumulativa (FOESSA, 2022).

El segundo objetivo era analizar las diferencias entre las personas con baja satisfacción vital y elevada satisfacción vital en relación con las variables de estudio. A pesar de que se han incluido diversos ítems para medir la privación material, no se encontraron diferencias entre el nivel de satisfacción vital y las variables de privación material. Dos estudios previos (Panadero et al., 2013b; Vázquez, 2013) midieron la felicidad general entre personas en situación de pobreza

extrema, personas sin hogar y personas que recogían basura y encontraron que el nivel de renta, el acceso a bienes (electricidad, televisión o móvil) y la disponibilidad de ingresos económicos no se relacionaban, de forma directa, con el nivel de felicidad. Los resultados indican que la relación entre la percepción de ayudas y la satisfacción vital no es lineal, ya que se observó que las personas beneficiarias de más ayudas presentaron un aumento en su satisfacción en comparación a las personas que recibían menos ayudas. Sin embargo, el nivel de satisfacción era mayor entre personas que no recibían ayudas. Hallazgos previos indican que las personas que eran beneficiarias de subsidios para solventar sus necesidades básicas estaban más insatisfechas con sus vidas en comparación a personas de sus mismas circunstancias que no recibían ayudas sociales. Esto podría ser por la condicionalidad bajo la cual se da la ayuda, ya que éstas se rigen por requisitos de actividad o formación laboral, las cuales podrían ser inadecuadas o no ser del interés de las personas beneficiarias, socavando sus oportunidades de desarrollo propio y de alcanzar la satisfacción (Thornton y Iacoella, 2022).

En cuanto al apoyo social y familiar, los resultados indicaron que las personas con mayor nivel de satisfacción tenían más cercanía con su familia, recibían apoyo en los momentos de dificultad y recibían ayudas económicas por parte de su círculo cercano. Este resultado es coherente con resultados previos que indican que el apoyo familiar se correlaciona positivamente con la felicidad cuando los ingresos económicos son bajos (North et al., 2008). Estos resultados apuntan a que el apoyo familiar podría contribuir al aumento de los niveles de satisfacción con la vida (Biswas-Diener y Diener, 2006). Las personas con elevada satisfacción vital indicaron sentirse menos aisladas y contar con más ayuda en caso de necesitarla, así como una mayor participación social (elecciones, actividades culturales y familiares). Esto indicaría que las relaciones sociales tienen un lugar relevante en la jerarquía de las necesidades de las personas. La literatura científica avala que las relaciones interpersonales sólidas, están vinculadas con la salud y el bienestar (Diener y Chan, 2011). De hecho, las personas más satisfechas presentaban menor puntuación en síntomas clínicos como la depresión, la ira, la ansiedad, los síntomas somáticos, o en problemas del funcionamiento de la personalidad.

En relación con el modelo predictivo de la satisfacción global, se esperaba que las variables predictoras fueran apoyo social, lo cual se cumplió. El apoyo social y menor aislamiento social se ha relacionado con la satisfacción vital, así como las relaciones sociales en general (Bayram et al., 2012; Biswas-Diener y Diener, 2006).

A la vista de los resultados del presente estudio, es necesario plantearse la siguiente pregunta: ¿Por qué las personas en riesgo de exclusión social se encuentran satisfechas con su vida global? Como menciona Easterlin (2001), las personas se acostumbran a un determinado nivel de ingresos económicos y una vez que sus necesidades básicas están cubiertas otras necesidades cobran mayor relevancia. Lo que parece cierto es que las personas se adaptan mejor a la falta de recursos económicos, que a la falta de relaciones sociales (Biswas-Diener y Diener, 2006). También, es posible pensar en diversas estrategias defensivas que podrían tener lugar, como, por ejemplo, la negación de la infelicidad propia, el compararse con personas en peor situación y la tendencia a ver las cosas de forma optimista (Veenhoven, 1991). Otra posible explicación es la teoría del equilibrio dinámico, la cual indica que el bienestar subjetivo es estable y que la vivencia de eventos positivos o negativos no provocan una variación en el nivel de bienestar, dado que las personas tienden a adaptarse a estos cambios (Headey y Wearing, 1989). Esto podría ser la explicación de por qué, a pesar de las notables deficiencias en los recursos económicos y los problemas de salud mental, las personas declaran un nivel de satisfacción aceptable.

Es conveniente que, dentro de las estrategias dirigidas a prevenir y combatir la exclusión social, se consideren las políticas que favorezcan el empleo, las estrategias para fomentar el apoyo social y potencializar los sistemas de seguridad social, y mejorar el nivel de satisfacción vital entre las personas más desfavorecidas (Easterlin, 2013). Por otro lado, cabe resaltar que la solidaridad familiar es un mecanismo protector, frente a la escasez o a la baja calidad de los servicios públicos (Mingione y Benassi, 2019). Sin embargo, podría haber desgaste de las redes familiares y es necesario brindar prestaciones mínimas, orientadas a satisfacer las necesidades de carácter básico de los hogares más afectados por la pobreza (Sánchez, 2020). Los objetivos de los programas de intervención tendrían que ser activar los recursos personales (como mejora de la autoestima, autoconfianza, o un locus de control más interno), la satisfacción consigo mismo/a y un propósito de la vida. El objetivo último de estos programas debería ser la mejora de la satisfacción vital y no solamente la supervivencia (Rew et al., 2019), a través de la promoción de la esperanza, el optimismo y la gratitud (Rew et al., 2019).

Este estudio está sujeto a limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal del estudio no permite la atribución de causalidad. Por otro lado, las personas participantes son beneficiarias de programas y servicios comunitarios, por tanto, no se podrían generalizar estos hallazgos al conjunto de personas que viven en riesgo de exclusión social. Con el fin de paliar esta situación incluimos a

personas de diferentes grupos: en riesgo de exclusión, personas con problemas de salud mental y personas en desempleo. En el futuro, convendría preguntar directamente a las personas en riesgo de exclusión social sobre el nivel de satisfacción respecto a los ingresos percibidos de las ayudas sociales y otras prestaciones recibidas.

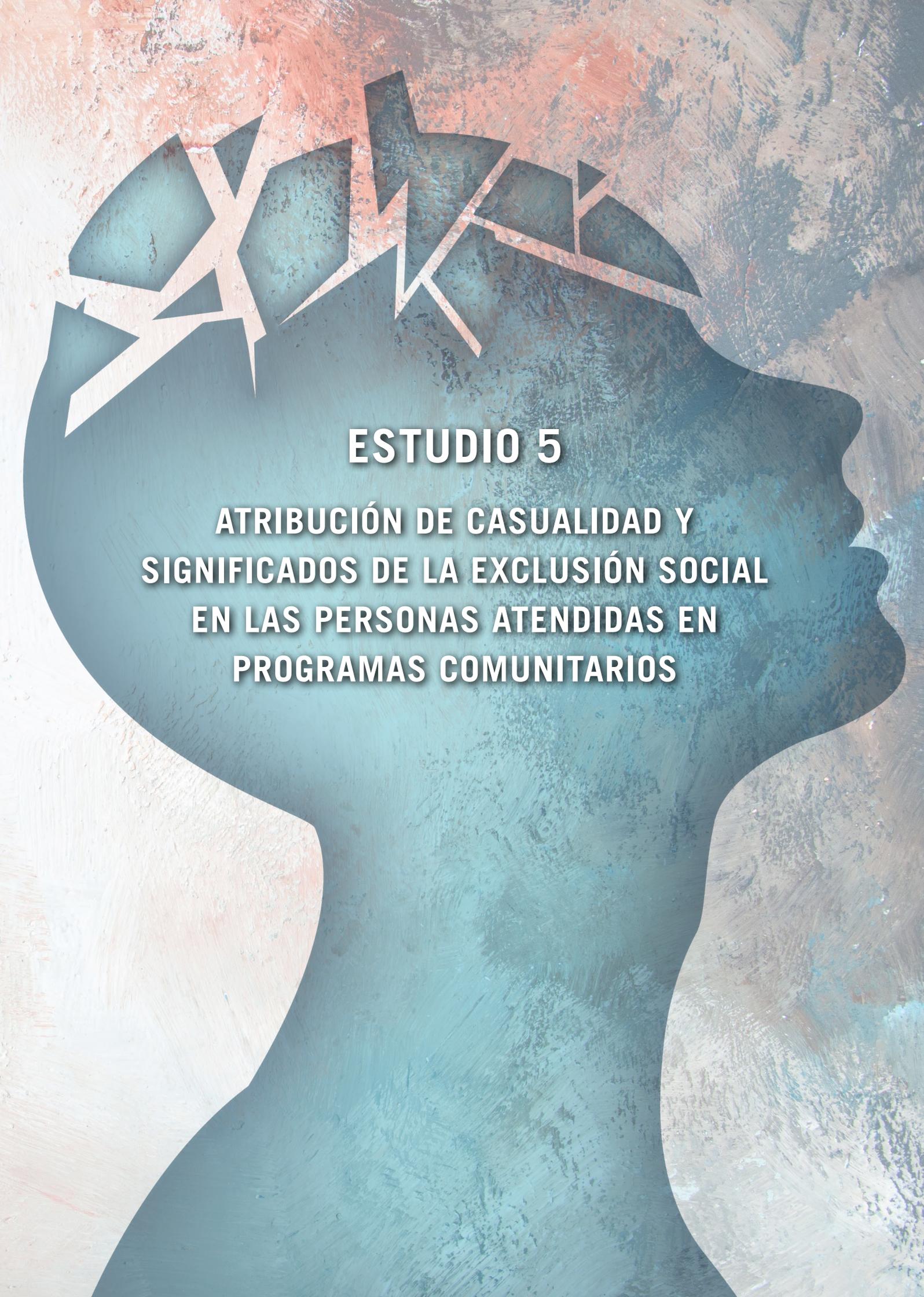
## 6 Referencias

- Babajanian, B. y Hagen-Zanker, J. (2012). *Social protection and social exclusion: an analytical framework to assess the links*. <http://cdn-odi-production.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/media/documents/7864.pdf>
- Bastiaens, L. y Galus, J. (2018). The DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure as a screening tool. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 111-115.
- Bayram, N., Aytac, S., Aytac, M., Sam, N. y Bilgel, N. (2012). Poverty, Social Exclusion, and Life Satisfaction: A Study From Turkey. *Journal of Poverty*, 16(4), 375-391. <https://doi.org/10.1080/10875549.2012.720656>
- Bellani, L. y D'Ambrosio, C. (2011). Deprivation, Social Exclusion and Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 104(1), 67-86. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9718-0>
- Biswas-Diener, R. y Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8671-9>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E. y Chan, M. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. In S. López y C. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook Of Positive Psychology* (pp. 187-194). Oxford University Press.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. <http://link.springer.com/10.1007/978-90-481-2350-6>
- Diener, E. y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Diener, E., Seligman, M., Choi, H. y Oishi, S. (2018). Happiest People Revisited. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 176-184. <https://doi.org/10.1177/1745691617697077>
- Easterlin, R. (2001). Income and happiness: Towards a unified theory. *Economic Journal*, 111(473), 465-484. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00646>
- Easterlin, R. (2013). Happiness, growth, and public policy. *Economic Inquiry*, 51(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2012.00505.x>
- Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T. y López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Anales de Psicología*, 30(2), 541-548. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>
- FOESSA. (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2022/01/Conclusiones-Informe-FOESSA-2022.pdf>
- Gabinete de Prospección Sociológica. (2022). *Percepción de bienestar y felicidad*. [https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/o\\_21tef11/es\\_def/adjuntos/21tef11\\_prentsa\\_oharra\\_es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/o_21tef11/es_def/adjuntos/21tef11_prentsa_oharra_es.pdf)
- Graham, C. (2005). The Economics of happiness: Insights on globalization from a novel approach. *World Economics*, 6(3), 41-55.

- Headey, B. y Wearing, A. (1989). Personality, Life Events, and Subjective Well-Being: Toward a Dynamic Equilibrium Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731–739. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.731>
- Heisel, M. y Flett, G. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(2), 127–135. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. y De Neve, J.-E. (2021). *World Happiness Report 2021 | World Happiness Report*. <https://worldhappiness.report/ed/2021/>
- Howell, R. y Howell, C. (2008). The Relation of Economic Status to Subjective Well-Being in Developing Countries: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 134(4), 536–560. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.4.536>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV)*. [https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental\\_ind\\_multi\\_calidad\\_vida.htm](https://www.ine.es/experimental/imcv/experimental_ind_multi_calidad_vida.htm)
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983–991. <https://doi.org/10.1093/aje/152.10.983>
- Kotakorpi, K. y Laamanen, J. P. I. (2010). Welfare state and life satisfaction: Evidence from public health care. *Economica*, 77(307), 565–583. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.2008.00769.x>
- Llano, J. (2022). *XII Informe: El estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030. 2015-2021*. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-2022-compilado.pdf>
- Mingione, E. y Benassi, D. (2019). El modelo de bienestar en la Europa del Sur y la lucha contra la pobreza y la exclusión social. *Panorama Social, Primer sem*, (29), 9–23.
- Ngamaba, K. H., Panagioti, M. y Armitage, C. (2017). How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 27(5), 879–885. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx081>
- North, R. J., Holahan, C. J., Moos, R. H. y Cronkite, R. C. (2008). Family Support, Family Income, and Happiness: A 10-Year Perspective. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 475–483. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.475>
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España. (2021). *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. [https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia\\_Espana\\_2050.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf)
- Panadero, S., Vázquez, J. J., Guillén, A. I., Martín, R. M. y Cabrera, H. (2013). Diferencias en felicidad general entre las personas sin hogar en Madrid (España). *Revista de Psicología*, 22(2), 53. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.30853>
- Rew, L., Slesnick, N., Johnson, K., Aguilar, R. y Cengiz, A. (2019). Positive attributes and life satisfaction in homeless youth. *Children and Youth Services Review*, 100, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.021>
- Rojas, M. (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: Is it a simple relationship? *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 467–497. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9009-2>
- Rojas, M. (2008). Experienced Poverty and Income Poverty in Mexico: A Subjective Well-Being Approach. *World Development*, 36(6), 1078–1093. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.10.005>

- Sánchez, S. (2020). La transformación de la solidaridad familiar desde los servicios sociales básicos en España. *Papers. Revista de Sociologia*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2787>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente R.M. (2013). *Versión española de la DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Schneider, S. (2016). Income Inequality and Subjective Wellbeing: Trends, Challenges, and Research Directions. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1719–1739. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9655-3>
- Siahpush, M., Spittal, M. y Singh, G. K. (2008). Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 18–26. <https://doi.org/10.4278/ajhp.061023137>
- Thornton, I. y Iacoella, F. (2022). Conditionality and contentment: Universal Credit and UK welfare benefit recipients' life satisfaction. *Journal of Social Policy*, 1–29. <https://doi.org/10.1017/S0047279422000241>
- Vázquez, J. J. (2013). Felicidad entre la basura. Diferencias en felicidad general entre los recolectores de basura en León (Nicaragua). *Journal of Positive Psychology*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.743574>. Felicidad
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24(1), 1–34. <https://doi.org/10.1007/BF00292648>
- Veenhoven, R. (1996). The Study of Life Satisfaction. *Quality*, 11–48.
- Yasuko, B. y Watanabe, A. (2006). Satisfacción por la vida y Teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121–126.





## **ESTUDIO 5**

**ATRIBUCIÓN DE CASUALIDAD Y  
SIGNIFICADOS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL  
EN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN  
PROGRAMAS COMUNITARIOS**



# 1 Introducción

Vivir en situación de exclusión social es una de las experiencias más difíciles que puede experimentar y asimilar una persona, en tanto que la priva del acceso a los derechos sociales básicos (Jehoel-Gijsbers, 2004), y les expone a vivir en situación de pobreza, desigualdad social y discriminación (WHO, 2014). La exclusión social es también una experiencia personal, por lo que las opiniones de quienes la sufren no deben ser ignoradas (Marlier y Atkinson, 2009). Una experiencia frecuente entre las personas en situación de exclusión social es la privación material y/o pobreza. Si bien no toda situación de exclusión social deriva en pobreza, es cierto que toda persona que experimenta una situación de pobreza tiene más posibilidades de desplazarse a la exclusión social (Subirats et al., 2004). Por tanto, es relevante conocer las causas que llevan a una persona a transitar por la situación de exclusión social.

Heider (1958) aportó las primeras ideas sobre la atribución causal en el ámbito de la psicología social, estudiando los juicios sobre causa y responsabilidad que hacían las personas. Las atribuciones causales hacen referencia a los motivos que las personas señalan al tratar de comprender determinada situación, los cuales explican un comportamiento determinado. Feagin (1972) propone agrupar en tres categorías las causas de la pobreza: individuales, estructurales y fatalistas (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Clasificación de las atribuciones causales (Feagin, 1972)*

| TIPO DE ATRIBUCIÓN  | ACONTECIMIENTOS   |
|---|---|
| <i>Atribuciones individualistas:</i><br><b>causas individuales</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencias personales</li> <li>• Abuso alcohol y drogas</li> <li>• Falta de habilidades y capacidades</li> <li>• Mala gestión del dinero</li> </ul>   |
| <i>Atribuciones estructurales:</i><br><b>causas económicas y sociales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios precarios</li> <li>• Fracaso de la sociedad para proporcionar buenas escuelas</li> <li>• Impuestos elevados</li> <li>• Falta de empleos</li> <li>• Prejuicios y discriminación</li> </ul> |
| <i>Atribuciones fatalistas:</i><br><b>causas azarosas</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala suerte</li> <li>• Enfermedad y discapacidad</li> </ul>  |

De acuerdo con resultados de investigaciones previas (Vázquez et al., 2018; Vázquez y Berríos, 2022), las causas del sinhogarismo -condición más severa de la exclusión social- que exponían las personas sin hogar eran los problemas económicos, conflictos interpersonales, problemas de salud física y/o mental, consumo excesivo de sustancias, desarraigo por migración, padecimiento de múltiples situaciones traumáticas y crisis económica (Panadero y Vázquez, 2016). Los resultados de Tessler et al. (2001) enfatizaron que el género influye en la percepción de las causas. Comprobaron que los hombres sin hogar atribuían su situación a la pérdida del empleo, salida de una institución, problemas de salud mental y problemas de alcohol. Mientras que las mujeres asignaban mayor importancia a los conflictos interpersonales y a la pérdida de apoyo social como factores causales de su situación de sinhogarismo. Por otro lado, el origen migratorio también influye en el tipo de atribuciones que se hacen acerca de la situación de sin hogar. En el estudio de Navarro-Lashayas (2016), los/as profesionales de la intervención social identificaron que la falta de residencia legal o el proceso migratorio eran las principales causas que llevan a vivir sin hogar a las personas migrantes. Sin embargo, entre las personas autóctonas las causas eran el abuso de sustancias y problemas de salud mental.

Por lo general, las personas en situación de exclusión social atribuyen como causa de su situación a los acontecimientos traumáticos, los cuales se definen como experiencias que implican cambios vitales significativos (Rodríguez-Moreno et al., 2021). Resultados previos, indican que las personas sin hogar padecen de este tipo de experiencias desde edad muy temprana. De acuerdo con Stein et al. (2002), el abuso en la infancia (físico, verbal y sexual) contribuye a la baja autoestima, depresión y falta de vivienda crónica; lo cual puede dar lugar a la revictimización en la edad adulta (Edalati et al., 2016). Además, un elevado número de acontecimientos traumáticos podría incrementar la posibilidad de vivir en situación de sin hogar (Guillén et al., 2020; Muñoz et al., 1999; Zugazaga, 2004), así como de padecer reiterados episodios de sin hogar (Broll y Huey, 2020; Roca et al., 2019), estrés emocional y un historial de consumo de sustancias (Ibabe et al., 2014). Los acontecimientos traumáticos se dan de forma diferenciada entre hombres y mujeres. En las mujeres sin hogar se han informado un elevado número de eventos traumáticos en comparación con los hombres (Ibabe et al., 2014; Zugazaga, 2004). Con mayor frecuencia, las mujeres experimentaron abuso físico y/o sexual durante la infancia y violencia por parte de la pareja en la edad adulta. En contraste, los hombres señalaron haber vivido problemas con la justicia o asociados al consumo de alcohol y drogas (Rodríguez-Moreno et al., 2020; Zugazaga, 2004).

Con relación a la pobreza, se ha comprobado que las atribuciones individualistas contribuyen al estigma negativo de las personas que solicitan ayudas sociales, ya que se les atribuye como causantes de su propia situación. Por lo que, desencadenan un fuerte impacto en la percepción de las personas que viven en esta condición (Bullock, 1999). De hecho, el tipo de atribuciones causales se verá reflejado en el proceso de normalización de las personas en situación de exclusión social, puesto que en función de las atribuciones explicativas sobre su situación, se emplearán diferentes estrategias para combatir la situación de exclusión social (Vázquez et al., 2018). Son diversos los trabajos que estudian las atribuciones causales sobre la situación de pobreza o sin hogarismo en el contexto español (Panadero y Vázquez, 2016; Vázquez et al., 2018). Sin embargo, es necesario profundizar en las atribuciones causales y significados de la exclusión social entre las personas que la sufren y que están inmersas en diversos procesos de inclusión social. Por ello, el primer objetivo de este estudio ha sido analizar el tipo de atribución causal de la situación de exclusión social (individuales, estructurales y fatalistas) en función del tipo de servicio, el género y la procedencia entre personas en riesgo de exclusión social atendidas en diversos programas comunitarios. De forma complementaria, se buscó describir los acontecimientos traumáticos y significados que las personas en riesgo de exclusión social señalan como explicación de su situación actual.

## 2 Método

### 2.1 Participantes

En el presente estudio participaron 127 personas en riesgo de exclusión social atendidas en diversos centros y programas comunitarios. Entre ellas, el 85% participa en diversos programas de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y el 15.6% en el programa de la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental [AGIFES]. El 55.1% son personas autóctonas y el 44.9% son personas extranjeras, cuya edad oscila entre los 18 y 60 años. A continuación, en la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas más relevantes de la muestra.

**Tabla 2**

*Perfil sociodemográfico, tipo de programa y problemas de salud mental*

| VARIABLE                | N   | %     |
|-------------------------|-----|-------|
| <b>Tipo de programa</b> |     |       |
| Inclusión social        | 108 | 85%   |
| Salud mental            | 19  | 15.6% |
| <b>Género</b>           |     |       |
| Hombre                  | 91  | 71.7% |
| Mujer                   | 36  | 28.3% |
| <b>Edad</b>             |     |       |
| 18-30 años              | 46  | 36.8% |
| 31-45 años              | 23  | 18.4% |
| 46-60 años              | 56  | 44.8% |
| <b>Procedencia</b>      |     |       |
| Autóctona               | 70  | 55.1% |
| Extranjera              | 57  | 44.9% |

| VARIABLE  | N   | %     |
|---|-----|-------|
| <b>Estado civil</b>                                   |     |       |
| Soltero/a   | 86  | 67.7% |
| Casado/a-pareja                                       | 15  | 1.8%  |
| Divorciado/a  | 24  | 18.9% |
| Viudo/a   | 2   | 1.6%  |
| <b>Nivel educativo</b>                                |     |       |
| <b>Sin estudios</b>                                   | 9   | 7.1%  |
| Primarios   | 42  | 33.1% |
| Secundarios   | 70  | 55.1% |
| Universitarios  | 6   | 4.7%  |
| <b>Empleo</b>   |     |       |
| No  | 107 | 84.3% |
| Sí  | 20  | 15.7% |
| <b>Tipo de vivienda</b>                               |     |       |
| Vivienda particular-familiar                          | 21  | 19%   |
| Vivienda/centro residencial de los Servicios Sociales | 85  | 77.3% |
| Sin alojamiento, alojamiento no apto o inseguro       | 4   | 3.7%  |
| <b>Diagnóstico de problema de salud mental</b>        |     |       |
| No  | 69  | 55.6% |
| Sí  | 55  | 44.4% |

## 2.2 Diseño y procedimiento

La muestra se seleccionó en Gipuzkoa (País Vasco). Se utilizó un muestreo no aleatorio, en el que la búsqueda de participantes es intencionada para garantizar la saturación y riqueza de los datos. Este tipo de muestreo permite acercarse a participantes difíciles de alcanzar, estigmatizados u ocultos (Guest et al., 2006).

Se realizó una investigación descriptiva y exploratoria con un enfoque cualitativo para profundizar en las atribuciones causales y los significados que las personas en riesgo de exclusión hacen de su situación. Para ello, además de los datos referidos a su situación sociodemográfica, diagnóstico de salud mental y tipo de servicio en el que eran atendidos/as, se realizó la siguiente pregunta abierta: “¿Qué situaciones o causas le han llevado a vivir su situación actual?”. El estudio se complementó con la información extraída de 33 entrevistas para profundizar en los significados atribuidos a vivir en riesgo de exclusión social. Se realizaron preguntas del tipo: “¿Qué situaciones o causas le han llevado a vivir su situación actual?”. Entre las personas migrantes se incluyeron preguntas como: “¿A qué dificultades se ha enfrentado desde que emprendió su proceso migratorio?”. Asimismo, se indagó sobre la situación general respecto a los temas señalados, sus vivencias y atribuciones en relación con la exclusión, y las emociones asociadas. En este caso, se llevaron a cabo ocho entrevistas grupales y cuatro individuales (en el caso de las personas sin hogar). Finalmente, con el objetivo de cerrar la sesión de una forma positiva, se les pidió que pensarán en sí mismos/as, en su situación orientada hacia un futuro mejor, ofreciendo una devolución acerca de la importancia de tener metas ajustadas a lo real y reforzando su capacidad para lograrlas.

El trabajo de campo se efectuó en 2019. La persona encargada de realizar las entrevistas fue la doctoranda, quien cuenta con experiencia en el trabajo en grupos de intervención psicosocial y experiencia en el ámbito clínico. La duración media fue de 45 minutos. Antes de proceder a la realización de la entrevista, se les informó a las personas sobre los objetivos del estudio y el tratamiento de los datos (hoja informativa). Se solicitó el consentimiento informado a aquellas personas que aceptaron participar. El estudio cuenta con el informe favorable del Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad del País Vasco (CEISH-UPV/EHU) (código M10\_2018\_162).

## 2.3 Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativo ( $n= 127$ ) se realizó aplicando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 28. En primer lugar, se obtuvo el perfil sociodemográfico, el tipo de servicio en el que participaban y la prevalencia de problemas de salud mental a través de los porcentajes correspondientes. Las respuestas a la pregunta “¿Qué situaciones o causas le han llevado a vivir su situación actual?” se categorizaron siguiendo la clasificación de las atribuciones causales aportada por Feagin (1972): individualistas, estructurales y fatalistas. Sin embargo, diferenciamos en la atribución estructural entre económica y socio-familiar, ya que se observó que los problemas relacionados al ámbito socio-familiar representaban un tema relevante entre las personas participantes. Se realizaron comparaciones de las atribuciones causales de la exclusión social en función del tipo de programa en el que eran atendidas (inclusión social y salud mental), el género (hombre, mujer) y la procedencia (autóctona y extranjera). Para la comparación entre grupos se utilizó el estadístico  $X^2$  y se calculó el coeficiente de contingencia.

Los datos cualitativos proceden de las entrevistas con 33 participantes. Las entrevistas se grabaron y, posteriormente, se transcribieron textualmente. Se realizó un análisis temático como metodología analítica propuesta por Braun y Clarke (2006). Para ello, la doctoranda y directoras de la tesis revisaron detenidamente todas las entrevistas y realizaron análisis cualitativos independientes de los datos. Se elaboró una lista inicial de temas emergentes asociados y luego se resumieron en categorías más amplias de temas y subtemas basados en la similitud y el solapamiento. Los temas emergentes se clasificaron utilizando el acuerdo entre evaluadoras, lo que nos permitió trabajar con un sistema de clasificación altamente fiable. Tras el proceso de codificación, se calculó el acuerdo entre las codificadoras mediante la fórmula de Miles y Huberman (1994). A continuación, se organizaron subcategorías y temas en función de las relaciones entre los códigos confirmados y la literatura pertinente, ya que se alcanzó un nivel de acuerdo adecuado (80%). Los/as participantes fueron identificados/as en el texto por su número de cuestionario, el género, origen y edad.

## 3 Resultados

### 3.1 Atribuciones causales de la exclusión social

Las personas en riesgo de exclusión social atribuyen su situación principalmente a causas de tipo estructural económica (34.4%), seguido de causas socio-familiares (31.2%), causas individualistas (23.1%) y, por último, causas fatalistas (11.3%). Estos resultados pueden consultarse en la Tabla 3. La dimensión estructural económica incluye el desempleo y falta de recursos económicos (19.9%), así como la falta de documentación legal y limitación en el acceso a derechos sociales básicos por su estatus migratorio (14.5%).

La dimensión socio-familiar agrupa las experiencias traumáticas familiares (20.4%), la violencia de pareja (3.8%), el divorcio o separación (4.3%) y la discriminación percibida de las personas inmigrantes (2.7%).

La dimensión individualista incluye el consumo de sustancias (15.6%) y los problemas de autoestima y falta de recursos para el manejo de las emociones (7.5%). La dimensión fatalista se refiere a los problemas de salud, discapacidad o invalidez (11.3%).

### 3.2 Causas percibidas en función del programa en el que participan, el género y la procedencia

Como se observa en la Tabla 3, se encontraron diferencias significativas en la percepción de la situación de exclusión social en función del tipo de programa. Las personas que participan en programas y servicios orientados a la inclusión social hicieron énfasis en las experiencias traumáticas familiares (22.8%). En contraste, el 50% de las personas que participan en programas orientados a la salud mental señalaron que su situación actual se debe a los problemas de salud, discapacidad o invalidez,  $X^2(8, N=182)=53.401, p < 0.001, r=0.48$ .

En relación con el género, las mujeres atribuyeron su situación principalmente a experiencias traumáticas familiares (26.9%) y los hombres al desempleo y falta de recursos económicos (18.8%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas  $X^2(8, N=185)=23.981, p < 0.01, r=0.34$ . Finalmente, existen diferencias significativas en función de la procedencia  $X^2(8, N=185)=68.065, p < 0.001, r=0.52$ . Las personas autóctonas manifestaron que vivir en riesgo de exclusión social

obedece a las experiencias traumáticas familiares (24.3%) y las personas extranjeras señalaron la falta de documentación y la limitación en el acceso a derechos sociales básicos por su estatus migratorio (34.6%) como principal causa de vivir en riesgo de exclusión.

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencias según la percepción y clasificación de las atribuciones causales en función del tipo de programa en el que participan, el género y la procedencia*

| TEMAS                                  | SUBTEMAS                                     | TOTAL         | PROGRAMA      |              | GÉNERO        |               | PROCEDENCIA   |               |
|--|--|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|  |  |               | IS            | SM           | HOMBRE        | MUJER         | AUT.          | EXT.          |
| <b>Causas individualistas</b>          | Consumo de sustancias                        | 15.6%<br>(29) | 17.7%<br>(28) | 4.2%<br>(1)  | 18%<br>(24)   | 9.6%<br>(5)   | 20.6%<br>(22) | 9%<br>(7)     |
|  | Problemas de autoestima                      | 7.5%<br>(14)  | 6.3%<br>(10)  | 12.5%<br>(3) | 5.3%<br>(7)   | 11.5%<br>(6)  | 10.3%<br>(11) | 2.6%<br>(2)   |
| <b>Causas estructurales-económicas</b> | Desempleo y falta de rec. económicos         | 19.9%<br>(37) | 19%<br>(30)   | 29.2%<br>(7) | 18.8%<br>(25) | 23.1%<br>(12) | 15.9%<br>(17) | 25.6%<br>(20) |
|  | Falta de documentación legal                 | 14.5%<br>(27) | 17.1%<br>(27) | 0            | 19.5%<br>(26) | 1.9%<br>(1)   | 0             | 34.6%<br>(27) |
| <b>Causas socio-familiares</b>         | Experiencias traumáticas familiares          | 20.4%<br>(38) | 22.8%<br>(36) | 4.2%<br>(1)  | 18%<br>(24)   | 26.9%<br>(14) | 24.3%<br>(26) | 15.4%<br>(12) |
|  | Violencia de pareja                          | 3.8%<br>(7)   | 4.4%<br>(7)   | 0            | 1.5%<br>(2)   | 9.6%<br>(5)   | 6.5%<br>(7)   | 0             |
|  | Divorcio/separación                          | 4.3%<br>(8)   | 4.4%<br>(7)   | 0            | 5.3%<br>(7)   | 1.9%<br>(1)   | 6.5%<br>(7)   | 1.3%<br>(1)   |
|  | Discriminación percibida                     | 2.7%<br>(5)   | 3.2%<br>(5)   | 0            | 3.8%<br>(5)   | 0             | 0             | 6.4%<br>(5)   |
| <b>Causas fatalistas</b>               | Problemas de salud, discapacidad o invalidez | 11.3%<br>(21) | 5.1%<br>(8)   | 50%<br>(12)  | 9.8%<br>(13)  | 15.4%<br>(8)  | 15.9%<br>(17) | 5.1%<br>(4)   |

*Nota. Suman más de 127 casos, puesto que algunas personas que señalaron más de una causa que las llevó a vivir en riesgo de exclusión social. Programa IS: inclusión social; SM: salud mental. Procedencia: Aut: autóctono/a; Extra: extranjero.*

### 3.3 Significados de la exclusión social

En este apartado se incluyen algunos testimonios de los significados individualistas, estructurales-económicos, socio-familiares, y fatalistas extraídos de las entrevistas ( $n= 33$ ) realizadas con las personas en riesgo de exclusión social atendidas en los programas comunitarios.

### 3.4 Significados individualistas de la exclusión social

Los significados individualistas de la exclusión social se centran en el consumo de sustancias y los problemas de autoestima y/o estrés.

#### 3.4.1 Consumo de sustancias

El 15.6% mencionó que el consumo de sustancias fue una de las causas que les llevó a vivir en riesgo de exclusión social. De acuerdo con los testimonios de los/as participantes, el inicio del consumo de sustancias comenzó a edades muy tempranas y con una notable presencia a lo largo de su trayectoria vital.

“A los 14 años empecé a consumir alcohol, hachís, cocaína, éxtasis, etc.”

(P23, hombre, 48 años, autóctono).

“He sufrido mucho en la vida y creé una dependencia desde muy joven y he hecho muchos programas de deshabituación”.

(P10, hombre, 43 años, autóctono).

Algunas de estas personas indicaron que el consumo les condujo a vivir en riesgo de exclusión social y les impidió llegar a cumplir proyectos laborales y familiares. En otros casos, señalaron que el consumir les permitía sobrellevar su realidad:

“Cuando entrego a mi hija y no la voy a ver hasta el próximo jueves, eso es mucho tiempo. Ahí es cuando me pongo de mala leche, dejo a mi hija y paso al supermercado, compro un litro de vino, bebo y duermo. A la mañana siguiente, 5 pastillas para estar tranquilo, pero es lo único que me hace olvidar”.

*(P62, hombre, 37 años, autóctono).*

### 3.4.2 Problemas de autoestima y/o estrés

El 7.5% de las personas atribuyó su situación a los problemas asociados a la falta de autoestima y el elevado nivel de estrés debido a diversos tipos de problemas, entre otros, los problemas afectivos y el no tener recursos personales para pedir ayuda:

“El problema fue no quererme a mí misma y ayudar siempre a los demás”.

*(P53, mujer, 42 años, autóctona).*

“Tenía baja autoestima, me sentía una mierda”.

*(P2, hombre, 49 años, autóctono).*

“No sabía afrontar mis problemas, no sabía pedir ayuda”.

*(P50, mujer, 44 años, autóctona).*

### 3.5 Significados estructurales-económicos de la exclusión

Los significados estructurales-económicos de la exclusión se refieren a la situación legal administrativa y limitación en el acceso a los derechos sociales básicos por su estatus migratorio; y el desempleo y falta de recursos económicos.

#### 3.5.1 Situación legal administrativa y limitación en el acceso a los derechos sociales básicos por su estatus migratorio

El 14.5% ( $n=27$ ) señaló la situación legal administrativa como la principal causa para vivir en riesgo de exclusión social. De acuerdo con los testimonios de los/as participantes, la falta de documentación que acredite su estatus legal limita el acceso los derechos sociales básicos (servicios de salud, acceso a un empleo, etc.).

“Ahora estoy bien, antes no había salida, estás en la calle, no tenemos nada, ni documentación, ni médico, ni nada. Entrando a un programa te empiezas a recuperar, poco a poco a hacer tarjetas del médico y hacer el pasaporte que no tenía antes”.

(P6, hombre, 51 años, extranjero).

Asimismo, conseguir el estatus legal no les brinda una estabilidad permanente, puesto que, debido a la falta de empleo y la incapacidad de comprobar medios de vida, es posible perder la residencia legal, volviendo a una posición de alta vulnerabilidad. De hecho, se identificó que la experiencia de vivir en la calle o en condiciones inhumanas han sido un elemento común entre los jóvenes extranjeros.

“Sí, es muy difícil tener papeles y muy fácil perderlos. Como lo que me pasa a mí: estuve aguantando durante 8 años para tener la residencia y ahora con papel de medios de vida que me falta quedo ilegal, pierdo mi residencia. Quiero tener un trabajo, pero no puedo, no puedo tener ayuda social y voy a perder la residencia”.

(P105, hombre, 29 años, extranjero).

“Es que cuando yo salí de mi país sabía que las cosas iban a ser difíciles, pero nunca me imaginé lo que he vivido, cuando estaba en Barcelona tenía que buscar la comida en la basura. Viví en una casa con ratas, dormía en un colchón en una fábrica abandonada, yo viví eso, pero por desgracia hay otros compañeros míos que siguen viviendo en eso. Es como gente que no se ve, nadie se preocupa por ellos y que parece que son imaginarios que nadie quiere saber nada de ellos, eres un bicho raro, tú solo molestas y eso te crea depresión”.

*(P118, hombre, 20 años, extranjero).*

Por otro lado, en el ámbito social señalaban no sentirse seguros al salir a la calle, debido a que sean interceptados por la policía y no tener la documentación en regla. Algunos relatos incluyen la historia de su proceso migratorio siendo menores de edad no acompañados, el haber vivido en un centro de menores y al cumplir 18 años quedarse en la calle. Entre estos, algunos de los jóvenes viajaron desde otras comunidades autónomas hacia el País Vasco con la idea de mejorar su vida.

“Yo pasé lo mismo que [...] aquí, he tenido que recoger comida en la basura, y la policía venía a cachearnos a lado de la basura. Los servicios sociales no te hacen caso durante 6 o 7 meses”.

*(P120, hombre, 22 años, extranjero).*

“Yo estuve en la calle un año y dos meses, antes estaba en Ceuta en un centro de menores hasta que cumplí 18 años”.

*(P122, hombre, 21 años, extranjero).*

### 3.5.2 Desempleo y falta de recursos económicos

El 19.9% de los/as participantes destacó la pérdida del empleo como el punto de quiebre previo a vivir en riesgo de exclusión. De hecho, el 84.3% reveló no contar con empleo, por lo que sus ingresos económicos, cuando los hay, dependen de las prestaciones y ayudas procedentes de los servicios sociales. Por tanto, se observa con frecuencia el desempleo de larga duración entre personas de más edad; y, entre las personas jóvenes, entre 18 y 30 años, dificultades para acceder a su primer empleo. Así lo reflejan en sus testimonios:

“Yo me quedé sin trabajo, mi patrón se jubiló. A partir de ahí perdí todo, estaba en un piso de alquiler, pero lo dejé. Todo está relacionado a perder mi trabajo, estuve 2 años en la calle y después fui al centro Portuenea”.

*(P20, hombre, 58 años, extranjero).*

“Hace 11 años me quedé sin trabajo, sin mujer, sin piso, fue muy interesante de estar trabajando y disfrutando como un señor, a verme con una mochila ahí”.

*(P81, hombre, 55 años, autóctono).*

## 3.6 Significados socio-familiares de la exclusión

Los significados socio-familiares de la exclusión incluyen experiencias traumáticas familiares, la violencia de pareja, el divorcio o separación y la discriminación percibida de las personas inmigrantes.

### 3.6.1 Experiencias traumáticas familiares (abuso físico o sexual) y pérdida de padres o familiares de referencia

La debilitación o ruptura de las redes de apoyo social primarias provoca situaciones de aislamiento y desvinculación social. Algunas personas expresaron no haber recibido apoyo de su familia en los momentos críticos y haber sido rechazados por el consumo de sustancias o por las problemáticas personales.

Por otra parte, fue posible constatar que las experiencias traumáticas familiares en edades muy tempranas (20.4%) tuvieron un fuerte impacto entre las personas en riesgo de exclusión social. De hecho, en algunos casos manifestaron que tuvieron problemáticas de consumos y la salida del hogar en la adolescencia.

“Me quedé huérfano, mi padre bebía y he tenido violaciones por parte de mi hermano, yo era el menor y a casa no puedo volver...”

(P21, hombre, 48 años, autóctono).

“Mi padre mató a mi madre y se rompió toda la familia con 4 años. Entonces, claro, con 4 años no te van a dejar en la calle, me llevaron a un colegio de monjas. Lo que pasa es que me separaron, yo tenía dos hermanas más pequeñas y a ellas se las llevaron a un colegio de chicas y yo siempre he estado separado”.

(P46, hombre, 55 años, autóctono).

Además, hay experiencias de abuso sexual y físico por parte del entorno familiar, padres que consumían sustancias y abandono familiar.

“Sufrí de abuso por mi hermano...”

(P49, mujer, 59 años, autóctona).

“En la infancia sufrí de maltratos de mis padres”.

(P32, mujer, 52 años, autóctona).

“Yo lo tengo claro, yo nací con dos padres alcohólicos y hasta los 14 años aguanté palizas”.

(P16, hombre, 40 años, autóctono).

### 3.6.2 Violencia machista

El 3.8% de las personas entrevistadas hicieron referencia a significados de la exclusión social relacionados con los problemas de pareja y la violencia. En el caso de las mujeres, estas mencionaron ser víctimas de violencia machista, tal como se expone a continuación:

“Mi expareja me fastidió toda la vida. Yo era feliz hasta que le conocí a él, y los primeros años muy bien. Desde que me metió la paliza empecé juicios. Perdí a mi familia, ya no me hacían caso, me apartaron. Cogía un piso, alquilaba, pagaba yo porque él no trabaja, y me metía paliza, tenía que llamar a la Ertzaintza, se enteraba el dueño del piso y me echaba. Cogía en otro pueblo otro piso a ver si va a cambiar. Así 15 años he estado, el punto mío ha sido la violencia de género”.

(P57, mujer, 36 años, autóctona).

“En estos momentos, mi marido está preso, mi hija en un centro, y yo aquí. ¿Cómo me podría sentir? Podría explicar por qué me encuentro así: yo tengo dos hijos de 5 y 6 años que los tiene la Diputación, por el maltrato que sufrí por mi pareja anterior”.

*(P58, mujer, 46 años, autóctona).*

### 3.6.3 Divorcio o separación de la pareja

El 4.3% de las personas participantes manifestó que el divorcio o separación de la pareja fue una de las causas que las llevó a vivir en riesgo de exclusión social:

“La ruptura familiar, el divorcio ha sido la causa”.

*(P61, hombre, 37 años, autóctono).*

“Hipotequé la mitad de la casa para que funcionara el negocio, pero no funcionó. Dejé a mi mujer, y me quedé en la calle”.

*(P21, hombre, 48 años, autóctono).*

### 3.6.4 Discriminación percibida de los inmigrantes

La percepción de ser discriminados por su origen es una experiencia común entre las personas participantes (2.7%), en su mayoría jóvenes de origen marroquí. En ese sentido, señalaron que debido a su origen no pueden acceder a un empleo. Además, han tenido experiencias de registros por la policía sólo por su aspecto, recriminaciones de otras personas pidiendo que vuelvan a su país y el no contar con amigos/as autóctonos/as.

“A mí me gustaría tener contacto con gente autóctona, tener amigos, tener cuadrilla”.

*(P77, hombre, 21 años, extranjero).*

“Cuando estaba con un amigo paseando por Donostia y vino un hombre y nos dijo ‘regrésate a tu país’”.

*(P110, hombre, 18 años, extranjero).*

“Al final me dijeron que se habían equivocado y cuando me estaban poniendo las esposas yo les dije: ‘¡os estáis equivocando!’, y me dijeron ‘nosotros nunca nos equivocamos’. Por ser extranjero, si fuera de aquí les hubiera pedido el número de la placa y una denuncia mía”.

*(P117, hombre, 18 años, extranjero).*

## 3.7 Significados fatalistas de la exclusión

Los significados fatalistas se refieren a los problemas de salud, discapacidad o invalidez.

### 3.7.1 Problemas de salud y discapacidad

El 11.3% señaló los problemas de salud y discapacidad como principal causa de vivir en riesgo de exclusión.

“Nací así, nací con una predisposición. Con 6 años me diagnosticaron y me dejaron tirada, no me derivaron a salud mental hasta los 26 años. Con 6 años me diagnosticaron neurosis, que en el año 95 era lo mejor que había. Evidentemente que el sufrir acoso escolar agravó mi situación, que no tuviera ayuda, que nunca se me hablase de que existía salud mental, que no se diagnosticase una discapacidad hasta los 26 años. Es que dónde empiezas, cómo obtienes ayuda cuando no sabes qué es. Gracias a Mari Mar yo conseguí todo, gracias a ella conseguí la discapacidad y entrar a Gureak. Cuando la conocí tenía 4 años en mi habitación sin salir, estaba hecha una mierda. Ella fue mi guía de saber qué hacer. Debería de haber más ayuda, porque no sabes qué hacer”.

*(P92. mujer, 29 años, autóctona)*

“Me dijeron trastorno de personalidad, borderline. En ese momento tenía muchos problemas que no sabía solucionar”.

*(P57, mujer, 36 años, autóctona).*

## 4 Discusión

El estudio de las atribuciones causales de la exclusión social tiene relevancia en tanto que, el tipo de atribución podría influir en el diseño e implementación de las políticas públicas, así como las estrategias personales de las personas que transitan por la situación de exclusión social (Bullock, 2004; Vázquez et al., 2018).

Las personas en riesgo de exclusión social que participaron en este estudio señalaron que, las causas estructurales económicas y sociales desencadenaron su situación de exclusión social. Desde el punto de vista de las personas participantes su situación se debe principalmente a las experiencias traumáticas familiares, el desempleo y la falta de recursos económicos. Estos resultados, coinciden con estudios previos (Bullock, 1999; Weiss-Gal et al., 2009) en los que encontraron que personas beneficiarias de servicios sociales atribuían su situación a causas estructurales; en comparación con los/as trabajadores sociales (principalmente personas de clase media), quienes indicaron que la pobreza era resultado de causas individuales. Estos resultados previos muestran que, cuanto peor es la situación económica de una persona, con mayor fuerza sitúan las causas de la pobreza más allá de la responsabilidad individual, y se perciben a las personas que viven en situación de pobreza como víctimas de acontecimientos externos que las han llevado a su situación (Weiss-Gal et al., 2009). Esta atribución sesgada hace referencia a la tendencia de autoatribución cuando los resultados son positivos; y, por el contrario, culpabilizar al exterior cuando los resultados son negativos o neutros (Miller y Ross, 1975).

Por otro lado, se encontró una diferencia en la atribución de causalidad entre las personas que participan en programas de inclusión social, quienes atribuyeron su situación a causas socio-familiares (experiencias traumáticas familiares). En contraste, las personas atendidas en el programa de salud mental señalaron que su situación era consecuencia de causas fatalistas (problemas de salud, incapacidad o invalidez). Estudios previos confirman que las personas sin hogar indicaron que la ruptura de sus vínculos sociales (familia, amigos/as, pareja, entre otros) (Muñoz et al., 1999) era determinante en el inicio y mantenimiento de la situación de sin hogar. Por otro lado, existe abundante evidencia de que las personas con problemas de salud mental (Boardman, 2011; Morgan et al., 2007; Social exclusion Unit, 2004; Van Bergen et al., 2019) y quienes padecen de discapacidad (Panadero y Pérez-Lozao, 2014) están en mayor riesgo de vivir en situación de exclusión social. A su vez, se encontraron diferencias en las atribuciones causales entre hombres y mujeres. Por un lado, los

hombres atribuyeron su situación a causas estructurales económicas (desempleo y falta de recursos económicos); y, por otro lado, las mujeres indicaron que las causas socio-familiares (experiencias traumáticas familiares) les habían llevado a vivir en riesgo de exclusión social. Estudios previos corroboran estos hallazgos (Rodríguez-Moreno et al., 2021; Tessler et al., 2001; Zugazaga, 2004).

Por otra parte, se observó que, con frecuencia, las personas inmigrantes atribuyeron su situación a causas estructurales económicas (falta de documentación legal y limitación en el acceso a derechos sociales debido a su estatus legal). Una experiencia común entre las personas inmigrantes de este estudio fue el hecho de vivir sin hogar, principalmente entre jóvenes que cumplían la mayoría de edad y salían del sistema de protección infantil. Además de la pérdida de su capacidad económica y la situación irregular, las personas inmigrantes expresaron haber sido víctimas de discriminación por razón de su procedencia. Otras investigaciones corroboran estos resultados. En el estudio de Navarro-Lashayas (2016), el 50.5% de las personas informaron haber sufrido agresiones o insultos racistas. Entre personas inmigrantes, la falta de documentación era la principal causa que las había llevado a vivir en situación de calle. Estas condiciones sociales y económicas refuerzan el proceso de exclusión social con más fuerza que entre personas autóctonas, lo cual limita la posibilidad de ascenso social (Navarro-Lashayas, 2016).

Los resultados sugieren que entre las personas participantes había al menos un acontecimiento traumático a lo largo de su trayectoria vital. En la infancia destacaron la violencia familiar, el abuso sexual, el consumo de sustancias por parte de los padres y la muerte de alguno de los progenitores. La evidencia indica que las experiencias traumáticas en la infancia contribuyen a la baja autoestima, depresión y a la falta de vivienda crónica (Stein et al., 2002). Por otro lado, los acontecimientos traumáticos más frecuentes en la edad adulta fueron la ruptura de la relación de pareja, la pérdida del empleo, el uso de sustancias y en el caso de las mujeres, la violencia machista. De hecho, los resultados de estudios previos con mujeres sin hogar revelan que habían sido víctimas de violencia machista o había una ruptura de relación de pareja como un paso previo a desplazarse a la situación de exclusión social grave (Rodríguez-Moreno et al., 2021). En general, las investigaciones avalan el papel de los eventos traumáticos y su impacto en la vida de las personas que los padecen.

Las limitaciones de este estudio corresponden a la naturaleza transversal de éste. Además, los grupos no son equiparables ni en sexo, ni en edad. Por otro lado, las personas que participaron en este estudio eran personas beneficiarias de prestaciones y ayudas en programas comunitarios, principalmente centros residenciales y viviendas protegidas. Por tanto, se dificulta la generalización

de estos resultados a otros contextos sociales. Sin embargo, los resultados derivados de este estudio permiten extraer algunas conclusiones sobre las atribuciones causales y significados de la exclusión que pueden ser relevantes para promover diversas estrategias en los itinerarios de inclusión social y facilitar el desarrollo de programas comunitarios ajustados a las necesidades y perfiles de las personas atendidas. Por ejemplo, los resultados de este estudio indican que las causas de vivir en riesgo de exclusión social se deben principalmente a variables externas a las personas que la sufren, y estudios previos señalan que la experiencia de un acontecimiento incontrolable y aversivo, podría incrementar la indefensión aprendida (Miller y Seligman, 1975). Además, atribuir el fracaso a causas que están fuera del control de la persona aumenta el riesgo de sufrir depresión (Miller y Seligman, 1975). Por lo tanto, sería interesante trabajar sobre los diversos significados de la exclusión social en los propios programas comunitarios, de inclusión social y de salud mental. Conocer el tipo de explicaciones que ofrecen las personas en función del género y origen, ayudaría a fomentar la asunción de responsabilidad, en las cuestiones que son modificables a través del entrenamiento de habilidades (Abramson et al., 1978) para reducir el consumo de sustancias, trabajar en el manejo del estrés, las emociones y la autoestima. Sería útil promover los recursos personales de las personas que participan en programas comunitarios, a través de procesos individuales de atención en los que se unan los intereses, capacidades y sueños de las personas en riesgo de exclusión social. Todo ello puede constituir un proyecto movilizador que promueva el crecimiento de la persona.

## 5 Referencias

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health - How people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112–121. <https://doi.org/10.1108/20428301111165690>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broll, R. y Huey, L. (2020). “Every time i try to get out, i get pushed back”: The role of violent victimization in women’s experience of multiple episodes of homelessness. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(17–18), 3379–3404. <https://doi.org/10.1177/0886260517708405>
- Bullock, H. E. (1999). Attributions for poverty: A comparison of middle-class and welfare recipient attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(10), 2059–2082. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb02295.x>
- Bullock, H. E. (2004). From the front lines of welfare reform: An analysis of social worker and welfare recipient attitudes. *Journal of Social Psychology*, 144(6), 571–590. <https://doi.org/10.3200/SOCP.144.6.571-590>
- Edalati, H., Krausz, M. y Schütz, C. G. (2016). Childhood Maltreatment and Revictimization in a Homeless Population. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(14), 2492–2512. <https://doi.org/10.1177/0886260515576972>
- Feagin, J. (1972). Poverty: we still believe that God helps those who help themselves. *Psychology Today*, 11, 101–129.
- Guest, G., Bunce, A. y Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Guillén, A. I., Marín, C., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive Behaviors*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Ibabe, I., Stein, J. A., Nyamathi, A. y Bentler, P. M. (2014). Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 374–381. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.008>
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* [Social exclusion in the Netherlands]. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marlier, E. y Atkinson, T. (2009). *Analysing and Measuring Social Inclusion in a Global Context*. Conference on Measuring Poverty, Income Inequality, and Social Exclusion - Lessons from Europe.
- Miles, M. y Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis*. SAGE Publications Inc.
- Miller, D. T. y Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82(2), 213–225. <https://doi.org/10.1037/h0076486>

- Miller, W. y Seligman, M. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V. y Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 477–483. <https://doi.org/10.1192/bip.bp.106.034942>
- Muñoz, M., Vázquez, C., Bermejo, M. y Vázquez, J. J. (1999). Stressful life events among homeless people: quantity, types, timing, and perceived causality. *Journal of Community Psychology*, 27(1), 73–87. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199901\)27:1<73::AID-JCOP5>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199901)27:1<73::AID-JCOP5>3.0.CO;2-#)
- Navarro-Lashayas, M. Á. (2016). El factor diferencial de la migración en las personas sin hogar. *Migraciones*, 39, 67–95. <https://doi.org/10.14422/mig.i39.y2016.003>
- Panadero, S. y Pérez-Lozao, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 7–26. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104>
- Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2016). *En las fronteras de la ciudadanía. Situación de las personas sin hogar y en riesgo de exclusión social en Madrid*. Universidad de Alcalá.
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R. y Vázquez, J. J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175–180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Rodríguez-Moreno, S., Vázquez, J. J., Roca, P. y Panadero, S. (2021). Differences in stressful life events between men and women experiencing homelessness. *Journal of Community Psychology*, 49(2), 375–389. <https://doi.org/10.1002/jcop.22465>
- Ruiz-Román, C., Calderón-Almendros, I. y Juárez Pérez-Cea, J. (2017). La resiliencia como forma de resistir a la exclusión social: un análisis comparativo de casos. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 29, 129–141. <https://doi.org/10.7179/psri.2017.29.09>
- Social Exclusion Unit. (2004). Mental Health and Social Exclusion Social Exclusion Unit Report.
- Stein, J. A., Leslie, M. B. y Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26(19), 1011–1027. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00382-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00382-4)
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., Bottos, P. y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y exclusión: Un análisis de la realidad Española y Europea*. Colección Estudios sociales.
- Tessler, R., Rosenheck, R. y Gamache, G. (2001). Gender Differences in Self-Reported Reasons for Homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10(3), 243–254. <https://doi.org/10.1023/A:1016688707698>
- Van Bergen, A., Wolf, J., Badou, M., De Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, S. y Van Hemert, A. (2019). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(3), 575–582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>
- Vázquez, J. J. y Berríos, A. (2022). Unhappiness and casual attributions of homelessness among people living homeless in León (Nicaragua). *Journal of Community Psychology*, 50(1), 592–600. <https://doi.org/10.1002/jcop.22636>

- Vázquez, J. J., Panadero, S. y Zúñiga, C. (2018). Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: “Why are they homeless people?” *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(2), 236–247. <https://doi.org/10.1037/ort0000246>
- Weiss-Gal, I., Benyamini, Y., Ginzburg, K., Savaya, R. y Peled, E. (2009). Social workers’ and service users’ causal attributions for Poverty. *Social Work*, 54(2), 125–133. <https://doi.org/10.1093/sw/54.2.125>
- WHO. (2014). *Social determinants of mental health*. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4)
- Zugazaga, C. (2004). Stressful life event experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 32(6), 643–654. <https://doi.org/10.1002/jcop.20025>





**DISCUSIÓN E  
IMPLICACIONES  
PRÁCTICAS**



# 1 Discusión y conclusiones generales

Una vez alcanzado el final y a modo de conclusiones reconsideraremos brevemente las cuestiones teóricas, metodológicas y de carácter empírico que han ido apareciendo a lo largo de este trabajo, así como las limitaciones de los estudios, y futuras líneas de investigación. La presente tesis tenía por objetivo general profundizar en la relación entre la exclusión social y los problemas de salud mental, ya que a menudo los problemas de salud mental son causa y consecuencia de exclusión social. Es por ello que la lucha contra la exclusión social debería incluir un trabajo a favor de la promoción de la salud mental. El marco teórico propuesto por el Instituto Holandés de Investigación Social (SCP) y desarrollado por Jehoel-Gijsbers (2004), aportó una conceptualización multidimensional de la exclusión social (Van Bergen et al., 2019; Vrooman y Hoff, 2013). Este modelo define la exclusión social como la unión de la participación social limitada, la falta de integración normativa, la privación material y el acceso limitado a los derechos sociales. Cabe destacar que en el contexto científico español no hay instrumentos validados que midan la exclusión social desde una perspectiva multidimensional y que sea breve. Los informes sobre la exclusión social en el contexto español se realizan según el indicador AROPE, que incluye únicamente aspectos de privación material.

En el ámbito de los servicios sociales del País Vasco, se utiliza el instrumento de valoración de la exclusión social (Decreto 385 de 2013), el cual es útil para evaluar la situación de las personas que acceden al Sistema Vasco de Servicios Sociales. En esta tesis los datos de los estudios 1 y 2, proceden del Servicio de Inclusión Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, en los cuales se había administrado el citado instrumento. El modelo teórico de Jehoel-Gijsbers (2004) se utiliza para interpretar los resultados.

En los estudios 3, 4 y 5 se diseñó un protocolo de evaluación que incluía instrumentos estandarizados y adaptados a población española para medir los síntomas psicopatológicos (Bastiaens y Galus, 2018; Sandín et al., 2013), la satisfacción vital (Diener et al., 1985), una amplia lista de indicadores para medir la privación material, el acceso a los derechos sociales, el apoyo social y la participación social. En este apartado se discuten los hallazgos más destacados en relación con los objetivos específicos; además, se presentan las limitaciones, fortalezas, futuras líneas de investigación e implicaciones prácticas.

## 1.1 Perfil clínico de las personas en riesgo de exclusión social

### 1.1.1 Perfil clínico de las personas autóctonas

Uno de los objetivos específicos era estudiar el perfil clínico de las personas autóctonas que vivían en riesgo de exclusión social. Debido al perfil diferencial respecto a las personas inmigrantes no tenía sentido agrupar a ambos grupos y compararlos porque había acusadas diferencias en las características socio-demográficas. De acuerdo con la hipótesis planteada se confirmó una mayor tasa de prevalencia de las categorías diagnósticas de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas que el resto de categorías diagnósticas. El 78% de las personas autóctonas en riesgo de exclusión social informaron que contaban con un diagnóstico de un problema de salud mental. En un estudio de Ibabe et al. (2014) se encontró que más del 50% de las personas sin hogar presentaban elevadas tasas de consumo de sustancias. Del mismo modo (Fazel et al., 2008) encontraron mayor prevalencia de dependencia de alcohol y drogas que entre la población general. Podría ser que la mayoría de personas sin hogar tuvieran problemas con el alcohol antes de la situación sin hogar (Panadero et al., 2017). Sin embargo, el consumo de sustancias podría tener una influencia relevante tanto en el inicio y como en el mantenimiento de las situaciones de máxima exclusión social. Roca et al., (2019) señalan que el consumo de sustancias ejerce un efecto directo en la cronificación de las situaciones de exclusión en las personas sin hogar. Entre las personas en riesgo de exclusión social, el consumo de sustancias podría suponer una dificultad en los procesos de inclusión. Los resultados comprobaron una asociación entre los problemas de salud mental y un menor nivel de ingresos económicos y menor acceso al empleo.

La prevalencia de los problemas de salud mental se analizó en función de la procedencia (autéctonos e inmigrantes), y en el Estudio 2 se encontró que los hombres autóctonos en comparación con los inmigrantes, presentaban más problemas de salud mental, más episodios de ingresos psiquiátricos y mayor consumo de sustancias. Del mismo modo, las mujeres autóctonas presentaban más consumo de sustancias que las mujeres inmigrantes, sin embargo, no había diferencias en cuanto a los problemas de salud mental. Por lo tanto, estos datos corroboran que las personas autóctonas que están en riesgo de exclusión social, están afectadas por el consumo de sustancias. Estos hallazgos corroboran la hipótesis que señalaba que la situación de salud de las personas inmigrantes sería mejor que la de las personas autóctonas, y son coherentes con resultados de estudios previos similares (Breslau et al., 2009; Carrasco-Garrido et al., 2009; Garcia-Subirats et al., 2014; Navarro-Lashayas, 2016; Schaffer et al., 2009; Stafford et al., 2010).

## 1.2 Variables predictoras de los problemas de salud entre las personas en riesgo de exclusión social

Un objetivo específico fue obtener un modelo predictivo de los problemas de salud de las personas autóctonas en riesgo de exclusión social. Tal y como se había hipotetizado, los predictores más relevantes de los problemas de salud mental fueron los déficits en el ámbito socio-cultural y la baja autonomía funcional. Estudios previos han documentado la relación entre la adaptación social y el bienestar psicológico (Twenge et al., 2001). Se podría concluir que los problemas de salud física y mental podrían limitar la adaptación social y, como resultado, presentarían una menor integración en la sociedad.

Otro objetivo específico de la tesis fue obtener un modelo predictivo de los problemas de salud (trastorno mental y salud física), en función del género. En el grupo de hombres el menor nivel de ingresos económicos predecía problemas de salud física, y la baja adaptación y participación social a problemas de salud mental, mientras que en las mujeres los problemas de salud mental estaban asociados a la menor calidad de la vivienda, desempleo e inadaptación social. La asociación entre privación material y la salud mental se había documentado en diversos estudios previos (Fazel et al., 2014; Patel et al., 2018; Patel y Kleinman, 2003), pero la novedad fue que la discapacidad era la variable predictora más destacable de los problemas de salud mental, tanto para hombres como para mujeres.

### 1.2.1 *Discapacidad variable predictora relevante de los problemas de salud mental entre las personas en riesgo de exclusión social*

Los resultados indican que la discapacidad es una variable predictora relevante de los problemas de salud física y mental entre hombres que viven en riesgo de exclusión social, y salud mental entre mujeres. Las personas con discapacidad tienen una peor percepción de su situación de salud en comparación con las personas sin discapacidad (Panadero y Pérez-Lozao, 2014) y la población general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Con frecuencia, las personas con discapacidad son excluidas del ámbito educativo, y como consecuencia de ello, tienen menos oportunidades de acceso a un empleo, para participar en la sociedad y para desarrollarse afectiva y socialmente (Huete, 2013). Como resultado obvio la relación entre discapacidad y exclusión social es muy estrecha.

Según la OMS (2011) las personas con bajos ingresos, desempleadas y con un menor nivel educativo tienen un mayor riesgo de discapacidad. La situación de discapacidad hace vulnerables a las personas de cualquier población. Resultados previos han encontrado que la discapacidad está sobrerrepresentada entre personas en situación de exclusión severa (Panadero y Pérez-Lozao, 2014), y que influye en la cronicidad de los procesos de exclusión social severa (Panadero y Muñoz, 2014; Roca et al., 2019).

### **1.3 Diferencias entre hombres y mujeres en función de su procedencia en la dimensión económica-estructural, socio-cultural, discapacidad y salud**

#### *1.3.1 Diferencias entre hombres y mujeres*

Otro propósito de esta tesis fue analizar la situación de las mujeres autóctonas con respecto a la de hombres autóctonos en riesgo de exclusión social. A pesar de que en diversos informes y estudios previos se ha documentado la difícil situación de las mujeres, en los resultados no se encontró que las mujeres autóctonas en riesgo de exclusión social tuvieran una peor situación económica-estructural en comparación con los hombres del mismo contexto. En cambio, un resultado destacable a favor de las mujeres es que ellas presentaban una mayor adaptación y participación social que los hombres, lo cual coincide con hallazgos de estudios previos (Matulič et al., 2019).

#### *1.3.2 Diferencias en función del género y la procedencia controlando la variable edad*

En este trabajo también se han explorado las diferencias entre las dimensiones económica-estructural y socio-cultural y la situación de salud de las personas en riesgo de exclusión social, en función del género y la procedencia controlando la variable edad. Cabe destacar que las mujeres inmigrantes y autóctonas tenían un mayor nivel de adaptación y participación social que los hombres inmigrantes y autóctonos. De igual forma los hombres inmigrantes presentaban mayor nivel de adaptación social que los autóctonos.

Cabe destacar que el número de mujeres que participaban en programas de los servicios sociales y comunitarios era inferior al de los hombres, y estos resultados se observan en resultados

previos (Panadero y Muñoz, 2014). La menor presencia relativa de mujeres entre las personas en riesgo de exclusión social en programas de los servicios sociales y comunitarios resulta como poco llamativa. En esta investigación no se tuvieron en cuenta las mujeres víctimas de violencia de género, básicamente por la dificultad de acceso a la muestra. En general se considera que las mujeres están en mayor desventaja en cuanto a los recursos económicos a nivel nacional (p.e. Llano, 2022), pero el menor acceso de las mujeres a los recursos de inclusión social podría ser debido a que las políticas de atención a la exclusión social se han diseñado desde una perspectiva androcéntrica (Carrasco et al., 2019; Matulič et al., 2019), con lo que se han dejado de lado las necesidades específicas de las mujeres. Finalmente, se ha documentado que las mujeres tienden a recurrir a sus redes de apoyo social o a permanecer en situaciones de malos tratos y abusos en el ámbito familiar antes de buscar ayuda en los servicios sociales (Emakunde, 2016).

## **1.4 Adaptación: análisis de la estructura interna y la validez concurrente del Índice General de Exclusión Social propuesto por Vrooman y Hoff (2013) en una muestra española**

### *1.4.1 Adaptación al castellano del Índice General de Exclusión Social (Vrooman y Hoff, 2013)*

La falta de consenso ante la definición de la exclusión social se observa en la falta de instrumentos con garantías psicométricas. Por eso hay una necesidad urgente de desarrollar instrumentos de evaluación validados y consensuados entre los agentes sociales que sean útiles para los fines de investigación y, especialmente, para abordar la exclusión social con rigor científico (Raya-Díez, 2010). Uno de los propósitos de esta tesis fue presentar una adaptación española de la versión abreviada del Índice General de Exclusión Social de Vrooman y Hoff (2013). Para ello se realizó un proceso de traducción inversa de los 15 ítems (Hambleton y Patsula, 1999), a través del trabajo de cuatro traductores profesionales independientes y, posteriormente, se realizó una prueba piloto con 12 personas, de las cuales cinco estaban en riesgo de exclusión social. Los resultados indicaron que en la versión en castellano no se hallaron dificultades para la comprensión de los ítems. Posteriormente, se accedió a una muestra de 208 personas en riesgo social para realizar el estudio.

### 1.4.2 Estructural factorial confirmatorio y validez concurrente

Los análisis arrojaron índices adecuados de ajuste para la estructura de cuatro factores (participación social limitada, privación material, acceso limitado a los derechos sociales y falta de integración normativa) con 12 ítems. Tres de los cuatro factores del Índice General de Exclusión Social presentaron una consistencia interna relativamente adecuada. Sin embargo, no se encontró evidencia de la validez concurrente en tres dimensiones (participación social limitada, falta de integración normativa y acceso limitado a los derechos sociales). En contra de lo esperado, este instrumento no ofrece ninguna garantía para ser utilizado en el contexto de la población española en exclusión social. Dos posibles explicaciones para estos resultados: a) que la versión original del Índice General de Exclusión Social se aplicara a personas de la población general que ya transitaban en una situación de exclusión social o de riesgo de exclusión; o b) que las variables contextuales y culturales, como por ejemplo el acceso a los derechos sociales, podrían haber hecho que este instrumento no midiera apropiadamente la situación de exclusión en el contexto español.

## 1.5 Satisfacción vital global y por dominios entre personas que viven en riesgo de exclusión social

Un objetivo específico fue explorar la satisfacción vital global y por dominios entre las personas que viven en riesgo de exclusión social. Los resultados mostraron que más de la mitad de las personas en riesgo de exclusión social mostraban un nivel aceptable de satisfacción vital (6 puntos sobre 10). Una persona puede informar un elevado nivel de satisfacción vital a pesar de que sus ingresos sean bajos, siempre que las áreas de su vida le brinden satisfacción (Rojas, 2008). Estos resultados no restan importancia a las necesidades materiales, pero sí señalan que las necesidades sociales son vitales (Biswas-Diener y Diener, 2006). Dicho de otra manera, vivir va más allá del nivel de vida y las personas en riesgo de exclusión social identifican como relevantes otros aspectos vitales (Rojas, 2008). Por tanto, en este estudio se comprobó la hipótesis inicial que indicaban que, los recursos económicos propios no se relacionan con la satisfacción vital entre personas en riesgo de exclusión social.

Se encontró que quienes puntuaron más elevada su satisfacción vital informaban de un mayor nivel de apoyo familiar y económico en su círculo cercano. Estos resultados sugieren que el apoyo social percibido conduce a una mayor satisfacción general con la vida, lo que también se había observado en resultados previos entre las personas que padecían problemas de salud mental de

larga duración (Young, 2006) o en situación de exclusión social grave (Biswas-Diener y Diener, 2006; Johnstone et al., 2015).

### **1.5.1** *Variables predictoras de la satisfacción vital entre personas en riesgo de exclusión social*

Contar con amigos/as y familiares y, por tanto, con menor aislamiento social podría tener un efecto positivo en el nivel de satisfacción vital. De hecho, la presencia de buenas relaciones sociales incrementa la satisfacción con la vida (Diener y Seligman, 2002), ya que protegen de los efectos negativos de la pobreza y privación económica (Biswas-Diener y Diener, 2001). Pese a su compleja situación económica-estructural y a la elevada presencia de problemas de salud mental, más de la mitad de las personas en riesgo de exclusión social informaron sentirse relativamente satisfechas con su vida. Esta satisfacción podría estar relacionada con la satisfacción en el ámbito familiar y la satisfacción consigo mismo/a. Por tanto, se puede llegar a la situación de riesgo de exclusión social por causas estructurales económicas, pero las relaciones sociales podrían amortiguar los efectos de la privación material, tal y como se indican los hallazgos de estudios previos (Biswas-Diener y Diener, 2006).

## **1.6 Análisis del tipo de atribuciones causales y acontecimientos traumáticos entre las personas en riesgo de exclusión social**

Los resultados indican que las personas en riesgo de exclusión social que participaban en recursos comunitarios atribuyen su situación de vivir en riesgo de exclusión a causas estructurales económicas y sociales, específicamente a experiencias traumáticas familiares, el desempleo y la falta de recursos económicos. Por otro lado, se encontraron diferencias en cuanto al tipo de atribución en función del género: los hombres informaron que su situación se explicaba por causas estructurales económicas, y las mujeres informaron que las causas socio-familiares las llevaron a vivir en riesgo de exclusión social. Tales hallazgos consistentes con los encontrados previamente por Tessler et al. (2001).

En este estudio se incluyeron los testimonios de las personas en riesgo de exclusión social. Quienes atribuyeron significados a sus experiencias vitales. Las personas informaron que, el consumo de sustancias había sido una de las causas para vivir en riesgo de exclusión social. Algunas personas indican haber iniciado su trayectoria de consumos desde muy temprana edad. Entre personas

inmigrantes, explicaron que su situación se respondía a su estatus legal, lo cual representaba un límite para acceder al empleo o a derechos sociales básicos. Además, una característica común entre los jóvenes inmigrantes era su historia de proceso migratorio siendo menores no acompañados, haber residido en un centro de menores y al cumplir la mayoría de edad quedarse sin lugar donde vivir, por tanto, vivir en situación de calle había sido una experiencia común para este grupo. Asimismo, entre población inmigrante expresaron la discriminación de la que han sido víctimas, así como un menor contacto con personas autóctonas debido al estigma asociado a su procedencia. Otro significado relevante para las personas en riesgo de exclusión social fueron las experiencias traumáticas familiares, algunas personas informaron no haber recibido apoyo de su familia o ser rechazado por problemas asociados al consumo de sustancias o problemáticas personales. Los resultados permiten constatar que las experiencias traumáticas familiares en edades muy tempranas han tenido un impacto relevante entre las personas en riesgo de exclusión social. Algunas de estas experiencias han sido la pérdida de los padres o adultos de referencia en la infancia, el consumo de sustancias por parte de los padres, maltrato en la infancia por sus cuidadores/as, entre otras. Finalmente, entre las personas participantes destacaron que la pérdida del empleo había representado el punto de quiebre previo a vivir en riesgo de exclusión. Por tanto, ha sido relevante este significado, especialmente entre los hombres en riesgo de exclusión social.

Así, según la percepción de las personas participantes las causas de vivir en riesgo de exclusión social son variables externas a ellas. Por último, estudios previos señalan que la experiencia de un acontecimiento incontrolable y aversivo podría incrementar la indefensión aprendida y aumenta el riesgo de sufrir depresión (Miller y Seligman, 1975). De hecho, el tipo de atribuciones causales se verá reflejado en el proceso de normalización de las personas en situación de exclusión social, puesto que en función de las atribuciones explicativas sobre su situación, se emplearán diferentes estrategias para combatir la situación de exclusión social (Vázquez et al., 2018).

## 2 Limitaciones y fortalezas

En este apartado se desarrollan las principales limitaciones y aportaciones de la investigación. A partir de los resultados encontrados y de las limitaciones detectadas se plantean líneas de investigación futura.

### 2.1 Limitaciones

Esta tesis muestra limitaciones que precisan ser consideradas, a fin de interpretar los resultados.

#### 2.1.1 *Características de la muestra*

Una de las limitaciones de la tesis hace referencia a las características de la muestra. En los dos primeros estudios se contó con datos de personas que participaban en programas de inclusión social de los servicios sociales; y en los tres últimos estudios participaron personas de los programas de inclusión social y de recursos comunitarios de AGIFES, al igual que personas en situación de desempleo. Por tanto, no se podría garantizar la representatividad de las personas que viven en riesgo de exclusión social. A pesar de ello, esta muestra puede considerarse diversa en el contexto de la investigación de personas en riesgo de exclusión social.

Otra de las limitaciones de esta tesis es la ausencia de un grupo de control, lo cual podría suponer una merma en la validez de los resultados. Sin embargo, el interés principal de esta tesis eran profundizar en la experiencia de la exclusión social entre personas que la padecen para poder prevenir o que sirva de ayuda para desarrollar programas de intervención. Además, en la evaluación de aspectos de síntomas psicopatológicos, de apoyo social y de satisfacción vital y otras variables de estudio, se emplearon pruebas estandarizadas.

#### 2.1.2 *Instrumentos de evaluación y diseño transversal*

En cuanto a los instrumentos de evaluación, una de las limitaciones de los estudios 1 y 2 fue que el instrumento de evaluación utilizado no contaba con estudios psicométricos. Con el objetivo de paliar esta problemática, se realizaron análisis estadísticos adicionales.

Una limitación del estudio es que se trata de un diseño transversal, por lo que no permite analizar las relaciones causales. A pesar de ello, con los objetivos específicos planteados, el diseño aplicado y los cinco estudios permiten avanzar el conocimiento científico en este ámbito.

## 2.2 Fortalezas

Este trabajo utilizó como marco teórico un enfoque multidimensional de la exclusión social. Lo cual aporta una mirada amplia para interpretar la exclusión social. Además, las dimensiones incluidas en este modelo son relevantes en la intervención psicosocial y para la investigación.

### 2.2.1 *Participación de personas en riesgo de exclusión social*

Una de las fortalezas más destacadas de esta tesis radica en el tamaño de la muestra, siendo los participantes personas que viven en riesgo de exclusión social, por tanto, muestra de difícil acceso. Un número importante de estudios empíricos sobre la exclusión social se realizan a partir de datos de encuestas o de informes de otros organismos públicos (Morgan et al., 2007). Las encuestas de hogares dejan de lado a los sectores más vulnerables de la población, como las personas que viven en instituciones, viviendas protegidas, prisiones, o sin hogar (Levitas et al., 2007).

En esta investigación se destaca el valor de la participación de personas que viven en riesgo de exclusión social. La incorporación de medidas de autoinforme constituye una valiosa aportación a la investigación de la exclusión social, por cuanto estos datos han permitido un acercamiento a la experiencia de ser excluido/a. De igual modo, se incluyeron personas con problemas de salud mental que participan en programas comunitarios y personas en situación de desempleo, con lo que se aportó un perfil diferencial de la exclusión. Esta tesis, a través de un enfoque cuantitativo y cualitativo, hace una contribución importante a la comprensión de los factores que podrían propiciar y mantener el vivir en riesgo de exclusión social.

### **2.2.2** *Adecuación del protocolo de evaluación*

En este trabajo se realizaron diversas actualizaciones del protocolo de evaluación respecto a las opciones de respuesta. Se optó por hacer uso de pictogramas para evaluar la frecuencia, y facilitar así, la comprensión y agilizar el tiempo de respuesta. Para realizar estos ajustes, la doctoranda consultó con personas responsables de entidades y/o programas que atendieran a personas con problemas de exclusión social grave y problemas de salud mental. Convendría que estas experiencias se incluyeran en la valoración de la exclusión social por parte de los Servicios Sociales. El instrumento que actualmente se utiliza es extenso y lo aplican las y los profesionales de referencia. Por tanto, se podría realizar adecuaciones al instrumento dirigido a las personas en riesgo de exclusión social, en aras de agilizar los procesos de evaluación y proporcionar autonomía a las personas que tienen dificultades de comprensión.

### **2.2.3** *Grupos pequeños o entrevistas individuales para administrar el cuestionario*

Debido a las dificultades de comprensión y limitaciones en el idioma entre personas extranjeras, se optó por realizar un cuestionario guiado a través de grupos pequeños y entrevistas individuales. Esto aseguró la comprensión de los ítems, la resolución de dudas y el acompañamiento de las personas participantes. Además, se recogieron los datos para cada uno de los centros en función de la disponibilidad horaria de los programas y servicios, lo que conllevó recoger datos en diferentes puntos de la provincia.

### **2.2.4** *Autorizaciones, convenio y protocolo de colaboración*

Resulta necesario destacar el trabajo realizado para la obtención de autorizaciones de centros y entidades públicas, dado que este proyecto de tesis contó con la autorización del Servicio Vasco de Empleo (Lanbide), la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (AGIFES) y la Diputación Foral de Gipuzkoa. Para el acceso a la muestra de las personas usuarias de programas y servicios de inclusión social, se contó con un convenio específico para el desarrollo de un proyecto formativo entre la escuela de máster y doctorado de la UPV/EHU y la Diputación Foral de Gipuzkoa. Posteriormente, se realizó un protocolo de colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y la UPV/EHU, de forma que ambos permitieran el acceso a la muestra y la colaboración en el intercambio de la información recabada. De la misma forma,

cabe destacar la colaboración y ayuda prestada por las administraciones públicas y entidades en el desarrollo de este proyecto de tesis.

### **2.2.5** *Transferencia del conocimiento a la red de los servicios sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa*

En el margen de los acuerdos para acceder a la muestra, se desarrollaron acciones para el intercambio del conocimiento: reuniones informativas y entrega de informes con resultados a los/as responsables del servicio de inclusión social y de las entidades que trabajan en la red de los servicios sociales. Este es un aporte único, ya que, a través de los resultados, las administraciones públicas y las entidades sociales pueden tener una información más detallada de los/as usuarios, y las conclusiones de la investigación les pueden permitir conocer mejor el problema y su evolución (Raya-Díez, 2010).

### 3 Futuras líneas de investigación

Los resultados de la presente tesis permiten diseñar futuras líneas de investigación en el estudio de la relación entre la exclusión social y los problemas de salud mental. Esta investigación es pertinente porque aporta conocimiento útil a los agentes sociales sobre el diseño y la implementación de programas de políticas públicas. En futuros trabajos se podría evaluar el nivel de satisfacción de las personas usuarias en referencia con los apoyos recibidos, así como los programas de inclusión social desde una perspectiva científica, con la orientación de programas basados en la evidencia.

El diseño y evaluación de las políticas sociales requiere de sistemas de información que permitan la intervención, con indicadores para el seguimiento y control de las políticas implementadas (Raya-Diez y Fumanal, 2021). Para una evaluación pre-intervención, post-intervención y seguimiento, es esencial contar un instrumento que mida el nivel de exclusión social desde un enfoque multidimensional. El objetivo sería la evaluación de la eficacia de los programas que están implementados. Para ello se requiere trabajo en equipos multidisciplinares entre el personal técnico y político de las administraciones y entidades sociales, así como personal investigador del ámbito académico para consensuar la delimitación de los indicadores y definir su peso, con el fin de diseñar una herramienta válida para las diversas líneas de intervención (Raya-Díez, 2010).

En el ámbito de la investigación de la exclusión social, un gran número de estudios se realizan con base en diseños transversales, como es el caso de esta tesis. Sin embargo, son necesarios estudios longitudinales, puesto que la exclusión social hace referencia a un proceso dinámico y relativo. Por tanto, sería útil contar con medidas de exclusión social que registren la presencia o no de la exclusión social en diferentes momentos vitales (Raya-Díez, 2010).

## 4 Implicaciones prácticas

Esta investigación tiene relevantes implicaciones prácticas tanto para la prevención como para la intervención de la exclusión social. Por ese motivo, a continuación, se enumeran las implicaciones más relevantes.

### 4.1 *Disminuir el sesgo de género*

- Convendría que los programas o servicios generaran espacios óptimos para las mujeres (en el caso de albergues, viviendas protegidas o pisos de emancipación). Pese a que sean espacios mixtos, se deben promover, a través de los apoyos, la privacidad y la intimidad de las mujeres.
- Promover programas que faciliten la conciliación familiar entre las mujeres inmigrantes con menores a cargo, quienes han informado tener una débil red de apoyo. Lo cual podría representar una dificultad el acceso a la vida laboral y a la participación en actividades formativas.
- Convendría profundizar en las causas por las que las mujeres inmigrantes están con menor frecuencia representadas en programas y servicios de inclusión social.

### 4.2 *Dimensión económica-estructural*

Los resultados obtenidos en esta tesis pretenden plasmar la situación de las personas en riesgo de exclusión social. Se observó una precaria situación en cuanto a las variables económico-estructurales. El desempleo de larga duración es una característica en común entre las personas en riesgo de exclusión social. En este ámbito convendría:

- Atajar los costes psicosociales del desempleo, como la falta de recursos personales y la autoestima. Por tanto, el diseño de políticas de empleo debe abordar aspectos como el estatus social percibido y la autoeficacia, a fin de potencializar los recursos para evitar la espiral descendente (Pohlan, 2019).

- Diversificar la oferta formativa en los cursos de formación laboral. Convendría promover actividades laborales o de formación al empleo que pudieran responder a los intereses de las personas beneficiarias para potencializar su desarrollo propio y su satisfacción (Thornton y Iacoella, 2022).

Resultados previos, señalan que las intervenciones con más probabilidades de contribuir a la mejora de la calidad de vida entre personas en situación de exclusión social y con problemas de salud mental son aquellas basadas en un trabajo multidisciplinar (Sullivan et al., 2000).

### 4.3 *Salud física y mental*

En cuanto a la salud, convendría implementar programas que informan de los amplios beneficios para las personas y considerar la discapacidad dentro de la problemática de exclusión social.

- Diversos estudios han demostrado que el apoyo entre iguales en el ámbito de la salud mental genera amplios beneficios. En España hay un número reducido de programas de apoyo entre iguales en el contexto sanitario. Algunos de estos que se han desarrollado en el contexto español, como el proyecto Peer2Peer o el Programa Acompáñame, se encuentran en implementación y/o valoración de su efectividad (Zabaleta et al., 2021). Por tanto, considerando los beneficios que ha documentado la literatura, convendría incluir este perfil en los procesos de inclusión social, de modo que las personas proveedoras de apoyo sean aquellas que superen la situación de exclusión social.
- El alto porcentaje de mujeres afectadas por los problemas de salud mental indica que es necesario realizar un abordaje integral incluyendo la salud mental, el consumo de sustancias y la violencia de género. La atención psicológica podría proporcionar a las mujeres con problemáticas múltiples una herramienta clave para sobrellevar su situación y potencializar los procesos de inclusión social. Por tanto, sería recomendable ampliar los criterios de acceso a los servicios de atención psicológica.
- Los resultados de este estudio indican que las personas en riesgo de exclusión social han sufrido de al menos un acontecimiento traumático a lo largo de su vida, por lo que la atención psicológica podría protegerlas de los efectos de estos.

- La integración de la situación de exclusión y discapacidad requiere el desarrollo de intervenciones específicas que consideren múltiples situaciones de exclusión (residencial, económica, social). Por ello es fundamental incluir la discapacidad como elemento transversal en las políticas de lucha contra la exclusión social (Huete, 2013).
- Sería conveniente diversificar el perfil profesional de los equipos que hacen la intervención. Por tanto, convendría incluir a personas con formación en salud mental, para identificar y acompañar los casos diagnosticados y quienes llevan un tratamiento psicofarmacológico.
- El trabajo en colaboración con la Red de Salud Mental del País Vasco, podría traducirse en mejoras en la calidad de la intervención psicosocial. La literatura demuestra la eficacia de la conexión de redes multisectoriales de los sistemas de atención sanitaria y social, siendo especialmente útil en la intervención con personas que pertenecen a minorías étnicas, ya que se ha comprobado que tienen un menor acceso a los servicios de salud y servicios sociales (Diderichsen et al., 2012).
- Programas que promuevan hábitos saludables como ejercicio, alimentación, higiene y pautas de comportamiento que favorezcan un estado de salud óptimo.

#### 4.4 *Acceso a los derechos sociales*

Experiencias europeas informan de los beneficios que tienen las prácticas del Gobierno abierto en el acceso a los derechos sociales de los ciudadanos.

- El Gobierno abierto hace referencia a Gobiernos transparentes que estimulan la participación y contribuyen a restablecer la confianza en su hacer (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2019). El acceso a la información es vital para las personas que transitan por la situación de exclusión social, dado que muchas personas no acceden a beneficios que les corresponden por desconocimiento. Por tanto, convendría implementar un lenguaje más sencillo y fácil de interpretar. Así como procesos que reduzcan los tiempos de espera. Asimismo, se propone el acceso a la información sobre su situación y su valoración y el plan individualizado de atención, de forma que sean ellos los protagonistas de su proceso de inclusión social.

- Para el procesamiento de los datos, convendría un expediente único de las personas usuarias. En casos de personas que participan en más de un programa o servicio puedan identificarse sus trayectorias. De cara a la intervención, también sería de utilidad el intercambio de expedientes para analizar los avances en su proceso.

#### 4.5 *Promover los recursos personales*

- En general, se destaca la presencia de recursos personales entre las personas en riesgo de exclusión social, como la satisfacción con la vida y la satisfacción consigo mismos/as. Por lo tanto, convendría que, dentro de los objetivos de los programas y servicios de intervención, se trabajara la promoción de la esperanza, el optimismo y la gratitud (Rew et al., 2019).
- Asimismo, los resultados mostraron que las personas en riesgo de situación social atribuyen su situación a causas externas a ellos. Por lo que, convendría fomentar la responsabilidad de su propio proceso de inclusión social, en las cuestiones que son modificables a través del entrenamiento de habilidades (Abramson et al., 1978) para reducir el consumo de sustancias, trabajar en el manejo del estrés, las emociones y la autoestima.
- Por otro lado, se ha comprobado que los problemas de salud podrían dificultar la adaptación social y por consiguiente su integración en la sociedad. Por tanto, convendría promover comportamientos prosociales, así como brindar herramientas como: resolución de conflictos y empatía.

#### 4.6 *Intervención precoz con personas en riesgo de exclusión social*

- Favorecer el acceso a programas a personas que se encuentren en un paso previo a la exclusión social.
- Identificar perfiles críticos (personas con discapacidad o problemas de salud) que acceden a los servicios con el fin de monitorear sus trayectorias psicosociales.

### **4.7 Promover el apoyo social: vínculos comunitarios y voluntariado de proximidad**

- Diseñar programas de apoyo social en donde se promueva la activación comunitaria y el voluntariado de la población general. De forma que, se disminuyan los estereotipos negativos de las personas que viven programas y servicios sociales y comunitarios.
- Entre mujeres inmigrantes se observó una merma en la dimensión socio-cultural. Por tanto, convendría crear entornos comunitarios de apoyo social entre mujeres inmigrantes.
- Promover programas de inclusión social en donde se incluya a la familia, amigos/as cercanos, entre otras figuras de referencia.
- Mediante fórmulas subvencionadas promover actividades de ocio, tiempo libre y aquellas que potencialicen las interacciones sociales.
- Diseñar políticas que promuevan el empoderamiento de la comunidad, transfiriendo a ésta el poder de decisión y los recursos para la implementación de políticas (Popay et al., 2011).
- Los programas cooperativos basados en la comunidad podrían dirigirse a mejorar la salud a través de la participación en investigación participativa, incluir en las directivas de programas a miembros de la comunidad, entre otras actividades (Anderson et al., 2015).

### **4.8 Intervención con familias**

- Promover programas donde participen familias que se encuentran transitando un proceso de exclusión social.
- Programas de apoyo para la conciliación entre familias monomarentales o monoparentales. Datos recientes indican el riesgo que tienen las familias monomarentales y monoparentales de sufrir pobreza y/o exclusión social (Llano, 2022).

## 4.9 Transferencias sociales como medio para evitar la situación de exclusión social

- La evidencia señala que las transferencias incondicionales de efectivo destinadas para reducir la pobreza y la vulnerabilidad tiene un efecto positivo en el acceso a alimentos, aumenta la posibilidad de asistir a la escuela y disminuye la pobreza extrema (Pega et al., 2022). Además, se ha comprobado que las transferencias condicionales podrían ser estigmatizantes y exacerbar las desigualdades (Popay et al., 2011). Asimismo, la condicionalidad bajo la cual se brinda la ayuda (requisitos de actividad laboral o formación) podrían ser inadecuadas o de menor interés para las personas de forma que limita sus posibilidades de desarrollo y disminuye su satisfacción con la vida (Thornton y Iacoella, 2022).
- Simplificar las regulaciones que den acceso a las transferencias sociales. Por ejemplo, transmitir la información de forma más simplificada y gráfica.

## 4.10 Evaluación de la exclusión social

- Elaboración de un screening que mida la exclusión social de forma breve y multidimensional, el cual sea útil para evaluar casos en un primer contacto con los servicios sociales u otros organismos públicos como el Servicio de Empleo (Lanbide) o de salud. Para lo cual se requiere el trabajo en equipos multidisciplinares entre el personal técnico y político de las administraciones y entidades sociales, así como personal investigador (Raya-Díez, 2010).
- Consenso de la definición técnica de la exclusión social entre los diversos organismos públicos. Con el fin de identificar casos y actuar de forma precoz en la atención de las personas en riesgo de exclusión social.

## 5 Referencias

- Anderson, L., Adeney, K., Shinn, C., Safranek, S., Buckner-Brown, J. y Krause, L. (2015). Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD009905). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009905.pub2>
- Bastiaens, L. y Galus, J. (2018). The DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure as a screening tool. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 111-115.
- Biswas-Diener, R. y Diener, E. (2001). Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*, 55(3), 329-352. <https://doi.org/10.1023/A:1010905029386>
- Biswas-Diener, R. y Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8671-9>
- Breslau, J., Borges, G., Hagar, Y., Tancredi, D. y Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: Variation by origin and age at immigration. *Psychological Medicine*, 39(7), 1117-1127. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004698>
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández, V., López, A. y Gil, Á. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9(201), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-201>
- Carrasco, S., Navarro-Lashayas, M. A., Gandarias, I. y Ruiz, P. (2019). *Estudio sobre la realidad de las mujeres en situación de exclusión residencial*. Servicio Central de Publicaciones Del Gobierno Vasco.
- Decreto 385 de 16 de julio de 2013. Por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social. Boletín Oficial N° 149. País Vasco.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F., Jeune, B., Jørgensen, T. y Søgaard, J. (2012). Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12-105. <https://doi.org/10.1177/1403494812457734>
- Diener, E. y Seligman, M. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Emakunde. (2016). *La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género*.
- Fazel, S., Geddes, J. y Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, 384(9953), 1529-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. y Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), 1-2. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- García-Subirats, I., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M. y Vázquez, M. L. (2014). Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 10182-10201. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010182>

- Hambleton, R. y Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1), 1–16.
- Huete, A. (2013). La exclusión de la población con discapacidad en España. Estudio específico a partir de la Encuesta Social Europea. *Revista Española de Discapacidad*, 1(2), 7–24. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.01.02.01>
- Ibabe, I., Stein, J. A., Nyamathi, A. y Bentler, P. M. (2014). Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 374–381. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.008>
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* [Social exclusion in the Netherlands]. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Johnstone, M., Parsell, C., Jetten, J., Dingle, G. y Walter, Z. (2015). Breaking the cycle of homelessness: Housing stability and social support as predictors of long-term well-being. *Housing Studies*, 31(4), 410–426. <https://doi.org/10.1080/02673037.2015.1092504>
- Llano, J. (2022). *XII Informe: El estado de la pobreza. Seguimiento de los indicadores de la agenda UE 2030. 2015-2021*. <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-2022-compilado.pdf>
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. y Patsios, D. (2007). *The multidimensional analysis of social exclusion*. Bristol University of Bristol.
- Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H. y Rispel, L. (2008). *Social Exclusion Meaning, measurement and experience and links to health inequalities: A review of literature*. WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1. [http://www.who.int/social\\_determinants/media/sekn\\_meaning\\_measurement\\_experience\\_2008.pdf.pdf](http://www.who.int/social_determinants/media/sekn_meaning_measurement_experience_2008.pdf.pdf)
- Matulič, V., De Vicente-Zueras, I., Boixadós-Porquet, A. y Cais-Fontanella, J. (2019). Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión residencial. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(16), 49–68. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>
- Matulič, V., Munté, A. y De Vicente, I. (2020). Female Homelessness: An Approach to the Intersection between Gender, Age and Migration Processes. *Rasp-Research on Ageing and Social Policy*, 8(1), 57–85. <https://doi.org/10.4471/rasp.2020.4724>
- Miller, W. y Seligman, M. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V. y Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191, 477–483. <https://doi.org/10.1192/bip.bp.106.034942>
- Navarro-Lashayas, M. Á. (2016). El factor diferencial de la migración en las personas sin hogar. *Migraciones*, 39, 67–95. <https://doi.org/10.14422/mig.i39.y2016.003>
- OCDE. (2019). *Estudios de Gobierno Abierto: Bizkaia*. <https://www.cepal.org/es/temas/gobierno-abierto/acerca-gobierno-abierto>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe mundial la discapacidad discapacidad*.
- Panadero, S. y Muñoz, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. *Anales de Psicología*, 30(1), 71–78. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.137911>
- Panadero, S. y Pérez-Lozao, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 7–26. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104>

- Panadero, S., Vázquez, J. J. y Martín, R. M. (2017). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33–36.
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>
- Patel, V., Burns, J., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. y Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76–89. <https://doi.org/10.1002/wps.20492>
- Pega, F., Pabayo, R., Benny, C., Lee, E. Y., Lhachimi, S. y Liu, S. (2022). Unconditional cash transfers for reducing poverty and vulnerabilities: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 (CD011135). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011135.pub3>
- Pohlan, L. (2019). Unemployment and social exclusion. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 164, 273–299. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.06.006>
- Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. (2011). *Social exclusion and health inequalities: Definitions, policies and actions*. World Health Organization.
- Raya-Díez, E. (2010). Aplicaciones de una herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social. *Documentos de Trabajo Social*, 48, 117–136.
- Raya-Diez, E. y Fumal, A. (2021). Tools for social policy management: The SiSo Scale for measuring situations of social difficulty. *Journal of Social Policy*, 1–20. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000684>
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez, S., Martín, R. y Vázquez, J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175–180. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.297741>
- Rojas, M. (2008). Experienced Poverty and Income Poverty in Mexico: A Subjective Well-Being Approach. *World Development*, 36(6), 1078–1093. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.10.005>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente R.M. (2013). *Versión española de la DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure—Adult*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., Kurdyak, P. y Levitt, A. (2009). Differences in prevalence and treatment of bipolar disorder among immigrants: Results from an epidemiologic survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 734–742. <https://doi.org/10.1177/070674370905401103>
- Stafford, M., Newbold, B. K. y Ross, N. A. (2010). Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: A contextual analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 428–441. <https://doi.org/10.1177/0020764010365407>
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P. y Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: Results from the course-of-homelessness study. *Psychiatric Services*, 51(9), 1135–1141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.9.1135>
- Tessler, R., Rosenheck, R. y Gamache, G. (2001). Gender Differences in Self-Reported Reasons for Homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10(3), 243–254. <https://doi.org/10.1023/A:1016688707698>
- Thornton, I. y Iacolla, F. (2022). Conditionality and contentment: Universal Credit and UK

- welfare benefit recipients' life satisfaction. *Journal of Social Policy*, 1–29. <https://doi.org/10.1017/S0047279422000241>
- Twenge, J., Baumeister, R., Tice, D. y Stucke, T. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1058–1069. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.1058>
- Vázquez, J. J., Panadero, S. y Zúñiga, C. (2018). Attributions about homelessness in homeless and domiciled people in Madrid, Spain: “Why are they homeless people?” *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(2), 236–247. <https://doi.org/10.1037/ort0000246>
- Villegas, C., Ibabe, I. y Arnosó, A. (2021). People at risk of social exclusion: mental health, structural-economic factors and socio-cultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122–148. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1840235>
- Vrooman, J. y Hoff, S. (2013). The Disadvantaged Among the Dutch: A Survey Approach to the Multidimensional Measurement of Social Exclusion. *Social Indicators Research*, 113(3), 1261–1287. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0138-1>
- Young, K. (2006). Social support and life satisfaction. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 155–164.
- Zabaleta, R., Lezcano, F. y Perea, M. V. (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 183–198. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>





**ANEXOS**



## Anexo 1

*Frecuencias y porcentajes de las variables de estudio procedentes de la versión abreviada del Instrumento de Valoración de la Exclusión Social de los Servicios Sociales del País Vasco*

| VARIABLE                                 | TOTAL (N= 981) |
|--|----------------|
| <b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b> |                |
| <b>1. Género</b>                         |                |
| Hombre                                   | 733 (74.9%)    |
| Mujer                                    | 245 (25.1%)    |
| <b>2. Edad</b>                           |                |
|  | <i>Me= 37</i>  |
| <b>3. Estado civil</b>                   |                |
| Soltero/a                                | 524 (76.5%)    |
| Casado/a                                 | 63 (9.2%)      |
| Divorciado/a o Separado/a                | 88 (12.8%)     |
| Viudo/a                                  | 10 (1.5%)      |
| <b>4. Procedencia</b>                    |                |
| Inmigrante                               | 381 (39%)      |
| Autóctono/a                              | 597 (61%)      |
| <b>5. Nivel educativo</b>                |                |
| Sin estudios                             | 77 (9.8%)      |
| Estudios básicos obligatorios            | 487 (62.1%)    |
| Estudios secundarios                     | 205 (26.1%)    |
| Estudios universitarios                  | 16 (2%)        |
| <b>DIMENSIÓN ECONÓMICA-ESTRUCTURAL</b>   |                |
| <b>6. Sin alojamiento/ infravivienda</b> |                |
| Otro tipo de alojamiento                 | 927 (95.4%)    |
| Sin alojamiento/infravivienda            | 45 (4.6%)      |
| <b>7. Vivienda institucional</b>         |                |
| Vivienda no institucional                | 553 (57%)      |
| Vivienda institucional                   | 418 (43%)      |

| VARIABLE   | TOTAL (N= 981) |
|--|----------------|
| <b>8. Vivienda compartida</b>  |                |
| Vivienda no compartida   | 821 (84.6%)    |
| Vivienda compartida  | 150 (15.4%)    |
| <b>9. Vivienda particular familiar</b>   |                |
| Vivienda no particular   | 612 (63%)      |
| Vivienda particular familiar   | 359 (37%)      |
| <b>10. Ingresos económicos</b>   |                |
| Sin ingresos económicos  | 12 (1.4%)      |
| Ingresos que dependen de los sistemas de protección social públicos y ocupaciones de exclusión | 541 (60.2%)    |
| Ingresos derivados de: trabajo, pensiones entre otras  | 345 (38.4%)    |
| <b>11. Ocupación</b>   |                |
| Desempleado/a  | 395 (42.3%)    |
| Estudiante, Centro de día y centro ocupacional   | 372 (40%)      |
| Empleo (protegido y ordinario)   | 166 (17.7%)    |
| <b>DIMENSIÓN SOCIO-CULTURAL</b>  |                |
| <b>12. Adaptación social</b>   |                |
| Delincuencia   | 69 (7.3%)      |
| Conductas sociales problemáticas o desadaptadas  | 364 (38.7%)    |
| Adaptación social  | 507 (54%)      |
| <b>13. Apoyo social</b>  |                |
| Carece de redes primarias de apoyo social  | 217 (22.6%)    |
| Apoyo limitado o intermitente  | 360 (37.5%)    |
| Cuenta con redes primarias de apoyo social   | 383 (39.9%)    |
| <b>14. Participación social</b>  |                |
| No realiza   | 241 (25.7%)    |
| Rara vez   | 321 (34.3%)    |
| Con bastante frecuencia  | 374 (40%)      |

| VARIABLE   | TOTAL (N= 981) |
|--|----------------|
| <b>PROBLEMAS DE SALUD</b>                                      |                |
| <b>15. Trastorno mental</b>                                    |                |
| No diagnóstico   | 280 (30.3%)    |
| Si diagnóstico   | 645 (69.7%)    |
| <b>16. Consumo de sustancias</b>                               |                |
| No presenta consumo problemático                               | 502 (54.7%)    |
| Consumo de sustancias que le genera dificultades               | 134 (14.6%)    |
| Dependencia a tóxicos (conducta compulsiva)                    | 282 (30.7%)    |
| <b>17. Número de ingresos psiquiátricos</b>                    | <b>M= 0.18</b> |
| <b>18. Historial de ingresos psiquiátricos</b>                 | <b>M= 0.90</b> |
| <b>19. Problemas de salud física</b>                           |                |
| No presenta problemas de salud física                          | 467 (51.3%)    |
| Con tratamiento adecuado                                       | 379 (41.7%)    |
| Sin tratamiento adecuado                                       | 40 (4.4%)      |
| Con evidencia de sufrimiento sin tratamiento                   | 24 (2.6%)      |
| <b>NIVEL DE AUTONOMÍA FUNCIONAL</b>                            |                |
| <b>20. Discapacidad</b>  |                |
| Sin discapacidad   | 531 (56.1%)    |
| Sin disminución significativa de su capacidad (hasta 32%)      | 15 (1.6%)      |
| Dificultades derivadas de la discapacidad (del 33% al 64%)     | 149 (15.7%)    |
| Graves problemas derivados de su discapacidad (del 65 al 100%) | 252 (26.6%)    |
| <b>21. Dependencia</b>   |                |
| Sin dependencia  | 679 (87.6%)    |
| Grado I. dependencia moderada                                  | 72 (9.3%)      |
| Grado II. Dependencia severa                                   | 16 (2.1%)      |
| Grado III. Gran dependencia                                    | 8 (1%)         |
| <b>22. Incapacidad laboral</b>                                 |                |
| Sin incapacidad laboral  | 728 (88.3%)    |
| Incapacidad parcial  | 8 (1%)         |
| Incapacidad temporal de larga duración                         | 35 (4.2%)      |
| Incapacidad permanente   | 53 (6.4%)      |



## Anexo 2

## Autorización del Comité de ética



NAZIOARTEKO  
BIKANTASUN  
CAMPUSA  
CAMPUS DE  
EXCELENCIA  
INTERNACIONAL

IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

**GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN  
EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA  
BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA**

**M<sup>a</sup> Jesús Marcos Muñoz** andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LAS  
INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS, SUS  
MUESTRAS Y SUS DATOS (CEISH-UPV/EHU)**

**M<sup>a</sup> Jesús Marcos Muñoz** como Secretaria del CEISH de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

**ZIURTATZEN DU**

Ezen gizakiekien egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHAA)

**Balioetsi duela** ondoko ikertzailearen proposamen hau:

**Crisstel E. Villegas Castañeda andreak**, M10\_2018\_162, honako ikerketa proiektu hau egiteko: "La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental"

**Eta aintzat hartuta ezen**

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuei esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak lekartzakeen eragozpen eta arriskuak arazoizko izanik.
2. Ikertzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarri dituzten baliabideak aproposak dira proiektua gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoekin, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko baimenak, akordioak edo hitzarmenak barne.

**Aldeko Txostena eman du** 2018ko urriaren 25ean egin duen bileran (105/2018akta) aipatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

Crisstel E. Villegas Castañeda  
M<sup>a</sup> Izaskun Ibabe Erostarbe  
Ainara Arnosó Martínez

MARIA JESUS  
MARCOS  
MUÑOZ

GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa  
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

Eta halaxe sinatu du Leioan, 2018ko azaroaren 26an

**CERTIFICA**

Que este Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, CEISH-UPV/EHU, BOPV 32, 17/2/2014, **Ha evaluado** la propuesta de la investigadora:

**Dña. Crisstel E. Villegas Castañeda**, M10\_2018\_162, para la realización del proyecto de investigación: "*La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental*"

**Y considerando que,**

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

**Ha emitido** en la reunión celebrada el 25 de octubre de 2018 (acta 105/2018), **INFORME FAVORABLE** a que dicho proyecto de investigación sea realizado, por el equipo investigador:

Crisstel E. Villegas Castañeda  
M<sup>a</sup> Izaskun Ibabe Erostarbe  
Ainara Arnosó Martínez

Lo que firmo en Leioa, a 26 de noviembre de 2018



## Anexo 3

## Autorización Lanbide



## HOJA DE AUTORIZACIÓN

Doctoranda: Crisstel Villegas E-mail: crisstel.villegas@ehu.eus Teléfono: 943 01 56 81  
Centro: Facultad de Psicología (Universidad del País Vasco UPV/EHU)  
Dirección: Avda. de Tolosa, 70. 20018, Donostia, San Sebastián  
Directora: Izaskun Ibabe Erostarbe Co-directora: Ainara Arnoso Martínez

Yo D./D<sup>a</sup> BORJA BELANDIA TRADAJAS, en mi calidad de representante legal de LANBIDE - SERVICIO VASCO DE EMPLEO AUTORIZA al equipo de investigación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Dra. Izaskun Ibabe, Dra. Ainara Arnoso y la doctoranda Crisstel Villegas, realice el reclutamiento de participantes y la administración del cuestionario para el proyecto de investigación titulado *La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental*.

Lugar Gasteiz, 27 Octubre 2.018

Fecha \_\_\_\_\_

Firma



**Anexo 4***Autorización AGIFES***HOJA DE AUTORIZACIÓN**

Doctoranda: Crisstel Villegas E-mail: [crisstel.villegas@ehu.eus](mailto:crisstel.villegas@ehu.eus) Teléfono: 943 01 56 81  
Centro: Facultad de Psicología (Universidad del País Vasco UPV/EHU)  
Dirección: Avda. de Tolosa, 70. 20018, Donostia, San Sebastián  
Directora: Izaskun Ibabe Erostarbe Co-directora: Ainara Arnosó Martínez

Yo D./D<sup>a</sup> RUTH ENCINAS VIACAS, en mi calidad de Gerente de la Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (AGIFES), AUTORIZO al equipo de investigación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Dra. Izaskun Ibabe, Dra. Ainara Arnosó y la doctoranda Crisstel Villegas, realice el reclutamiento de participantes y la administración del cuestionario para el proyecto de investigación titulado *La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental*.

Lugar DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Fecha 19/06/2019



**Firma y sello**



## Anexo 5

### Consentimiento informado y hoja información

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### Investigación: EXCLUSIÓN SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Doctoranda: Crisstel Villegas E-mail: crisstel.villegas@ehu.eus Teléfono: 943 01 56 81  
 Centro: Facultad de Psicología (Universidad del País Vasco UPV/EHU)  
 Directoras: Izaskun Ibabe Erostarbe y Ainara Arnosó Martínez

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

Yo D./ D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad respecto al proyecto de investigación sobre "La exclusión social y su relación con los problemas de salud mental.

Manifiesto que he sido informado/a acerca de los objetivos del estudio, de las acciones que conlleva mi participación y del contenido del cuestionario. También que mi participación es voluntaria y que mis datos serán tratados de manera confidencial, conforme a la ley de protección de datos de carácter personal.

Se ha hecho de mi conocimiento que mi participación es libre y voluntaria, así como el tratamiento de los datos se llevará a cabo con el rigor requerido por las leyes vigentes de protección de datos. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones en revistas científicas.

Manifiesto conocer mis derechos en cuanto a la revocación del presente consentimiento y la libertad para retirarme o no contestar preguntas concretas del presente estudio.

En base a todo lo anterior expuesto, ACEPTO participar en este proyecto de investigación el cual se detalla en la hoja informativa.

Doy mi consentimiento para que estos datos sean utilizados en futuros proyectos relacionados con esta línea de investigación por parte de este grupo de investigación  
 Sí  No

Doy mi consentimiento para que los datos relacionados a la salud mental (diagnóstico clínico) se han corroborados por el Departamento de Salud Mental de Osakidetza  
 Sí  No

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Participante</b> | <b>Profesional</b>   |
| Firma               | Nombre, apellidos, DNI y firma del/la profesional que ha informado y recoge el consentimiento. |
|                     | Firma  |

## HOJA INFORMACIÓN

### Investigación: EXCLUSIÓN SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

|   |
|---|
| Doctoranda: Crisstel Villegas E-mail: <a href="mailto:crisstel.villegas@ehu.eus">crisstel.villegas@ehu.eus</a> Teléfono: 943 01 56 81<br>Centro: Facultad de Psicología (Universidad del País Vasco UPV/EHU)<br>Directora: Izaskun Ibabe Erostarbe Co-directora: Ainara Arnosó Martínez |
|---|

Estimado/a Sr./ Sra.,

Mi nombre es Crisstel Villegas y formo parte de un equipo de investigación dedicado al estudio de la exclusión social. Actualmente estoy realizando mi tesis doctoral dirigida por las profesoras Izaskun Ibabe y Ainara Arnosó, dicho proyecto se realiza con la financiación del Gobierno Vasco.

El objetivo principal de este estudio es explorar la relación entre el proceso de exclusión social y los problemas de salud mental. De forma que se puedan identificar las variables que influyen en este proceso, los hallazgos son fundamentales para desarrollar estrategias de prevención en el área de la salud mental. Su colaboración en el estudio es de gran importancia para conseguirlo.

Para ello, el equipo de investigación del que formo parte en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) necesita la colaboración de personas que residen en el País Vasco, de entre 18 y 64 años, quienes se encuentren en situación de desempleo y/o reciban ayudas a través de organizaciones o centros del tercer sector. En concreto le pediremos la participación en una entrevista, donde se abordarán preguntas sobre su papel en la sociedad y procesos participativos, situación de salud (física y mental), historial de consumos de sustancias, características psicológicas y situación socio-económica. El tiempo estimado es una hora.

La participación en esta actividad es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar en cualquier momento del estudio sin dar explicaciones y sin que ello suponga ningún perjuicio. Usted tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada. La retirada del consentimiento para la utilización de sus datos podrá hacerla efectiva poniéndose en contacto con Crisstel Villegas en el teléfono o correo electrónico arriba indicado.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos pasarán a formar parte del fichero "Investigación nivel alto-La relación entre el proceso de exclusión social

y los trastornos mentales” de la UPV/EHU. Los datos obtenidos serán tratados con absoluta confidencial, estos datos serán organizados con un número asignado a cada participante, los datos se mantendrán en un archivo protegido y estará disponible sólo para el personal del proyecto. Una vez finalizada la investigación es posible autorizar su utilización en futuros proyectos relacionados con esta línea de investigación por parte de este grupo de investigación, en ningún caso figurarían datos que lo pudieran identificar. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas.

Es muy importante que durante la entrevista sea honesto ya que eso nos permitirá conocer sus situaciones y problemáticas para mejorar la atención y las soluciones a otras personas con problemas parecidos. **Esta entrevista es independiente de cualquier institución o servicio de atención (albergues, centros de día, etc.). Por lo que, los datos proporcionados no serán utilizados para la obtención de ayudas o servicios públicos o privados.**

Si usted colabora en este proyecto, una vez haya finalizado, tendrá acceso a toda la información relativa a los resultados obtenidos en el mismo, respetando la confidencialidad de las personas participantes, para solicitarlo puede dirigirse a Crisstel Villegas. Con su colaboración favorecerá el desarrollo de programas de intervención más eficaces que aborden en forma temprana los problemas de salud mental.

Estamos a su disposición si desea obtener más información o aclaraciones sobre el estudio, en el teléfono o el e-mail que aparecen en la parte superior de la hoja informativa.

Agradecemos enormemente su colaboración.



Izaskun Ibabe  
Directora



Ainara Arnoso  
Co-directora



Crisstel Villegas  
Doctoranda



## Anexo 6

## Protocolo de evaluación

| CUESTIONARIO   |   |
|--|---|
| Código _____   |   |
| Fecha de aplicación ____/____/____ Lugar de aplicación _____   |   |
| SECCIÓN 1  |   |
| <i>Instrucciones: en esta primera sección se incluyen preguntas en relación a datos sociales y demográficos.</i>   |   |
| <b>1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino _____   | <b>2. Edad:</b> _____ años  |
| <b>3. Nacionalidad:</b><br><input type="checkbox"/> autóctona/o<br><input type="checkbox"/> extranjera/o   | En caso de ser extranjera/o<br><b>¿Desde hace cuánto tiempo tiene su residencia aquí?</b><br>_____  |
| <b>4. ¿Cuál es su provincia actual de residencia?</b><br><input type="checkbox"/> No cuenta con empadronamiento<br><input type="checkbox"/> En el resto del estado<br><input type="checkbox"/> Bizkaia o Araba<br><input type="checkbox"/> Gipuzkoa  | <b>5. ¿Cuál es su lengua materna?</b><br><input type="checkbox"/> Castellano<br><input type="checkbox"/> Euskera<br><input type="checkbox"/> Otras: _____   |
| <b>6. ¿Cuál es su estado civil?</b><br><input type="checkbox"/> Soltero/a<br><input type="checkbox"/> Casado/a o pareja<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a o Separado/a<br><input type="checkbox"/> Viudo/a  | <b>7. ¿Con quién vive?</b><br><b>Número de personas residentes en la vivienda</b> _____<br><input type="checkbox"/> Sin alojamiento<br><input type="checkbox"/> Centro/vivienda residencial de los servicios sociales (Ayuntamiento y/o Diputaciones)<br><input type="checkbox"/> Familia de origen (padre, madre, hermanos/as)<br><input type="checkbox"/> Familia monoparental<br><input type="checkbox"/> Familia reconstituida (familia de su pareja o cónyuge)<br><input type="checkbox"/> Convivencia familiar extensa (tíos, primos, etc.)<br><input type="checkbox"/> Matrimonio o pareja sin hijos/as<br><input type="checkbox"/> Matrimonio o pareja con hijos/as |
| <b>8. Actualmente ¿tiene empleo?</b><br><input type="checkbox"/> No → ¿cuánto tiempo tiene sin empleo? _____<br><input type="checkbox"/> Sí → ¿en qué trabaja? _____   | <b>9. ¿Obtiene ingresos económicos de un empleo no declarado?</b><br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí → ¿qué tipo de empleo es? _____   |
| <b>10. ¿Cuáles son los estudios de mayor nivel que ha completado?</b><br><input type="checkbox"/> Sin estudios<br><input type="checkbox"/> Estudios primarios (EGB)<br><input type="checkbox"/> Estudios secundarios (ESO; incluye Bachillerato y Formación Profesional)<br><input type="checkbox"/> Estudios Universitarios | <b>11. ¿Cuál es el tipo de régimen de la vivienda?</b><br><input type="checkbox"/> No tiene vivienda<br><input type="checkbox"/> Vivienda institucionalizada (Ayuntamiento, Diputaciones, entidades privadas)<br><input type="checkbox"/> Compartida<br><input type="checkbox"/> Alquiler de una habitación<br><input type="checkbox"/> Gratuita, cedida en uso<br><input type="checkbox"/> Alquiler de vivienda<br><input type="checkbox"/> Propiedad parcialmente pagada (hipoteca)<br><input type="checkbox"/> Propiedad totalmente pagada   |

|  |  |
|--|--|
| <p>12. ¿Usted o su pareja tienen hijos/as?</p> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí → ¿Cuántos/as hijos/as? _____  | <p>13. ¿Puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |
| <p>14. ¿Tiene vehículo propio?</p> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí  | <p>15. En los últimos 12 meses ¿Ha disfrutado al menos de una semana de vacaciones fuera del domicilio habitual?</p> <input type="checkbox"/> No, por motivos económico<br><input type="checkbox"/> No, por otros motivos<br><input type="checkbox"/> Sí   |
| <p>16. En caso de unidad familiar. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales en su hogar?</p> <input type="checkbox"/> No dispongo de ingresos<br><input type="checkbox"/> 650€ o menos<br><input type="checkbox"/> entre 651 y 1000<br><input type="checkbox"/> Entre 1001 y 1500<br><input type="checkbox"/> Entre 1501 y 2000<br><input type="checkbox"/> Entre 2001 y 2500<br><input type="checkbox"/> Más de 3000, ¿Cuánto, aproximadamente? _____ | <p>17. Actualmente puede hacer frente a los gastos básicos de subsistencia</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |
|  | <p>18. ¿En qué nivel socioeconómico situaría a su familia (si no eres independiente) / el tuyo propio (si eres independiente)?</p> <input type="checkbox"/> Muy baja<br><input type="checkbox"/> Baja<br><input type="checkbox"/> Media- baja<br><input type="checkbox"/> Media<br><input type="checkbox"/> Media alta<br><input type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Muy alta |

## SECCIÓN 2

*En la siguiente sección se incluyen preguntas en relación al uso de prestaciones sociales.*

| Instrucciones: señale en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.  | 0. Totalmente desacuerdo | 1. En desacuerdo | 2. No estoy seguro/a | 3. De acuerdo | 4. Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|------------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Es vergonzoso tener que cobrar ayudas sociales para poder vivir  | 0                        | 1                | 2                    | 3             | 4                        |
| 2. Las prestaciones son un derecho social   | 0                        | 1                | 2                    | 3             | 4                        |
| 3. Alguna gente vive de las ayudas para no tener que trabajar   | 0                        | 1                | 2                    | 3             | 4                        |
| Instrucciones: en los últimos tres meses, de los servicios o prestaciones que se mencionan a continuación, ¿podría <input checked="" type="checkbox"/> indicarme cuáles ha utilizado? |                          |                  |                      |               | ¿Recibe esta prestación? |
|   |                          |                  |                      |               | 0. No      1. Sí         |
| <b>Servicios</b>  |                          |                  |                      |               |                          |
| 1. Despacho de trabajadoras/es sociales del ayuntamiento: información   |                          |                  |                      | 0             | 1                        |
| 2. Oficina de Lanbide   |                          |                  |                      | 0             | 1                        |
| 3. Servicio de urgencias sociales (SMUS, SFUS)  |                          |                  |                      | 0             | 1                        |
| 4. Centro de salud mental   |                          |                  |                      | 0             | 1                        |
| 5. Ambulatorio, centro de salud u hospital  |                          |                  |                      | 0             | 1                        |
| <b>Ayudas o prestaciones</b>  |                          |                  |                      |               |                          |

|   |                               |                                   |                                |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 6. Prestación por desempleo   | 0                             | 1                                 |                                |
| 7. Alojamiento (albergues, centros de noche, pisos de inserción...)             | 0                             | 1                                 |                                |
| 8. Centro de día  | 0                             | 1                                 |                                |
| 9. Ayuda económica a mujeres víctimas de violencia de género                    | 0                             | 1                                 |                                |
| 10. Talleres o empresas de inserción laboral (Gureak, centro de formación)      | 0                             | 1                                 |                                |
| 11. Pensión no contributiva (PNC/FBS)   | 0                             | 1                                 |                                |
| 12. Renta básica de emancipación  | 0                             | 1                                 |                                |
| 13. Ayudas de emergencia social (AES)   | 0                             | 1                                 |                                |
| 14. Renta de exclusión social   | 0                             | 1                                 |                                |
| 15. Renta de Garantía de Ingresos ('prestación de Lanbide')                     | 0                             | 1                                 |                                |
| 16. Centros que imparten formación, cursos, etc. (EPA, etc..)                   | 0                             | 1                                 |                                |
| 17. Oficina de Lanbide  | 0                             | 1                                 |                                |
| 18. Ayudas de familiares  | 0                             | 1                                 |                                |
| 19. Ayudas de amistades o vecindad  | 0                             | 1                                 |                                |
| 20. Ayudas de entidades sociales (Cáritas, Cruz Roja...)                        | 0                             | 1                                 |                                |
| 21. ¿Otras? Especificar:  |                               |                                   |                                |
| 24. ¿Durante cuánto tiempo ha recibido este tipo de ayuda y/o prestación? _____ |                               |                                   |                                |
| 25. Considerando su experiencia, ¿los Servicios Sociales le han ayudado?        |                               |                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Nada   | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Mucho |

### SECCIÓN 3

*Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa de su situación actual de salud. Después de leer la pregunta, por favor indique  cuál de las opciones describe mejor su situación.*

|  |  |
|--|--|
| 1. En general, usted diría que su salud es:  | 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?  |
| <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Algo peor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Algo mejor <input type="checkbox"/> Mucho mejor |
| 3. ¿Tiene algún grado de dependencia física?   |  |
| <input type="checkbox"/> Sin dependencia física  |  |
| <input type="checkbox"/> Grado I Dependencia moderada ¿Recibe la prestación económica vinculada a la Ley de Dependencia?         |  |
| <input type="checkbox"/> Grado II Dependencia severa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                     |  |
| <input type="checkbox"/> Grado III Gran dependencia  |  |
| 4. ¿Tiene incapacidad física?  | 5. ¿Tiene discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |
| <input type="checkbox"/> Sin incapacidad laboral   | *En el caso de presentar situación de discapacidad, ¿qué tipo y cuál es el porcentaje de discapacidad?                                     |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral temporal o parcial  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad de larga duración   | *En caso de presentar situación de discapacidad, ¿recibe ayudas vinculadas a la situación de discapacidad?                                 |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad absoluta o permanente   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |
| 6. En el último año ¿ha acudido alguna vez a un centro sanitario, ya se ambulatorio, hospital?                                   |  |
| <input type="checkbox"/> No cuenta con acceso a los servicios de salud   |  |
| <input type="checkbox"/> No, por otros motivos   |  |

Sí → ¿Actualmente, recibe algún tipo de tratamiento médico?  No  Sí, ¿qué tipo de tratamiento médico recibe?

7. En el pasado ¿ha presentado problemas de salud física?  No  Sí → ¿qué diagnóstico y/o tratamientos recibió? \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN 4

*Instrucciones: en esta sección se pregunta sobre cosas que han podido causarle malestar. Por favor, conteste a cada pregunta seleccionando la respuesta que mejor describa el grado o frecuencia con que se ha sentido en relación con cada problema durante las últimas semanas.*

| ¿Durante las 2 últimas semanas pasadas, cuánto o cuán a menudo se ha sentido alterado/a o molesto/a por cada uno de los siguientes problemas?        | 0. Nada, en absoluto | 1. Ligeramente, rara vez/ menos de 1 o 2 días | 2. Leve /varios días | 3. Moderado /más de la mitad de los días | 4. Grave /Casi todos los días |
|--|----------------------|---|----------------------|--|-------------------------------|
| 1. ¿Tener poco interés en hacer cosas o experimenta poca satisfacción al hacerlas?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 2. ¿Sentirse triste, deprimido/a o sin esperanza?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 3. ¿Sentirse más irritado/a, malhumorado/a, o enojado/a que de costumbre?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 4. ¿Dormir menos de lo habitual y aun así tener mucha energía?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 5. ¿Comenzar muchos más proyectos o hacer cosas más arriesgadas de lo habitual?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 6. ¿Sentirse nervioso/a, ansioso/a, asustado/a, preocupado/a o al límite?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 7. ¿Sentir pánico (angustia) o estar asustado/a?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 8. ¿Evita situaciones que le hacen sentirse ansioso/a?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 9. ¿Tener dolores inexplicables (por ejemplo, de cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 10. ¿Sentir que sus enfermedades no se están tomando suficientemente en serio?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 11. ¿Le vienen pensamientos de hacerse daño a sí mismo?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 12. ¿Oír cosas que otras personas no oyen, como voces, aunque no haya nadie cerca?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 13. ¿Sentir que alguien podía oír sus pensamientos, o que usted podía oír lo que la otra persona estaba pensando?                                    | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 14. ¿Problemas para dormir que afectaron a la calidad de su sueño?   | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 15. ¿Tener problemas de memoria (por ejemplo, el aprendizaje de nueva información), o de orientación (por ejemplo, la búsqueda de su camino a casa)? | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |
| 16. ¿Le vienen a la mente constantemente pensamientos desagradables, impulsos o imágenes?  | 0                    | 1   | 2                    | 3  | 4                             |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. ¿Sentirse impulsado/a a realizar ciertas conductas o actos mentales una y otra vez?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Sentirse separado o distante de sí mismo, su cuerpo, su entorno físico, o de sus recuerdos?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿No saber quién es realmente o lo que quieres de la vida?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿No sentirse cerca de otras personas o no disfrutar de sus relaciones con ellas?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Tomar al menos 4 copas de cualquier tipo de alcohol al día?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. ¿Fumar cigarrillos, puros, pipa, mascar o esnifar tabaco?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. ¿Tomar cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin la prescripción de un médico, en mayor cantidad o más tiempo de lo recetado [por ejemplo, analgésicos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína), estimulantes (Rubifen), sedantes o tranquilizantes (pastillas para dormir, diazepam, alprozolam, midazolam) o drogas como la marihuana, la cocaína o el crack, drogas de diseño típicas de discoteca (como el éxtasis), alucinógenos (LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como pegamento) o metanfetamina (Speed, anfetaminas, éxtasis). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### SECCIÓN 5

*Instrucciones: para continuar en esta sección se incluyen preguntas sobre su participación en tratamientos psiquiátricos tanto en la actualidad como en el pasado.*

|  |   |
|--|---|
| 1. ¿Ha tenido un ingreso psiquiátrico?<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí → ¿Cuántos ingresos psiquiátricos ha tenido a lo largo de su vida (excluyendo los ingresos derivados del consumo de tóxicos)? _____ |   |
| 2. ¿Cuántos ingresos psiquiátricos ha tenido en el último año (excluyendo los ingresos derivados de consumo de tóxicos)? _____   |   |
| 3. Tiempo de estancia durante el/los ingresos psiquiátricos: _____   |   |
| 4. Actualmente, ¿asiste regularmente al centro de salud mental o psiquiatra particular?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | 5. Actualmente, ¿recibe algún tratamiento psicofarmacológico?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → ¿Qué tipo de psicofármaco? _____ |
| 6. ¿Ha sido diagnosticado de un trastorno mental?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → ¿Qué diagnóstico? _____   |   |

### SECCIÓN 6

*Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren al consumo de drogas.*

En el pasado

1. ¿Ha participado en el tratamiento de deshabituación de sustancias?

No  Sí → ¿Cuántas veces ha asistido a un programa de tratamiento? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido hospitalizado o ha recibido atención médica por motivo de consumos?  
 No  Sí → ¿Cuántas veces ha sido hospitalizada/o o ha recibido atención médica por motivos de consumos de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

Actualmente

3. ¿Asiste a un programa de deshabituación de tóxicos?  
 No  Sí → ¿Qué tipo de programa o tratamiento recibe? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas veces ha asistido a este programa? \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 7

*Instrucciones: en otros temas, las siguientes preguntas hacen referencia a la situación en su relación de pareja durante el último año.*

|   | 0. Nunca | 1. Rara vez | 2. Algunas veces | 3. Muy a menudo | 4. Siempre |
|---|----------|-------------|------------------|-----------------|------------|
| 1. ¿Durante el último año ha sido golpeado/a, recibido patadas o puñetazos, o ha recibido otro tipo de maltrato físico por su pareja? | 0        | 1           | 2                | 3               | 4          |
| 2. ¿Se siente amenazado/a en su relación de pareja actual?  | 0        | 1           | 2                | 3               | 4          |
| 3. ¿Se siente amenazado/a por alguna de sus exparejas?  | 0        | 1           | 2                | 3               | 4          |

### SECCIÓN 8

*Instrucciones: las siguientes preguntas hacen referencia a su situación familiar.*

|  | 0. Nunca | 1. Rara vez | 2. Algunas veces | 3. De vez en cuando | 4. Siempre |
|--|----------|-------------|------------------|---------------------|------------|
| 1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos/os unos a otros/as                         | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 2. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 3. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente  | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 4. En nuestra familia hacemos cosas juntos/as  | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 5. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos                           | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 6. Los miembros de la familia se apoyan unos/os a otros/as en los momentos difíciles             | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 7. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies                                      | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 8. Los miembros de la familia se consultan unos/os a otros/as sus decisiones                     | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 9. La unidad familiar es una preocupación principal  | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |

## SECCIÓN 9

*Instrucciones: las siguientes preguntas se orientan a los acontecimientos que usted ha experimentado durante su infancia y durante la edad adulta. Solo marque  si usted ha experimentado alguna de estas situaciones.*

|  | 0. No vivió esta situación | 1. Durante la edad adulta | 2. Durante su infancia (menor a 18 años) |
|--|----------------------------|---------------------------|--|
| 1. ¿Alguna vez fue usted tocado/a o le obligaron/amenazaron a tocar a alguien más de forma sexual?   | 0                          | 1                         | 2  |
| 2. ¿Alguna vez le obligaron a tener sexo (oral, anal y/o genital)?   | 0                          | 1                         | 2  |
| 3. ¿Alguna vez fue víctima de robo, asalto o ataque físico (no sexual) por una persona desconocida o alguien a quien no conocía bien?  | 0                          | 1                         | 2  |
| 4. ¿Sufrió de abuso físico como golpes, quemaduras, ahogamiento, entre otros, por alguien que no conocía bien o alguien conocido (familiar, hermano, pareja, esposo o esposa)? | 0                          | 1                         | 2  |

## SECCIÓN 10

*Instrucciones: en esta sección se le preguntará sobre su historial con el sistema penal. Le pedimos responda según corresponda.*

Detención

1. ¿Ha estado detenido/a?  No  Sí → ¿Cuántas veces ha sido detenido/a? \_\_\_\_\_

Prisión/cárcel

2. ¿Ha estado en prisión/cárcel?  No  Sí → ¿Cuál fue el delito del que se le acusó? \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 11

*Instrucciones: las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con qué frecuencia se ha sentido o ha estado en esa situación.*

| Con qué frecuencia...   | 0. Nunca | 1. Rara vez | 2. Algunas veces | 3. De vez en cuando | 4. Siempre |
|---|----------|-------------|------------------|---------------------|------------|
| 1. ¿Ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?  | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 2. ¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?                                    | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 3. ¿Se ha sentido nervioso/a o estresado/a?   | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 4. ¿Ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?                                     | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 5. ¿Ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |
| 6. ¿Ha estado seguro/a sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?                            | 0        | 1           | 2                | 3                   | 4          |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Ha sentido que las cosas le van bien?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Ha podido controlar las dificultades de su vida?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Ha sentido que tenía todo bajo control?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Ha estado enfadado/a porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## SECCIÓN 12

*Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a la situación que usted vive en su entorno social.*

|   | 0.<br>Nunca | 1.<br>Rara<br>vez | 2.<br>Algunas<br>veces | 3. De<br>vez en<br>cuando | 4. Siempre |
|---|-------------|-------------------|------------------------|---------------------------|------------|
| 1. Hay personas con las cuáles puedo mantener una buena conversación                            | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 2. Me siento aislado/a del resto del mundo  | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 3. Hay personas que realmente me comprenden   | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 4. Tengo contacto con mis vecinos/as  | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 5. Suelo donar para buenas causas   | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 6. En ocasiones ayudo a mis vecinos/as  | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 7. Suelo reciclar objetos de vidrio   | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 8. El trabajo es solo una manera de ganar dinero  | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 9. He recibido tratamiento médico o dental cuando lo he necesitado                              | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 10. Hay buena relación en nuestro barrio/vecindario   | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 11. Estoy satisfecho/a con la calidad de mi vivienda  | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 12. Me puedo permitir mantener mi vivienda a una temperatura adecuada durante los meses de frío | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 13. Me puedo permitir pagar la cuota de alguna actividad (cultural, ocio o deportivo)           | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 14. Me puedo permitir visitar a los demás   | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |
| 15. Suelo disponer de dinero suficiente para gastos imprevistos                                 | 0           | 1                 | 2                      | 3                         | 4          |

## SECCIÓN 13

*Instrucciones: cambiando de tema, en este bloque las preguntas se orientan a cuestiones relacionadas con la participación social.*

**1. En términos generales, ¿con qué frecuencia suele participar en las elecciones?**

- Nunca, por no tener derecho a voto  
(extranjería)
- Nunca, porque no me interesa
- Nunca, porque no sirve para nada
- En algunas ocasiones
- Casi siempre
- Siempre

*Instrucciones: Marque  si en los últimos 12 meses, usted ha asistido y/o participado en...*

|   | 0. Nunca | 1. Rara vez | 2. Algunas veces | 3. Muy a menudo | 4. No puedo permitírmelo | 5. No me interesa |
|---|----------|-------------|------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| 2. Cine   | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 3. Eventos deportivos en directo  | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 4. Lugares de interés cultural como museos, galerías de arte, etc..   | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 5. Reuniones con familiares, que no sean miembros de su hogar   | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 6. Reunión para tomar algo o comer con amigos/as  | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 7. Participar en las redes sociales (p. ejemplo Facebook, twitter)  | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 8. ¿Ha participado en actividades de voluntariado a través de alguna organización, asociación o agrupación? | 0        | 1           | 2                | 3               | 4                        | 5                 |
| 9. ¿En general, qué actividades hace en su tiempo libre?  |          |             |                  |                 |                          |                   |

### SECCIÓN 14

*Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone.*

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos/as íntimos o familiares cercanos tiene? (personas con las que se encuentra cómodo/a y puede hablar de todo lo que se le ocurre) \_\_\_\_\_

2. ¿Cuenta con alguien que le ayude cuando está en problemas, que le aconseje o le apoye?

No

Sí

### SECCIÓN 15

*Instrucciones: por último, en este bloque las preguntas se orientan a cuestiones relacionadas con su percepción sobre su vida.*

|   | 0. Muy en desacuerdo | 1. En desacuerdo | 2. No estoy segura/a | 3. De acuerdo | 4. Muy de acuerdo |
|---|----------------------|------------------|----------------------|---------------|-------------------|
| 1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal                | 0                    | 1                | 2                    | 3             | 4                 |
| 2. Las condiciones de mi vida son excelentes                                  | 0                    | 1                | 2                    | 3             | 4                 |
| 3. Estoy satisfecho/a con mi vida   | 0                    | 1                | 2                    | 3             | 4                 |
| 4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida | 0                    | 1                | 2                    | 3             | 4                 |
| 5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada                       | 0                    | 1                | 2                    | 3             | 4                 |

|                     |   |   |   |   |                   |   |   |   |    |
|---------------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|----|
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muy insatisfactoria |   |   |   |   | Muy satisfactoria |   |   |   |    |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <i>Instrucciones: A continuación, le pedimos que evalúe el grado de satisfacción que usted siente en relación con los siguientes aspectos.</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <b>6. Familia</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <b>7. Ingresos económicos</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <b>8. Amigos/as</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <b>9. Trabajo</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <b>10. Tu persona</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

11. Globalmente, ¿hasta qué punto está usted satisfecho o insatisfecho con su vida actualmente? Por favor, marque en la escala su grado de satisfacción con la vida (siendo 1 muy insatisfactoria y 10 muy satisfactoria)



|                     |   |   |   |   |                   |   |   |   |    |
|---------------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|----|
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Muy insatisfactoria |   |   |   |   | Muy satisfactoria |   |   |   |    |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN  
ESKERRIK ASKO ZURE LANKIDETZAGATIK

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea