



## DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE SALUD EN PROCESOS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL

Jessica Cantos Egea

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



# Determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión e inclusión social

---

Jessica Cantos Egea

Revisión lingüística: Ana María Caballero Madrid  
Diseño portada: María Rodríguez Herrera  
Maquetación e impresión: Fundació Topromi  
Diciembre 2020



Jessica Cantos Egea

# Determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión e inclusión social

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Jordi Tous Pallarès  
y la Dra. Juana María Tierno García

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2020





UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "**Determinants psicosocials de salut en processos d'exclusió i inclusió social**", que presenta Jessica Cantos Egea per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al **Departament de Psicologia** d'aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "**Determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión e inclusión social**" que presenta Jessica Cantos Egea para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el **Departamento de Psicología** de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled "**Psychosocial determinants of health in the processes of social exclusion and inclusion**", presented by Jessica Cantos Egea for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the **Department of Psychology** of this university.

Tarragona, 20-10-2020

El/s director/s de la tesi doctoral  
El/los director/es de la tesis doctoral  
Doctoral Thesis Supervisor/s

Jordi Torés Pallarès

Juana María Tierno García





A mi familia,  
por enseñarme los valores de vivir, ser y sentir.



# AGRACEDIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el refuerzo, el apoyo y la confianza que he recibido en estos años por parte de todas aquellas personas que me han acompañado en esta palpitante aventura.

Al Dr. Jordi Tous, por confiar en mi desde el principio. Por su innovación, asesoramiento, energía y positivismo que siempre ha mostrado.

A la Dra. Joana Tierno, por convertirse en un faro clave. Por dedicarme su paciencia, amabilidad y compromiso.

A la Dr. Divya Jindal-Snape, por darme la oportunidad de sumergirme durante tres meses en la Universidad de Dundee, por ayudarme a reflexionar y apasionarme por la Teoría de las transiciones vitales.

A mis padres, por su confianza y por animarme siempre a conquistar mis sueños.

A mi hermana Alison, por ser mi soporte número uno y mi guía principal. Gracias por las horas dedicadas, la ayuda ofrecida, las revisiones y por transmitirme seguridad cuando más la necesitaba. A mi cuñado Manu, por su paciencia y apoyo.

A la Magda y Francesc, por convertirse de forma inconsciente en referentes.

A todos los amigos y amigas que, durante estos años, han sido un gran motor de empuje: Isabel, Laurixs, Elisabeth, Alba, Jordina, Laura, Karla, Mari, Alex, Esther y Sara.

A Marta y Jandro, por animarme en aquella conversación en la playa a no tirar la toalla. A José Á. por la paciencia y apoyo recibido en la recta final.

En especial, a Ana María por su amistad y dedicar su tiempo en ayudarme a dar más coherencia a las palabras escritas en este trabajo, a Núria por ser una gran guía incondicional y a Meriem, por todas aquellas veces que ha venido a verme, animarme y demostrarme el valor real de la amistad.

A mis compañeras de trabajo: Neus, Pilar, Paula, Dolors, Cristina, Ana Isabel y Antonia, por todas sus palabras de dedicación y ánimo que he recibido siempre.

A mis compañeras de despacho de la facultad, por vuestro apoyo y positivismo: Camila, Sol, Iveth y Anna.

A la gerencia del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Tarragona, al equipo del Plan Local de Inclusión y Cohesión Social del Ayuntamiento de Valls, a Encarna y Raquel de la Asociación Juventud y Vida, a Marc de la Fundación Formación y Trabajo, a Omar y a Eduard de Cruz Roja Tarragona, a Carmen de Cáritas y a todos los técnicos y técnicas de la intervención social que han dedicado su tiempo en hacer las derivaciones de la muestra de exclusión social de esta investigación. Gracias a todas aquellas personas que de forma incondicional participaron en esta investigación, gracias por el tiempo y experiencias compartidas, por hacerme vibrar en muchos momentos durante la entrevista, sin vosotros y vosotras esta investigación no hubiera sido posible.

A todas y cada una de las personas que tuve la oportunidad de conocer y coincidir en mi apasionante aventura por Escocia. En especial al equipo de doctorado de la Universidad de Dundee: a Camila por su acogida, a Kaushi por sus abrazos y paciencia, a Bushra y Son por compartir despacho y bailes. Por último, al grupo de españoles que se convirtieron en poco tiempo en mi pequeña familia: a Karla, David, Marc, Cristina, Patri, Pablo Merino, Pablito, José y Dani.

Finalmente, mis agradecimientos a todas las personas y referentes que he ido encontrado en mi camino y han promovido de forma involuntaria mi vocación, mi entusiasmo y mi dedicación por el mundo de la investigación social, la intervención social y el mundo de la acción comunitaria.

# ÍNDICE

<b>AGRACEDIMIENTOS.....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>20</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>21</b>
<b>1. PRÓLOGO Y PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>23</b>
1.1 Motivación personal .....	24
1.2 Presentación y propuesta de investigación .....	27
1.3 Estructura de la tesis .....	29
<b>2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>31</b>
2.1 Procesos de inclusión y exclusión social.....	32
2.1.1 Definición y limitaciones conceptuales: exclusión social.....	32
2.1.2 Hacia un nuevo modelo de políticas inclusivas y de participación comunitaria ....	42
2.1.3 Medidas: desigualdad, pobreza y exclusión social .....	45
2.2 Determinantes sociales en salud y equidad en salud.....	49
2.2.1 Desigualdades sociales y determinantes sociales en salud .....	49
2.2.2 Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en la salud .....	59
2.3 Psicología positiva y bienestar .....	61
2.3.1 Modelo biopsicosocial - Psicología positiva.....	61
2.3.2 Bienestar: tradición hedónica y eudaimónica .....	63
2.3.3 Modelo multidimensional de bienestar psicológico y social.....	67
2.3.4 Bienestar como factor protector de salud.....	73
2.4 Sucesos vitales y afrontamiento .....	76
2.4.1 Estrés y sucesos vitales .....	76
2.4.2 Teoría transaccional del estrés.....	80
2.4.3 Afrontamiento como factor moderador.....	86
2.4.4 Afrontamiento y estados de salud .....	89
2.4.5 Sucesos vitales, exclusión social y afrontamiento .....	92
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>95</b>
3.1 Objetivo general.....	96
3.2 Objetivos específicos .....	96
3.3 Hipótesis.....	97

<b>4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>105</b>
4.1 Población y muestra del estudio .....	106
4.1.1 Muestra de población en situación de exclusión social .....	106
4.1.2 Muestra de población en situación de inclusión social .....	108
4.2 Variables del estudio.....	109
4.3 Instrumentos.....	112
4.4 Aspectos éticos.....	114
4.5 Procedimiento.....	115
4.6 Análisis de los datos.....	119
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>121</b>
5.1 Características sociodemográficas de las personas que pertenecen a los grupos en situación de inclusión social y en exclusión social .....	122
5.1.1. Características de las personas en situación de inclusión social .....	122
5.1.2. Características de las personas en situación de exclusión social .....	123
5.2 Factores de riesgos disruptivos en personas en situación de inclusión social y en exclusión social .....	125
5.2.1 Factores de riesgos disruptivos en el ámbito económico .....	126
5.2.2 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito laboral .....	127
5.2.3 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito formativo .....	128
5.2.4 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario .....	129
5.2.5 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial .....	130
5.2.6 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito relacional .....	131
5.2.7 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito ciudadanía y política.....	133
5.2.8 Factores de riesgo disruptivos más representativos en cada una de las muestras	134
5.3. Estadísticos descriptivos de los resultados de cada instrumento aplicado .....	137
5.3.1 Descriptivos del test de salud autopercebida .....	137
5.3.2 Descriptivos del test de bienestar psicológico y del test de bienestar social.....	138
5.3.3 Descriptivos del cuestionario de los estilos de afrontamiento.....	141
5.4 Relación existente entre los factores de salud autopercebida, bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales en las muestras de exclusión social .....	144
5.4.1. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y la salud autopercebida.....	144
5.4.2. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y los factores de bienestar psicológico y bienestar social.....	144

5.4.3. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y los estilos de afrontamiento.....	145
5.5 Modelo predictivo de factores de bienestar psicológico, bienestar social, estilos de afrontamiento y la acumulación de factores de riesgos disruptivos por ámbitos en personas en situación de exclusión social .....	150
5.6 Diferencias de los niveles de salud autopercebida, factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento entre la muestra de personas en situación de exclusión social y en situación de inclusión social.....	154
5.6.1 Diferencias de los niveles de salud autopercebida entre la M1 y la M2.....	154
5.6.2 Diferencias de los factores de bienestar psicológico y bienestar social entre la M1 y la M2.....	155
5.6.3 Diferencias de los estilos de afrontamiento entre la M1 y la M2 .....	157
5.7 Relación entre las variables de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento con la salud autopercebida en personas en situación de inclusión y de exclusión social .....	159
5.8 Modelos predictivos de la salud autopercebida mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social, estilos de afrontamiento en personas en situación de inclusión social y de exclusión social .....	163
<b>6. DISCUSIONES.....</b>	<b>167</b>
<b>7. CONCLUSIONES (versión en español).....</b>	<b>195</b>
<b>7. CONCLUSIONS (versión en inglés).....</b>	<b>195</b>
<b>8. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>201</b>
<b>9. REFERENCIAS .....</b>	<b>207</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>229</b>
Anexo 10.1 Formulario para identificar los factores de riesgo disruptivos.....	230
Anexo 10.2 Escala de salud mental de Goldberg .....	232
Anexo 10.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff.....	235
Anexo 10.4 Escala de bienestar social de Keyes .....	237
Anexo 10.5 Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) .....	238
Anexo 10.6 Justificante de colaboración de los recursos y entidades colaboradoras .....	240
Anexo 10.6.1 Justificante: Institut Municipal de Serveis Socials .....	240
Anexo 10.6.2 Justificante: Ayuntamiento de Valls.....	241
Anexo 10.6.3 Justificante: Fundació Formació i Treball .....	242
Anexo 10.6.4 Justificante: Asociación Juventut y Vida .....	243
Anexo 10.6.5 Justificante: Cáritas .....	244

Anexo 10.6.6 Justificante: Cruz Roja Tarragona .....	245
Anexo 10.7 Autorización de la Diputación de Barcelona .....	246
Anexo 10.8 Consentimiento informado .....	247



# ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Diferencia entre los términos de pobreza y exclusión social.....	33
TABLA 2. Principales factores de exclusión social e integración social en los diferentes ámbitos .....	38
TABLA 3. Nueva lógica de las políticas en el ámbito social .....	44
TABLA 4. Indicadores evaluativos de pobreza y exclusión social .....	45
TABLA 5. Modelos de bienestar psicológico .....	68
TABLA 6. Dimensiones del bienestar psicológico según Ryff .....	69
TABLA 7. Dimensiones del bienestar social de Keyes.....	72
TABLA 8. Cuadro resumen de objetivo generales, objetivos específicos e hipótesis .....	100
TABLA 9. Características sociodemográficas de la muestra en situación de inclusión social.	122
TABLA 10. Características sociodemográficas de la muestra en situación de exclusión social .....	123
TABLA 11. Dimensiones de la tasa AROPE de la muestra en situación de exclusión social ..	124
TABLA 12. Estadísticos descriptivos globales de la frecuencia de factores de riesgos en trayectorias de inclusión social y en trayectorias de exclusión social .....	125
TABLA 13. Estadísticos descriptivos de la prueba de salud autopercebida en la M1 y en la M2 .....	137
TABLA 14. Prueba Kolmogorov-Smirnov de la salud autopercebida .....	138
TABLA 15. Estadísticos descriptivos del test de bienestar psicológico y de bienestar social en la M1 y M2 .....	139
TABLA 16. Prueba Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones del test de bienestar psicológico y de bienestar social.....	140
TABLA 17. Estadísticos descriptivos globales de las respuestas al test de estilos de enfrentamiento en la M1 y M2.....	142
TABLA 18. Prueba Kolmogorov-Smirnov de las respuestas al test de los estilos de enfrentamiento .....	143

<b>TABLA 19.</b> Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y las puntuaciones de salud autopercebida en personas en situación de exclusión social .....	147
<b>TABLA 20.</b> Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y los factores de bienestar psicológico y bienestar social en personas en situación de exclusión social .....	148
<b>TABLA 21.</b> Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y los estilos de afrontamiento que emplean las personas en situación de exclusión social.....	149
<b>TABLA 22.</b> Análisis de regresión múltiple entre la acumulación de factores de riesgo disruptivo en los diferentes ámbitos sociales con la salud autopercebida y los factores de bienestar psicológico y social .....	152
<b>TABLA 23.</b> Análisis de regresión múltiple entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales y estilos de afrontamientos .....	153
<b>TABLA 24.</b> Prueba U de Mann-Whitney en salud autopercebida en la muestra en situación de inclusión social y en la muestra en situación de exclusión social .....	154
<b>TABLA 25.</b> Prueba U de Mann-Whitney en el bienestar psicológico en la muestra en situación de inclusión social y en la muestra en situación de exclusión social .....	156
<b>TABLA 26.</b> Prueba U de Mann-Whitney en el bienestar social en la muestra en situación de inclusión social y en la muestra en situación de exclusión social .....	157
<b>TABLA 27.</b> Prueba U de Mann-Whitney en los estilos de afrontamiento en la muestra en situación de inclusión social y en la muestra en situación de exclusión social .....	158
<b>TABLA 28.</b> Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico .....	160
<b>TABLA 29.</b> Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y las dimensiones de la escala de bienestar social .....	160
<b>TABLA 30.</b> Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y los estilos de afrontamiento.....	161
<b>TABLA 31.</b> Modelo predictivo de la salud autopercebida de las personas en situación de inclusión social mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.....	164

<b>TABLA 32.</b> Modelo predictivo de la salud autopercebida de las personas en situación de exclusión social mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.....	165
---	-----

# ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Esquema de la investigación .....	29
FIGURA 2. Zonas de la vida social .....	40
FIGURA 3. Modelo ecológico de la salud de Austin y Werner.....	51
FIGURA 4. Modelo de determinantes de la salud de Lalonde.....	51
FIGURA 5. Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead.....	52
FIGURA 6. Modelo conceptual de producción de las inequidades en salud de Diderichsen y Hallqvist .....	53
FIGURA 7. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson .....	54
FIGURA 8. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud .....	55
FIGURA 9. Modelo sociopsicológico .....	57
FIGURA 10. The social exclusion knowledge network .....	58
FIGURA 11. Dimensiones de la calidad de vida .....	65
FIGURA 12. Definición de bienestar de Dodge, Daly, Huyton y Sanders .....	74
FIGURA 13. Relación entre estrés psicosocial y enfermedad según Rahe y Arthur.....	78
FIGURA 14. Ciclo del estrés .....	79
FIGURA 15. Representación esquemática de las tres fases del síndrome general de adaptación .....	80
FIGURA 16. Modelo procesual del estrés .....	83
FIGURA 17. Distribución de la muestra de exclusión social según el servicio que realiza la derivación .....	107
FIGURA 18. Procedimiento de derivación de la muestra de exclusión social .....	116
FIGURA 19. Procedimiento fase exploración muestra exclusión social.....	117
FIGURA 20. Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito económico en cada una de las muestras.....	126

<b>FIGURA 21.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito laboral en cada una de las muestras.....	128
<b>FIGURA 22.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito formativo en cada una de las muestras.....	129
<b>FIGURA 23.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario en cada una de las muestras.....	130
<b>FIGURA 24.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial en cada una de las muestraS .....	131
<b>FIGURA 25.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito relacional en cada una de las muestras.....	132
<b>FIGURA 26.</b> Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito ciudadanía y política en cada una de las muestras.....	133
<b>FIGURA 27.</b> Factores de riesgo disruptivos más representativos en cada una de las muestras .....	136
<b>FIGURA 28.</b> Modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de inclusión social .....	192
<b>FIGURA 29.</b> Modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión social .....	193
<b>FIGURA 30.</b> The model of psychosocial determinants of health in the process of social inclusion .....	199
<b>FIGURA 31.</b> The model of psychosocial determinants of health in the process of social exclusion.....	200

# LISTADO DE ABREVIATURAS

**AROPE:** *At Risk of Poverty and/or Exclusion*

**CAE:** Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

**CDSS:** Comisión de los Determinantes Sociales en Salud

**CRDSS-E:** Comisión Nacional para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

**DSS:** Determinantes Sociales de la Salud

**EBP:** Escalas de Bienestar Psicológico

**ECV:** Encuesta de Condiciones de Vida

**EPA:** Encuesta de Población Activa

**EPF:** Encuesta de Presupuestos Familiares

**EUROSTAT:** Oficina estadística de la Unión Europea

**GHQ 12:** Escala de Salud Mental de Goldberg

**IDESCAT:** Instituto de Estadística de Cataluña

**IG:** Coeficiente o índice de Gini

**MAC:** Método Abierto de Coordinación

**MDS:** Modelo de los Determinantes Sociales

**MUD:** Discurso de la Subclase Moral

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PHOGUE:** Panel de Hogares de la Unión Europea

**PIAISS:** Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria

**PINSAP:** Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública

**PLACI:** Planes de Acción Comunitaria Inclusiva

**PLISCT:** Plan Local de Inclusión y Cohesión Social del Ayuntamiento de Tarragona

**PNAIN:** Planes Nacionales de Inclusión Social

**PsP:** Psicología Positiva

**RED:** Discurso Redistribucionista

**SEKN:** *The Social Exclusion Knowledge Network*

**SID:** Discurso Integracionista Social

**TAE:** Trastorno de Ansiedad Social

**UE:** Unión Europea

# LISTADO DE CODIFICACIONES

AA: Autoaceptación  
AC: Actualización social  
AN: Autofocalización negativa  
AS: Aceptación social  
AU: Autonomía/ *autonomy*  
BA: Búsqueda de apoyo social  
CO: Coherencia social  
CP: Crecimiento personal  
CS: Contribución social  
DE: Dominio del entorno  
EA: Expresión emocional abierta  
EM: *Environmental mastery*  
EV: Evitación  
FS: Focalización en la solución del problema  
IS: Integración social  
M1: Muestra de personas en situación de inclusión social  
M2: Muestra de personas en situación de exclusión social  
NF: *Negative auto-focused coping*  
OC: *Ovoidance coping*  
OE: *Overt emotional expression*  
PG: *Personal growth*  
PL: *Purpose in life*  
PO: Positive relations with others  
PR: *Positive reappraisal*  
PS: *Problem-solving coping*  
PV: Propósito con la vida  
RE: Reevaluación positiva  
RG: Religión / *Religious coping*  
RP: Relaciones positivas  
SA: Salud autopercebida  
SC: *Social coherence*  
SC: *Social contribution*  
SE: *Social acceptance*  
SF: *Self-acceptance*  
SH: *Self-perceive health*  
SI: *Social integration*  
SS: *Social support seeking*  
ST: *Social actualization*

## RESUMEN

Esta tesis doctoral pretende investigar la forma en que diferentes factores de riesgo disruptivos, el bienestar psicológico, bienestar social y ciertos estilos de afrontamiento influyen en la salud autopercebida en personas en situación de inclusión y exclusión social. La finalidad última es identificar factores psicosociales que pueden convertirse en moduladores de salud en procesos de inclusión y exclusión social, para orientar políticas anticipatorias, reactivas o estratégicas para reducir las inequidades en salud.

Con este propósito se administraron diferentes cuestionarios para evaluar la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y conocer el manejo de diferentes estilos de afrontamiento en una muestra de 210 personas: 107 en situación de inclusión social y 103 en situación de exclusión social.

En primer lugar, se analizó hasta qué punto la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales permitían establecer un modelo predictivo sobre los factores de bienestar psicológico y social y los estilos de afrontamiento. Los resultados mostraron que la acumulación de factores de riesgo disruptivo en el ámbito sociosanitario y relacional influye de manera significativa en el bienestar psicológico y social y la acumulación en el ámbito residencial y formativo en el manejo de estilos de afrontamiento de tipo emocional.

En segundo lugar, se identificaron, mediante la prueba U de Mann-Whitney, qué diferencias significativas existían en ambas muestras en cada una de las variables del estudio. Los resultados mostraron diferencias significativas en todos los factores estudiados.

Finalmente, se evidenció qué factores de bienestar psicológico-social y estilos de afrontamiento podrían convertirse en moduladores saludables para mejorar los estados de salud y por ende la calidad de vida, tanto en procesos de exclusión social e inclusión social. Con los resultados obtenidos, se proponen dos modelos: modelo de determinantes sociales de salud en procesos de inclusión social y modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión social.

**Palabras claves:** inclusión social, exclusión social, salud autopercebida, bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.



## ABSTRACT

This doctoral thesis aims to investigate how different disruptive risk factors, psychological well-being factors, social well-being factors and certain coping styles influence self-perceived health in people in a situation of social inclusion and exclusion. The ultimate aim is to identify psychosocial factors that can become positive health modulators in processes of social inclusion and exclusion, in order to guide proactive, reactive or strategic policies to reduce health inequalities.

For this purpose, different questionnaires were administered to assess self-perceived health and psychological well-being, social well-being, and to learn about the management of different coping styles in a sample of 210 people: 107 cases in situations of social inclusion and 103 cases in situations of social exclusion.

Firstly, it was analyzed to what extent the accumulation of disruptive risk factors in different social environments allowed the establishment of a predictive model on psychological and social well-being factors and coping styles. The results showed that the accumulation of disruptive risk factors in the socio-health and relational fields has a significant influence on psychological and social well-being and the accumulation in the residential and training fields in the management of emotional coping styles.

Secondly, it was identified, through the Mann-Whitney U test, what significant differences existed in both samples in each of the variables of the study. The results showed significant differences in all the factors studied.

Finally, the results depict which dimensions of psychological-social wellbeing and coping styles could become healthy modulators to improve health status and therefore the quality of life. With the results obtained, two models are proposed: the model of social determinants of health in social inclusion processes and the model of psychosocial determinants of health in social exclusion processes.

**Key words:** social inclusion, social exclusion, self-perceived health, psychological well-being, social well-being, coping styles.



# **CAPÍTULO 1**

## **PRÓLOGO Y PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**



## 1.1 Motivación personal

Esta apasionante y titánica aventura es resultado de todos los conocimientos y reflexiones que he ido adquiriendo a lo largo de mi trayectoria personal y profesional. Mis principales referentes teóricos: Kurt Lewin, Jeremy Bentham, George Herbert Mead, Radcliffe-Brown, Urie Bronfenbrenner, Lev Vygotsky y Amartya Sen, han contribuido y forjado mi visión holística y ecológica, reflejada en los postulados de esta tesis.

Mi trayectoria académica se inició estudiando la Diplomatura de Educación Social, con la que adquirí habilidades y estrategias para fomentar la transformación de las personas mediante la concienciación, la participación y el acompañamiento individual, grupal y comunitario.

Mis inquietudes por la investigación y el conocimiento de la cultura en la sociedad, me animaron a adentrarme en el mundo de la Antropología Social y Cultural, que me aportó una visión más holística de la realidad y algunas claves para interpretarla bajo diferentes miradas: la “etic” y la “emic”.

Podría haber continuado haciendo algún máster en alguna disciplina de la Antropología, pero la Psicología Social siempre me había atraído y pensé que podría adquirir una nueva dimensión en mi trayectoria académica, puesto que la Psicología Social, como rama de la Psicología, parte del supuesto de que hay procesos de carácter psicológico que determinan la manera como funciona la sociedad y la forma en que tiene lugar la interacción social.

Estudiar el máster en Intervención Psicosocial en la Universidad de Barcelona, dentro del itinerario de investigación, me proporcionó los conocimientos epistemológicos, metodológicos y técnicos básicos en el campo de la investigación y la innovación necesarios para iniciar mis estudios de doctorado.

El año 2012, durante el PRÁCTICUM del máster, tuve mi primer contacto con el grupo de investigación METODOLO, del Departamento de Psicología de la Universitat Rovira i Virgili. Durante un año, estuve colaborando con varios proyectos e investigaciones. A pesar de que me gustara la experiencia en investigación dentro de la universidad, me inquietaba mucho más adentrarme de pleno en el mundo social y hacer trabajo de campo. Aun así, no perdí el contacto con el grupo y más adelante me animé a matricularme en el programa de doctorado de Psicología, Psiquiatría y Salud.

Estuve trabajando tres años como coordinadora del Centro Abierto de Infancia y Adolescencia en dos barrios de la ciudad de Tarragona. Fue allí donde empecé a trabajar con niño/as, adolescentes y sus familias en situación de riesgo y exclusión social. Día a día me daba cuenta de las fuertes necesidades de apoyo psicosocial y emocional que tenían estos niños, adolescentes y familias, y me hizo reflexionar sobre el tipo de intervención que se estaba ofreciendo desde los servicios sociales para atender esta necesidad y sobre si éramos suficientemente conscientes del papel que se ejercía o que tendría que ejercer en la promoción del bienestar y en la calidad de vida.

Hace cinco años obtuve la plaza como técnica en el Plan Local de Inclusión y Cohesión Social del Ayuntamiento de Tarragona (PLISCT). Los Planes Locales de Inclusión y Cohesión Social de Cataluña se crearon como instrumentos para dotar a la organización municipal de herramientas para concretar y articular políticas de inclusión y de lucha contra la pobreza. Este nuevo trabajo me ha hecho asumir la responsabilidad de trabajar en el diseño de nuevas políticas de inclusión y cohesión social, dejando atrás los enfoques tradicionales, para situarnos en escenarios más transversales, procesuales y comunitarios.

El trabajo durante años, en un equipo de planificación estratégica me ha llevado a preguntarme si los recursos y servicios que se ofrecen van acorde con las necesidades de los nuevos perfiles de personas en riesgo de exclusión social y si los modelos de atención e intervención social favorecen la superación de las situaciones de exclusión social para ubicar nuevamente a las personas en la zona de integración-inclusión social.

El año 2016, me ofrecieron la oportunidad de adentrarme en el grupo de trabajo de los Determinantes Sociales de la Salud de la región sanitaria del *Camp de Tarragona*. La participación en el mismo me acabó de abrir la perspectiva y me hizo ver la necesidad de articular la relación entre la exclusión social y los efectos en la salud, el bienestar y la calidad de vida.

A partir de aquí, y conociendo, por un lado, la nueva orientación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña con la apuesta del PINSAP para articular una atención social y sanitaria mediante la gestión compartida de casos entre los servicios sociales y los centros de atención primaria de salud; y por otra parte, sabiendo que desde el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias recientemente se están implementando, los Planes de Acción Comunitaria Inclusiva (PLACI), nació mi inquietud y el planteamiento de esta investigación.

Una investigación que pretende dar continuidad a la línea de investigación abierta sobre la perspectiva salutogénica de la salud y los diferentes modelos teóricos de los Determinantes Sociales de Salud y poner de manifiesto qué factores psicosociales pueden ser moduladores en los estados de salud tanto en procesos de inclusión y exclusión social. El primero lugar, para poder orientar políticas anticipatorias que puedan mejorar los estados de salud en personas en situación de inclusión social y, en segundo lugar; poder implementar políticas reactivas o estrategias para reducir las inequidades sanitarias de los grupos más vulnerables.

## 1.2 Presentación y propuesta de investigación

Durante las últimas décadas ha habido un incremento exponencial en el número de familias abocadas a saborear el gusto amargo de la pobreza y la exclusión social. Las diferentes transformaciones sociales y económicas que han surgido en nuestras sociedades han hecho emerger nuevas necesidades sociales, acentuando los procesos de vulnerabilidad social y diversificando los perfiles en riesgo de exclusión social. Beck (1992) ya había anunciado que, en las sociedades occidentales del siglo XXI, las fronteras de la exclusión social serían altamente móviles y fluidas y afectarían cada vez a más a personas y grupos sociales.

En la misma línea Castel, (1991) afirmaba que no se puede continuar entendiendo la exclusión social como un proceso predeterminado a unos colectivos concretos; más bien al contrario, los procesos de exclusión social pueden acontecer de forma aleatoria, según el grado de vulnerabilidad frente a dinámicas de inclusión y exclusión social.

Basándonos en la teoría del conductismo ecológico, y reconociendo el carácter procesual y la noción estructural de la exclusión social, entendemos la exclusión social como un proceso en la trayectoria de vida, motivada por rupturas (factores de riesgo disruptivos) en los diferentes ámbitos de la vida (laboral, formativo, relacional, sociosanitarios...), una transición que puede adoptar diferentes manifestaciones en función de la experiencia, del ciclo de vida y de las oportunidades de las personas (Diputació de Barcelona, 2012).

Según afirma Subirats (2004), situarse en trayectorias de exclusión social, posiciona a la persona al margen de la sociedad, donde el individuo no puede participar de forma plena en ella en virtud de su condición de pobreza, o por falta de capacidades básicas u oportunidades. El conjunto de desventajas sociales que la persona acumula en la trayectoria de exclusión social, viene determinado por una suma de acontecimientos vitales claves que se convierten o en oportunidad o en obstáculo. Creemos que la manera como la persona se adapte a las nuevas situaciones y el conjunto de recursos psicosociales de que disponga, serán concluyentes para revertir o empeorar la situación de vulnerabilidad y a su vez en los estados de salud.

En el último siglo, ha crecido el número de estudios que evidencian cómo la salud y el bienestar de las personas, está estrechamente relacionado con las circunstancias sociales y económicas. La literatura científica demuestra cómo la estructura jerárquica y la posición social determinan la prevalencia de enfermedades y problemas de salud; las personas que se posicionan en las jerarquías sociales más bajas presentan mayores tasas de mortalidad, niveles de salud más bajos y mayor riesgo de manifestar desajustes

psicológicos (Borrell y Benach, 2003; Marmot y Wilkinson, 2001; Colomer y Álvarez-Dardet, 2000).

Pesa a que no se puede afirmar que la pobreza ni la exclusión social pueden convertirse por sí mismas en enfermedades, sí que es necesario reconocer su sintomatología ecológica en los estados de salud. En este estudio, nos hemos basado en el modelo sociopsicológico (López de Roda y Sánchez, 2001) y en el modelo creado en 2008 por *The Social Exclusion Knowledge Network* -SEKN- [Red de conocimiento sobre Exclusión Social], para evidenciar la relación que se establece entre exclusión social y desigualdades en salud.

Desde la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el interés en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ha aumentado significativamente y se vienen reconociendo las desigualdades sociales como factores determinantes en la salud de la población más desfavorecida y se evidencia la necesidad de reducir las inequidades sociales en salud.

A nivel europeo, se aprobó un marco político para la acción gubernamental y social en promoción y protección de la salud, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud en los diferentes países (Europa Health, 2020). A nivel estatal, en octubre del 2008 la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E), y con ella se articuló la Estrategia Nacional de inequidades en salud en España. A nivel autonómico, se crea el Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP 2017-2020), cuya misión es enmarcar políticas públicas saludables y desarrollar iniciativas determinadas de promoción y de protección de la salud, particularmente dirigidas a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Esta investigación, fundamentada en la perspectiva de la psicología positiva, pretende identificar no sólo factores de riesgo, sino también aquellos factores protectores de la salud que pueden convertirse en recursos resilientes para mejorar los estados de salud (Casulla y Castro Solano, 2000). Para ello, este estudio se basó en el modelo multidimensional del bienestar psicológico y del bienestar social, con el fin de identificar recursos psicosociales y cognitivos de salud mental positiva (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000; Casas y Aymerich, 2005). En este abordaje también se sigue el modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1984), como marco de comprensión estratégica de las conductas de los sujetos en su medio a la hora de afrontar y resistir las consecuencias que generan las situaciones de estrés.

Bajo esta perspectiva se plantea el siguiente esquema de investigación (véase figura 1).



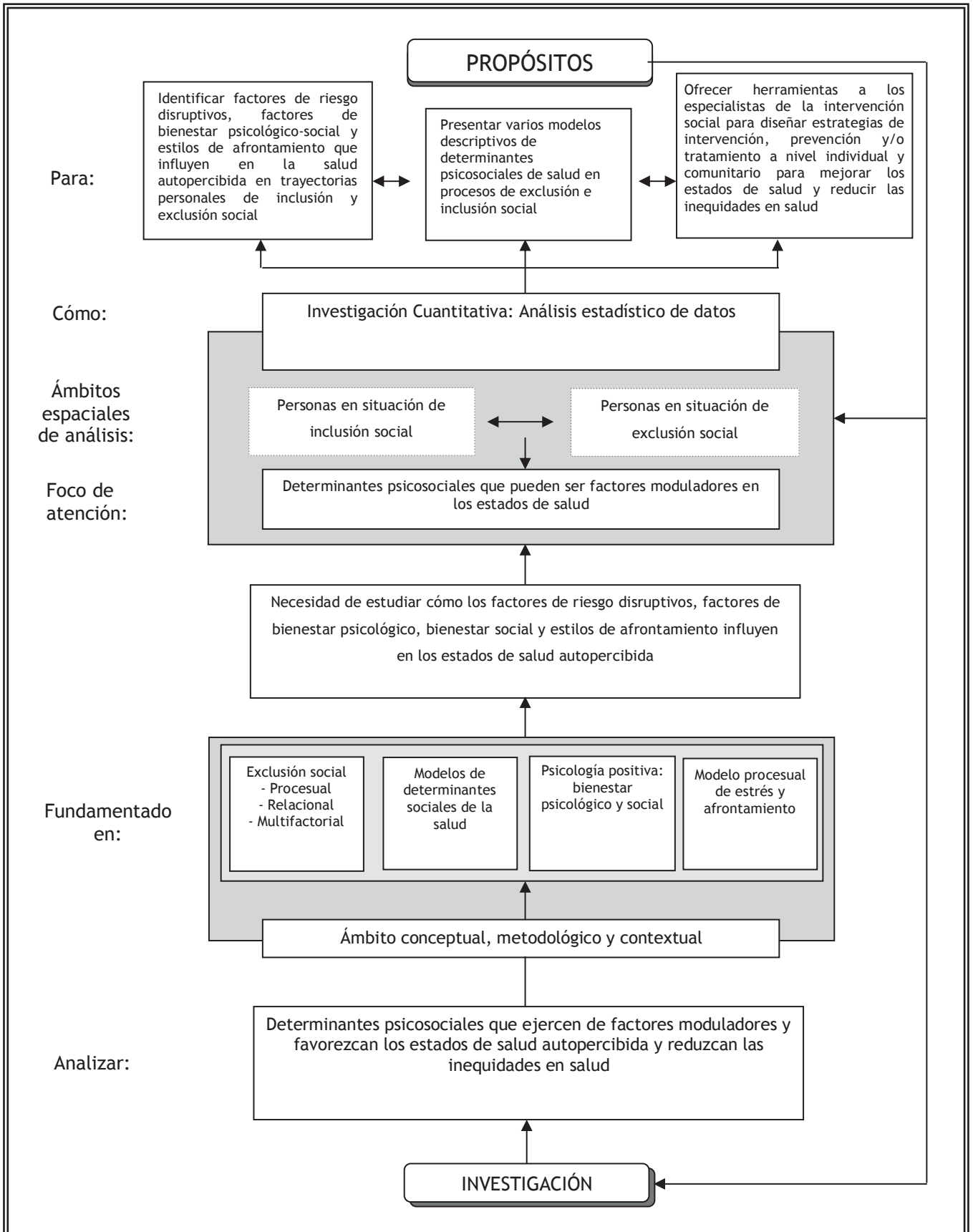


Figura 1. Esquema de la investigación

### **1.3 Estructura de la tesis**

La tesis está dividida en dos partes, en la primera parte se expone el marco teórico que sustenta la investigación. En el primer apartado del mismo, se hace un repaso sobre el concepto de exclusión e inclusión social, su medición y las nuevas orientaciones en las políticas públicas. En un segundo, se exponen los postulados sobre la Psicología positiva profundizando en las bases del bienestar psicológico y social y finalmente se encuadra la teoría sobre el afrontamiento y su incidencia en los estados de salud.

En segundo orden aparece la parte empírica de la tesis. Primeramente, se exponen los objetivos y las hipótesis de la investigación. Seguidamente, se describe la población y la muestra del estudio, y se detallan las variables y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados. En un tercer apartado se presentan las estrategias de rigor científico utilizadas y se describe de forma detallada las fases del proceso de investigación llevado a cabo. Para cerrar este bloque, se define el procedimiento del análisis y se exponen los resultados obtenidos del análisis estadístico.

Una vez expuestos los resultados obtenidos, en el apartado de las discusiones, se procede a contrastarlos con los resultados de otros autores, para finalmente poder exponer las conclusiones encontradas en esta investigación.

Finalmente, con los resultados obtenidos y las conclusiones encontradas, se apuntan algunas futuras líneas de investigación y se detallan algunos planes de acción previstos a futuro.

# **CAPÍTULO 2**

## **INTRODUCCIÓN TEÓRICA**



## 2.1 Procesos de inclusión y exclusión social

### 2.1.1 Definición y limitaciones conceptuales: exclusión social

El Estado del Bienestar irrumpe durante el siglo XX, como aquel conjunto de instituciones públicas proveedoras de políticas sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y a promover la igualdad de oportunidades de los ciudadanos y ciudadanas (Moreno, 2002). Lejos de lo que tenía previsto el fordismo inclusivo, en las últimas décadas, se han agravado las situaciones de desigualdad y ha surgido un nuevo contexto en el que los procesos de inclusión y exclusión social acontecen más difusos y complejos (Hernández - Pedreño, 2008).

Los indicadores macroeconómicos actuales han creado nuevos escenarios de desigualdades sociales y han abocado a muchas familias a situaciones de exclusión social. En el 2018 la tasa de población en riesgo de pobreza o exclusión social en Cataluña era del 24,7% y en España del 26,1%, porcentajes mucho más elevados a la media de la Unión Europea (21,7%). Tras la crisis de la COVID-19, empiezan a haber evidencias de que la pobreza y la exclusión social irrumpirán en nuevos perfiles sociales y de que las personas que ya se encontraban en situación de vulnerabilidad o exclusión social verán que su situación se agravará mucho más (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social, 2020).

Las principales causas de la aparición de las nuevas formas de desigualdad se producen a raíz de los cambios acontecidos en la esfera macrosocial, en el mercado de trabajo y en las políticas implementadas por el Estado del Bienestar a finales del siglo XX (Brugué, Gomà y Subirats, 2002; Laparra; Obradors; Pérez-Eransas; Sarasa; Renes; Pérez-Yruela; Subirats y Trujillo, 2007; Subirats, 2004; Subirats y Gomà, 2003). Fue en este nuevo escenario de las estructuras macroeconómicas, donde surge el concepto de exclusión social como respuesta a la transformación estructural de las sociedades capitalistas; fruto de la globalización económica, los adelantos tecnológicos y el replanteamiento de elementos de la estructura social (Hernández-Pedreño 2008).

La exclusión social como concepto, aparece de la mano de Lenoir (1974), en su obra pionera *Les exclus. Un français sur dix*. Este nuevo concepto tenía que convertirse en una alternativa al concepto de pobreza y superar la visión caritativa enquistada. También pretendía introducir orientaciones emergentes basadas en nuevos conceptos como: la identidad, los sentimientos de pertinencia y la participación en el seno de la sociedad (Lemkow, Tejero y Torrabadella, 2000).

Sin embargo, la noción de exclusión social se ha mantenido bastante ambigua, variando en función de las disciplinas académicas en que se trabaja, de las corrientes ideológicas y de los contextos culturales e institucionales desde los cuales se aplica.

La exclusión social es un concepto y un fenómeno aún en construcción y reconstrucción por las ciencias sociales (Brugué, Gomà y Subirats, 2002; Raya, 2005). La prueba está en la gran dispersión que existe todavía en las acepciones y discursos sobre la exclusión social, que vislumbran varias realidades para un mismo proceso. Hasta hace bien poco, se identificaba el concepto de exclusión social con el de pobreza. Era común utilizar el concepto de pobreza para definir cualquier situación de carencia de recursos materiales suficientes para atender a las necesidades básicas.

Tezanos (2004) definió la pobreza como el “fenómeno que tiene que ser abordado desde parámetros objetivables que reflejan carencias de elementos materiales y que afectan a las condiciones mínimas para poder vivir” (p.16).

Jiménez (2008) a partir de los postulados de Tezanos (2004), estableció una comparación entre los términos de pobreza y exclusión social, afirmando que, aunque ambos pueden tener aspectos comunes, no necesariamente se deberían de considerar sinónimos (véase tabla 1).

**Tabla 1.** Diferencia entre los términos de pobreza y exclusión social (Jiménez, 2008: 176)

CATEGORÍAS	POBREZA	EXCLUSIÓN SOCIAL
Dimensiones	Unidimensional (económico)	Multidimensional (aspectos laboral, social, relacional, vivienda...)
Carácter	Personal	Estructural
Situación	Estado	Proceso
Distancia social	Arriba-Abajo	Dentro-Fuera
Tendencia social asociada	Desigualdad	Dualidad y fragmentación social
Noción	Estática	Dinámica
Momento histórico	Sociedad industrial/tradicional	Sociedad postindustrial/postmoderno
Afectados	Individual	Colectivos sociales

En la actualidad, numerosos expertos afirman que las estructuras organizativas y las transformaciones sociales, son cada vez más complejas y es imposible entenderlas desde una visión meramente economicista. Se apela, pues a utilizar en nuestro contexto de transformación social el concepto de exclusión social (Peace, 2001; Subirats, 2004).

Para Raya (2004), el concepto de exclusión social ampliaría al de pobreza:

al no considerar únicamente la dimensión económica del problema, sino también la pérdida del vínculo social. Este concepto expresa una manera de estar en la sociedad, que no viene definida por lo que la persona es (identidad) sino por lo que carece, por lo que ha perdido, o nunca ha tenido. Así la situación de exclusión tiende a ser definida por aquello de lo que se está excluido, es decir, el nivel de vida y los derechos sociales propios de la sociedad de pertenencia (p.3).

Aun así, no podemos olvidar la intersección existente entre ambos conceptos, ya que a menudo se afirma que la pobreza es, casi siempre, la forma en la cual se manifiesta la exclusión social (Hernández-Pedreño, 2008; Tezanos, 1998).

Aunque no hay unanimidad en torno al concepto de exclusión social, en estos últimos años, se ha avanzado en un consenso sobre su definición:

Laparra et al. (2007) defiende la exclusión social como:

un proceso de alejamiento progresivo de una situación, donde se pueden distinguir varios estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad hasta las situaciones de exclusión social más graves. Situaciones en las cuales se produce un proceso de acumulación de barreras o riesgos en diferentes ámbitos (laboral, formativo, sociosanitario, económico, relacional y de vivienda), por un lado; y de limitación de oportunidades de acceso a los mecanismos de protección, por otro (p.29).

Entender el concepto de exclusión social remite a su concepto antónimo: la inclusión social. Según Subirats (2004), la inclusión se entiende como el acceso en igualdad de condiciones y de oportunidades a los servicios, recursos y espacios necesarios para el desarrollo personal y colectivo, así como a la plena participación del individuo en la vida económica, social y política.

Este mismo autor cree que la integración de los individuos en la sociedad está condicionada por la participación en tres ejes que se relacionan entre sí: mercado productivo, espacio de la ciudadanía y espacio relacional. La carencia de participación

en algunos de estos espacios representa una dimensión de exclusión social. En otras palabras, significaría que para que una persona se identifique como incluida, esta debiera participar activamente en cada uno de los tres espacios:

- Dentro del mercado productivo y reproductivo: reconoce las actividades básicas de trabajo y las del mercado de consumo.
- Dentro de espacio de la ciudadanía: es el eje que incorpora la dimensión política de lo individual y hace referencia al acceso y reconocimiento de sus derechos sociales y la garantía de los mismos.
- Dentro del espacio relacional y de los vínculos sociales: hace referencia a las relaciones de reciprocidad que se despliegan en el marco de la familia y las redes sociales.

Al igual que con la exclusión social, tampoco existe un consenso en la definición del concepto de inclusión social, pese a que en la mayoría de ocasiones se relaciona como un concepto multidimensional donde la falta de representación social y la participación social se convierten en dos de sus componentes principales (Behrman, Gaviria y Szekely, 2003).

A pesar de la complejidad de estos dos conceptos, hasta el momento cuando se orientan las políticas de inclusión, éstas se focalizan más en las necesidades y carencias y, por ende, en los procesos de exclusión social. Es por esta razón, por la cual en la bibliografía se encuentran mayormente autores que han profundizado más en el concepto de exclusión social que en los procesos de inclusión social.

Aunque ya se ha hablado de la complejidad del término de exclusión social, existe un acuerdo a la hora de identificar las principales características de la exclusión social como: dimensión estructural, carencia de participación social, dimensión subjetiva, multidimensional o multifactorial, procesual y dinámica (Jiménez, 2008; Subirats, 2004).

Subirats (2004) afirma que la exclusión social tiene una dimensión estructural puesto que expresa la configuración de las desigualdades en el contexto actual de transición hacia la sociedad del conocimiento. Este autor reconoce que dichas fracturas del tejido social dan lugar a una nueva escisión social en términos de “dentro/fuera”. En el Libro Verde de la Comisión Europea (2001) también se hace especial hincapié en el concepto de la exclusión social desde una visión estructural. Se entiende como un proceso que

excluye a ciertos grupos de la población por no insertarse en el sistema global. El problema no reside tan solo en las disparidades entre los más favorecidos y los más desfavorecidos de la escala social, sino también en la diferencia entre quienes tienen un lugar en la sociedad y los que están excluidos de ella.

Otra característica, es reconocer el concepto de exclusión social como ruptura del vínculo social, derivada de una carencia de participación social. La exclusión se relaciona con el concepto de ciudadanía en la medida en que el estatus de ciudadano permite el acceso a los derechos civiles, a la política y a las esferas sociales y garantiza el derecho a la participación social y a la igualdad.

De este modo, tal como afirma Hernández-Pedreño (2008) la situación de exclusión social viene determinada por una desigualdad de la persona respecto a la sociedad en la que vive, que es consecuencia de la imposibilidad de acceder a determinados derechos sociales.

En este sentido, según Clert y Wodon (2001), la exclusión social es un proceso a través del cual los grupos sociales son excluidos de manera absoluta o parcial de la participación en la sociedad.

Tampoco se debe obviar la incidencia de los factores individuales y la dimensión subjetiva, relacionados con la atribución del sentido de la propia situación de precariedad, vulnerabilidad o exclusión social (Hernández-Pedreño, 2008). En la misma línea, Raya (2004) afirmaba que delante de situaciones de precariedad o vulnerabilidad los sujetos actúan según los recursos personales que tiene disponibles.

Laparra et al. (2007), en su conceptualización, integran la idea de la carencia de oportunidades y de la acumulación de factores de riesgo y definen la exclusión social como un proceso de aislamiento progresivo de una situación de integración social en la que pueden distinguirse diferentes estadios en función de su intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad hasta llegar a situaciones de exclusión.



Subirats (2004) definió el término de exclusión social como:

Aquella situación concreta fruto de un proceso dinámico y de acumulación, superposición y/o combinación de varios factores de desventaja o vulnerabilidad social que puede afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa para acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción socio comunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social (p.19).

La exclusión social no se puede explicar por una sola causa porque se constituye como un fenómeno poliédrico, formado por un cúmulo de circunstancias relacionadas entre sí. La característica de multidimensional o multifactorial para definir la exclusión social surge de la necesidad de comprender como interactúan las diversas dimensiones (económica, laboral, formativa, sociosanitaria, residencial, política y territorial) y como estas interacciones, mantienen o conducen a la persona en situación de desventaja social a través de un proceso acumulativo de factores de riesgo o de integración (véase Tabla 2).

**Tabla 2.** Principales factores de exclusión social e integración social en los diferentes ámbitos

ÁMBITO	FACTORES DE EXCLUSIÓN SOCIAL	FACTORES DE INTEGRACIÓN	EJES DE DESIGUALDAD SOCIAL
ECONÓMICO	Ingresos insuficientes Carencia y/o dependencia de Seguridad Social y prestaciones sociales Ingresos irregulares Pérdida de ingresos Endeudamiento Consumismo	Buen nivel de ingresos Ingresos regulares Fuentes de ingresos diversa Cobertura de la Seguridad Social	SEXO EDAD ETNIA/LUGAR DE NACIMIENTO
LABORAL	Paro Subocupación Dificultad para encontrar trabajo Precariedad laboral Falta de experiencia laboral Sin cualificación laboral	Trabajo fijo indefinido Estabilidad laboral Experiencia laboral Cualificación laboral	
FORMATIVO	Barrera idiomática Analfabetismo o baja cualificación Analfabetismo tecnológico Sin escolarizar Fracaso escolar Abandono en el sistema educativo sin titulación académica	Dominio de lenguas extranjeras Nivel de instrucción alto Formación continua Dominio de las nuevas tecnologías de la información y comunicación	
SOCIAL Y SANITARIO	Sin acceso al sistema y a los recursos sociosanitarios básicos Adicciones y enfermedades Enfermedades infecciosas Trastorno mental Discapacidad Enfermedades crónicas	Cobertura de servicios sanitarios Buen estado de salud	
RESIDENCIAL Y ESPACIAL	Carencia de vivienda habitual Dificultades para acceder a una vivienda Vivienda con infraestructuras deficientes Vivienda en zonas o barrios marginales o zonas rurales aisladas Entorno residencial marginal	Vivienda propia Vivienda con infraestructuras adecuadas	
PERSONAL	Discapacidad y/o dependencia Hándicaps personales Alcoholismo, drogadicción Antecedentes penales Maltrato Motivación y actitudes negativas Victimismo, pesimismo y fatalismo Exilio político, refugiados/das	Capacidad e iniciativas personales Habilidades personales valoradas socialmente Motivaciones fuertes Optimismo y fortalecimiento Facilidad en el trato personal	
SOCIAL Y RELACIONA	Carencia y/o deterioro de los vínculos familiares (conflictos o violencia intrafamiliar) Debilitamiento de redes familiares Carencia y/o debilitamiento de redes sociales de apoyo Aislamiento	Apoyo familiar Intensa red social de amistades y de relaciones sociales Pertinencia a asociaciones Integración territorial	
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN	No acceso a la ciudadanía Acceso restringido a la ciudadanía Privación de derechos por procesos penales No participación política ni en la Sociedad	Participación de los derechos y las libertades básicas, relacionadas con su bienestar	

Fuente: Jiménez (2008:182)

Trouillot (2000) señala que la exclusión social también puede ser explicada por un concepto de causa circular puesto que hace referencia a una situación caracterizada por la influencia recíproca de factores, donde las relaciones causa-efecto adoptan varias formas y se van retroalimentando desde un área de influencia a otra. Es decir, no existe ninguna secuencia simple o predeterminada de acontecimientos, así como tampoco hay ninguna orientación necesaria de causalidad.

Por lo tanto, se puede afirmar que el concepto de exclusión social es dinámico porque no se debe de entender como un fenómeno estático ni errático. La exclusión social como componente dinámico, va en consonancia con la naturaleza cambiante y multidimensional de los problemas sociales. La exclusión social acontece como un reflejo de los procesos de cambio que dan lugar a nuevos modelos de estratificación social (Alonso, 1999; Beck, 1992; Tezanos, 1998).

Carr y Chen (2004) argumentan que una de las principales características de la exclusión social es que es procesual. Es decir, que la exclusión social, en sí misma, es un proceso o un mecanismo causal más que un estado o un resultado. En la misma línea, Brugué, Gomà y Subirats (2002) aseveran que la exclusión y la inclusión social no pueden entenderse como una simple dicotomía debido a la existencia de varios procesos de exclusión e inclusión que actúan frecuentemente de forma simultánea sino, más bien, como un círculo vicioso entre patrones de pobreza que dan lugar a procesos de exclusión-inclusión.

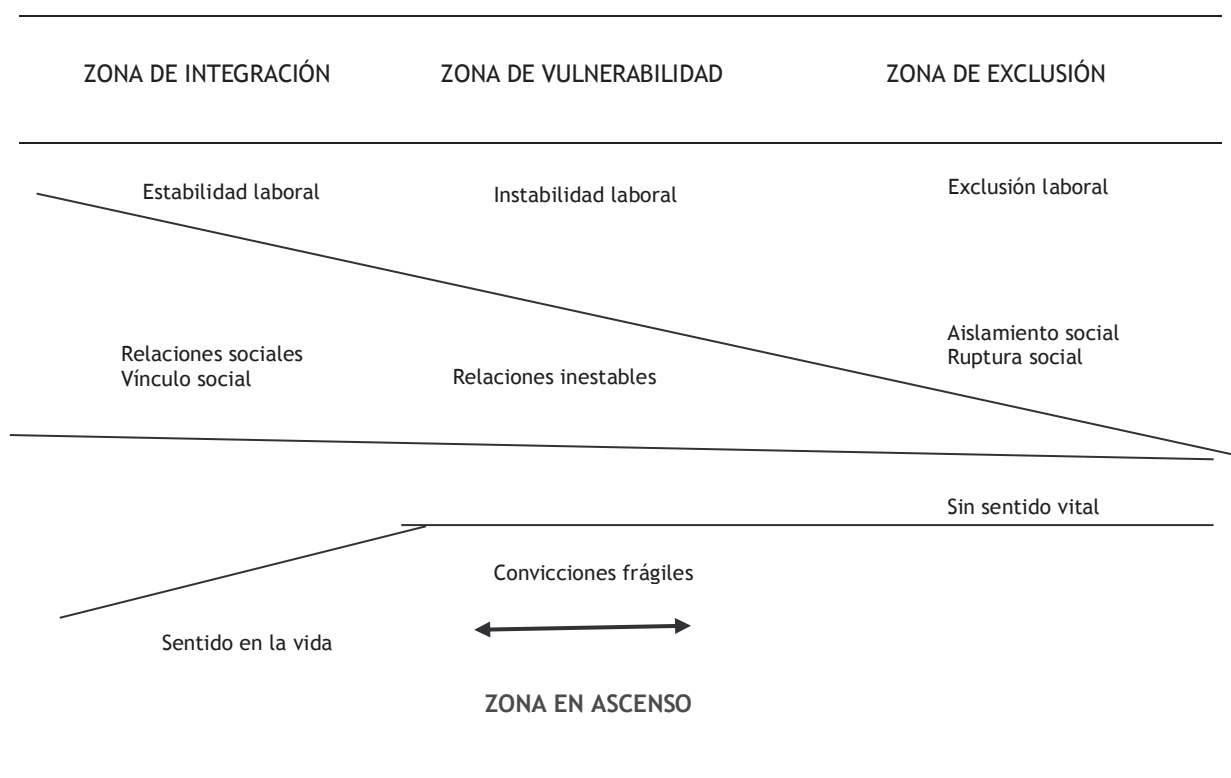
El carácter procesual de la exclusión, fue defendido por Castel (1991) cuando analizó esta idea de proceso en la vida social y distinguió un determinado número de zonas que conforman un continuum entre trayectorias de inclusión y exclusión social. Según su concepción, los individuos bascularían de unas zonas a otras en un proceso constante entre una zona de integración y una zona de exclusión:

- La zona de integración, seguridad o estabilidad, corresponde a la situación típico-ideal de la población con trabajo y protección social asegurados y con una sólida relación familiar y vecinal. Aunque en este grupo existen grandes desigualdades sociales y realidades diferentes, estas no suponen una amenaza para la estabilidad social.
- La zona de vulnerabilidad, precariedad o inestabilidad, se caracteriza por la fragilidad, la inseguridad de las relaciones laborales precarias y la inadecuación de los apoyos familiares y sociales.

- La zona de exclusión o marginación implica la retirada del mundo laboral, la ausencia de cualquier tipo protección social y el aislamiento social. Las personas de este grupo sufren las formas más extremas de pobreza y exclusión social, carencia de acceso a las formas normalizadas de participación social. En la mayoría de ocasiones, se encuentran incapaces para salir por si mismas de esta situación.

Este mismo autor afirmó que el conjunto de rupturas vitales (*disruptions*) que se generan durante el ciclo de vida y la manera en cómo estas se afronten, es lo que comporta estados de mayor riesgo y situaciones de irreversibilidad en los diferentes estados.

Juárez y Renes (1995), también reconocieron como en el proceso de dualización entre la zona de integración y exclusión, se yuxtaponen y se retroalimentan según la posición en el mercado laboral, según el soporte social del que disponga y del sentido que la persona le otorgue a la vida (véase figura 2).



**Figura 2.** Zonas de la vida social (Juárez y Renes, 1995: 117)

Son diferentes autores los que han profundizado y definido distintos estadios o zonas de exclusión, en función de la vulnerabilidad a la que se ven expuestas las personas en diversos momentos de su vida. En la mayoría de ellos se entrevé que las fronteras que conforman la exclusión son móviles y cambiantes, y se vislumbran índices de riesgo en función de la conformación social y de las circunstancias personales (Paugam, 2007; Pérez, Rodríguez y Trujillo, 2002; Tezanos, 2002).

Según lo planteado anteriormente, es necesario explicitar en esta revisión la importancia de reconocer que no existe un patrón fijo de personas o colectivos excluidos ni de factores de exclusión social, sino más bien admitir que el binomio entre inclusión-exclusión social se genera a partir de una combinación entre factores de exclusión social en los diferentes ámbitos y ejes de desigualdad. Esta amalgama de condicionantes, da lugar a “perfiles”, “trayectorias” y “procesos” de exclusión social (Diputació de Barcelona, 2012; Subirats, 2004).

## 2.1.2 Hacia un nuevo modelo de políticas inclusivas y de participación comunitaria

El Estado de Bienestar irrumpe en el siglo XIX como principal institución ejecutora de políticas sociales de bienestar, dirigidas a mejorar las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de oportunidades de sus ciudadanos (Levitas, 2007).

No hay duda que, con la implementación del Estado de Bienestar, se produjo un desarrollo económico y social en todos los ámbitos, dando lugar a políticas de protección y de promoción social que fueron mejorando las condiciones de vida de las personas. Pero lejos de lo que tenían previsto los ideales del modelo de bienestar, cada vez más se ha ido acentuado el riesgo en las desigualdades sociales y se ha incrementado el número de personas abocadas a situaciones de pobreza y exclusión social. Bryne (1999) reconoce y expresa abiertamente que estamos desde hace años en un tambaleo inseguro de los Estados de Bienestar que hacen resurgir nuevos discursos neoliberales que cuestionan los modelos actuales.

No fue hasta el año 2000, cuando el Consejo Europeo reunido en Lisboa consideró explícitamente que era inaceptable el número de personas que vivían en la Unión Europea (UE) bajo el umbral de pobreza y eran excluidas socialmente. Con este telón de fondo se comenzó trabajar en nuevas orientaciones para la promoción de la inclusión social y la justicia social y en impulsar medidas por la lucha contra la exclusión social.

Se solicitó que los estados miembros y la Comisión Europea adoptaran medidas destinadas a eliminar la pobreza antes del 2010. De allí, surgió la estrategia de Lisboa, que estableció como objetivo convertir a la UE en una economía basada en el conocimiento, más competitiva y dinámica, capaz de conseguir un crecimiento económico sostenible, con más y mejores puestos de trabajo y una mayor cohesión social.

Con el fin de favorecer la consecución de este objetivo y, como método para incrementar la cooperación de los Estados de la Unión en el campo de la inclusión social, el Consejo Europeo de Lisboa acordó que estas políticas tenían que basarse en el Método Abierto de Coordinación (MAC), que consiste en establecer procesos de coordinación de todos los Estados miembros a partir del reconocimiento de las especificidades territoriales.

A raíz de la crisis económica y social del 2008, en el conjunto de la UE-27, se demostró que había 78 millones de personas viviendo en riesgo de pobreza y las previsiones no eran muy favorables para los siguientes años. Dos años más tarde, en plena crisis económica y social

Europea, el Parlamento y el Consejo Europeo declararon el 2010 como: “el año europeo por la lucha contra la exclusión social” y se adoptó una nueva estrategia: Europa 2020.

Europa 2020 es la estrategia de crecimiento de la Unión Europea para la década 2010-2020 que tiene como finalidad no solo superar la crisis que continuaban afectando a nivel económico, sino también enmendar los defectos del modelo de crecimiento y crear las condiciones propicias para un tipo de crecimiento diferente, más inteligente, sostenible e integrador. Esta estrategia tenía que permitir en la Unión Europea conseguir un crecimiento a través del desarrollo del conocimiento y de la innovación; un crecimiento sostenible, basado en una economía más verde, más eficaz en la gestión de los recursos y más competitiva; y un crecimiento integrador, orientado a reforzar la ocupación, la cohesión social y territorial. En concreto, en relación contra la lucha contra la pobreza y la exclusión, fue en esta estrategia donde se planteó como objetivo esencial reducir, al menos, 20 millones el número de personas en situación o riesgo de pobreza y exclusión social.

Con esta misma lógica, desde el 2001, en España se han ido elaborado diferentes Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAIN). En ellos se establecen una serie de medidas destinadas a corregir o ajustar los planteamientos iniciales y facilitar así una mayor convergencia de las políticas públicas de los estados miembros en materia de inclusión social. El más reciente de estos planes es el PNAIN 2013-2016. Este plan pretende dar respuesta a las necesidades derivadas de la pobreza y la exclusión social que se han visto acentuadas en el periodo de crisis económica. La política de inclusión y cohesión social en Cataluña empezó con el primer Plan para la Inclusión y la Cohesión Social (2006-2009) que nació de la reformulación del Plan Integral de la Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (1995-2000), actualizado por el Plan Acción para la Inclusión y la Cohesión Social (2012-2013) y el Plan de Acción para la lucha contra la Pobreza y para la Inclusión en Cataluña (2015-2016). No obstante, los resultados en materia de Bienestar Social y la mejora en la gestión de los servicios y prestaciones sociales no han logrado la eficacia, la eficiencia y la calidad de las estructuras administrativas para favorecer una política pública de inclusión social real. Por el contrario, se demandan nuevas formas de replantear los procesos de exclusión social reorientados más en la promoción de la participación y de los sistemas de gobernanza (Pastor, 2015).

Según Subirats y Gallego (2011) aún hoy en día persiste en el imaginario colectivo la percepción tradicional asistencial y benéfica de los servicios sociales, asociados a la pobreza económica y a grupos de riesgo. Fantova (2015) expone que se requiere de una estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los servicios sociales orientados en la

promoción de la interacción y de la dimensión relacional desde el enfoque comunitario (protegiendo y promoviendo autonomía e integración, mejorando la calidad de vida de las personas, estimulando las relaciones primarias y optimizando el uso de los recursos y capacidades personales, familiares y comunitarias). Se trata de una nueva consciencia y de aceptar que estamos delante una reconceptualización de los servicios sociales y de nuevas orientaciones epistemológicas que plantean una nueva lógica de políticas públicas en materia de inclusión social (véase tabla 3).

**Tabla 3.** Nueva lógica de las políticas en el ámbito social

LÓGICA TRADICIONAL	LÓGICA INNOVADORA
Individual	Prospectiva Comunitaria
Asistencial	Promoción de autonomía y empoderamiento
Unicausal	Multidimensional
Reactiva	Proactiva (estratégica)
Orientada a las consecuencias	Orientadas a las causas
Segmentación vertical	Perspectiva multinivel y transversal
Separación público-privado	Participación de agentes privados
Homogeneizadora	Orientadas al territorio
Inversión privada	Inversión social
Innovación empresarial	Innovación social

Fuente: Diputació de Barcelona (2012: 32)

Bajo este planteamiento teórico, debe abordarse la inclusión y la cohesión social desde una perspectiva integral que ponga de relieve las cuestiones en el ámbito de la ciudadanía y la promoción comunitaria. Fantova (2015) expone que la perspectiva comunitaria debe de adquirir un valor especial estratégico para la innovación en servicios sociales, y en general, en la acción pro bienestar y en las políticas sociales. La acción comunitaria inclusiva se establece como un nuevo modelo de intervención social que busca de manera intencionada y planificada desarrollar las potencialidades de las personas a partir de procesos de acompañamiento, de autonomía, de dinamización y fortalecimiento de los



vínculos sociales con la finalidad de promocionar el bienestar y la calidad de vida (Ajuntament de Barcelona, 2017).

Desde el *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* (Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias) se está dotando de sentido estratégico al conjunto de acciones dirigidas a promover la inclusión mediante el Plan de Acción Comunitaria Inclusiva. Este nuevo instrumento de intervención tiene el objetivo de concretar y articular la política de inclusión social y de lucha contra la pobreza y establecer compromisos para promover municipios inclusivos y generar un sistema comunitario de políticas sociales. Sin embargo, esta nueva orientación está, en buena medida, aún por desarrollarse y necesitará un largo tiempo y procesos complejos para ir generando una nueva estructura en materia de políticas sociales, que cumpla con las plenas garantías de la justicia social, de participación comunitaria, de transformación social y de promoción de la inclusión y cohesión social.

### 2.1.3 Medidas: desigualdad, pobreza y exclusión social

Como ya se ha visto anteriormente, todavía hoy en día, tanto la definición de pobreza como la de exclusión social continúan siendo complejas y ambiguas. Por eso, no es de extrañar que también lo sea la elaboración de sistemas de indicadores que permitan detectar situaciones relacionadas con la pobreza y la exclusión social.

En la tabla 4, basándose en la revisión que llevó a cabo Trujillo y Carbonero (2005) y, posteriormente, Esteban y Losa (2015), se destacan diferentes indicadores que evalúan la pobreza y la exclusión social.

**Tabla 4.** Indicadores evaluativos de pobreza y exclusión social

MEDIDAS	ÁMBITO	INDICADORES Y DESCRIPCIÓN	FUENTE
INGRESO ECONÓMICO/ RENTA	DESIGUALDAD Y POBREZA	Renta disponible del domicilio	ECV
		Renta media por persona	ECV
		Renta media por unidad de consumo	ECV
Curva de Lorenz		EUROSTAT-IDESCAT	
Coeficiente o índice de Gini (IG)		EUROSTAT-IDESCAT	
Ratio S80/S20		EUROSTAT-IDESCAT	
Índice de Theil		EUROSTAT-IDESCAT	
Umbral de riesgo de pobreza		ECV	
Tasa de riesgo de pobreza		ECV	
Tasa de riesgo de pobreza antes de las transferencias		ECV	
MEDIDAS DE LA POBREZA	LABORAL	Personas con carencia material	ECV
		Medidas subjetivas	ECV
		Tasa de actividades de la población activa	EPA
		Tasa de desempleo	EPA
		Tasa de desempleo de larga duración	EPA
		Tasa de desempleo de muy larga duración	EPA

MEDIDAS	ÁMBITO	INDICADORES Y DESCRIPCIÓN	FUENTE
MEDIDAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL	EDUCACIÓN	Porcentaje de personas en desempleo que buscan un primer oficio sobre el total de personas activas	EPA
		Porcentaje de personas que viven en viviendas donde sus miembros en edad de trabajo no trabajan	EPA
		Porcentaje de ocupados que perciben ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional	EPA
		Porcentaje de asalariados a tiempo parcial	EPA
		Personas (mayores de 16 años) con un nivel educativo inferior al que era obligatorio en su época de estudiante	EPA, ECV, EPF, Censo de población y vivienda y Padrón municipal
		Porcentaje de menores con dificultades de escolarización	EPA, ECV, EPF, Censo de población y vivienda
		Hacinamiento	EPF; Censo de población y vivienda
		Índice de densidad habitacional	ECV; Censo de población y vivienda
		Equipamientos y espacios de la vivienda	ECV
		Infraestructuras	Censo de población y vivienda 2001
	VIVIENDA	Estado físico de la vivienda	Censo de población y vivienda 2001
		Problemas graves de habitabilidad	ECV
		Condiciones del entorno donde se ubica la vivienda	ECV
		Índice sintético de privación de la vivienda	ECV
		Recuentos y censos de personas sin hogar	PHOGUE Encuesta sobre las personas sin hogar del INE.
		Esperanza de vida al nacer	Indicadores municipales Encuesta de salud de Cataluña
	SALUD	Tasa de mortalidad	Encuesta de salud de Cataluña
		Salud subjetiva o percepción de deterioro	Encuesta de salud de Cataluña
		Riesgo social derivado de los problemas de salud	Encuesta de salud de Cataluña
		Cobertura sanitaria	Encuesta de salud de Cataluña
		Porcentaje de persona con baja frecuencia de contactos con amigos y familiares que no sean miembros del hogar	Encuesta de salud de Cataluña
	AISLAMIENTO SOCIAL	Porcentaje de personas que no pueden pedir ayuda ni a familiares ni amigos si lo necesitan	Encuesta de salud de Cataluña
		<b>Tasa AROPE</b>	ECV FOESSA (2008)
INDICADORES SINTÉTICOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL	Sistema de indicadores que permiten identificar a las personas excluidas y cuantificar las dimensiones de los procesos de exclusión	Raya (2006)	
	Herramienta para el diagnóstico y la investigación en exclusión social	Subirats (2005)	
	Indicadores de Subirats (2004)	Subirats (2005)	
	Indicadores territoriales de riesgo de pobreza y exclusión social de Cataluña de 2015	IDESCAT (2015)	
		Índice de vulnerabilidad social (IVS)	Diputació de Barcelona (2018)

Abreviaturas: ECV (Encuesta de Condiciones de Vida), EPA (Encuesta de Población Activa), EPF (Encuesta de Presupuestos Familiares), EUROSTAT (Estadísticas Europeas), IDESCAT (Instituto de Estadística de Cataluña), PHOGUE (Panel de Hogares de la Unión Europea)

Fuente: Elaboración propia a partir de Pérez (2005) y Esteban y Losa (2015)

En la estrategia EU2020, se propuso crear un indicador, denominado AROPE (*At Risk of Poverty and/or Exclusion*) para identificar el porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y exclusión social. En la actualidad es uno de los indicadores más reconocidos y utilizados de forma global a nivel europeo.

Este nuevo indicador, no solo mide las personas que viven por debajo del umbral de pobreza desde una perspectiva únicamente monetaria, sino que aglutina otras variables relacionadas con la participación de la persona en la sociedad y el grado de intensidad de trabajo dentro del hogar. Este nuevo indicador sintético de pobreza y exclusión social agrupa tres factores. Se considera que la persona que reúna una de estas tres características, es una persona en situación de riesgo de pobreza y exclusión social.

- **Personas en riesgo de pobreza después de transferencias sociales:** personas cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente (después de transferencias sociales). Los ingresos corresponden al año anterior al de la entrevista.
- **Carencia material severa:** proporción de la población que vive en hogares que carecen al menos de cuatro conceptos de los nueve siguientes:
  - No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
  - No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
  - No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
  - No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros).
  - Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
  - No puede permitirse disponer de un automóvil.
  - No puede permitirse disponer de teléfono.
  - No puede permitirse disponer de un televisor.
  - No puede permitirse disponer de una lavadora.

- **Personas que viven en hogares con muy baja intensidad de trabajo:** personas de 0 a 59 años que viven en hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% de su potencial total de trabajo en el año anterior al de la entrevista (periodo de referencia de los ingresos). Se calcula el número de meses en los que los miembros del hogar han estado trabajando durante el año de referencia, y por otra parte el total de meses en los que teóricamente esos mismos miembros podrían haber trabajado. Se calcula la ratio y se determina si es inferior al 20%.

## 2.2 Determinantes sociales en salud y equidad en salud

### 2.2.1 Desigualdades sociales y determinantes sociales en salud

¿Es la salud un bien universal, o simplemente se fundamenta en una visión apocalíptica dentro del Estado de Bienestar? Sea cuales fueren las respuestas a estas preguntas, hay evidencias de que la salud, siendo un bien común, no está garantizada de forma igualitaria. A pesar de las mejoras en las condiciones de vida de la población y del progreso en los sistemas de salud pública, las desigualdades y las inequidades continúan persistiendo, convirtiéndose en el talón de Aquiles de las agendas públicas en salud (OMS, 2002).

En la segunda mitad del siglo XX, con el Estado de Bienestar de fondo, surge un nuevo enfoque epidemiológico sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en consonancia con los postulados de Sigerist (1941) y Dunn (1959) sobre el carácter positivo de la salud.

El primer informe publicado que hizo alusión a los DSS fue el *The Black Report* en el año 1980. Fue la primera vez que un gobierno occidental exponía de manera explícita la evolución de las desigualdades sociales en salud en su población. Sus resultados desarrollaron la convicción generalizada por toda Europa de la importancia de estudiar y elaborar informes que evaluaran las desigualdades sociales en los diferentes países.

En estos treinta años, han sido muchos los autores que han venido reconociendo la relación entre determinantes sociales de la salud y cómo estos influyen en las condiciones de vida cotidiana de las personas, en el bienestar y en sus estados de salud (Borrell y Benach, 2003; Bouchard, Albertini, Batista y Montigny, 2015; Krieger, 2003; Marmot y Wilkinson, 2001; OMS, 2008; Solar e Irwin, 2010; Whitehead y Dahlgren, 2010).

El enfoque de los DSS reconoce el papel de las desigualdades sociales en salud y aboga por admitir que los estados de salud están relacionados con las oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnias (García-Altés, Rodríguez-Sanz, Pérez y Borell, 2008).

Whitehead y Dahlgren (2010) exponen que las desigualdades se dan cuando el estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de las condiciones sociales y económicas o de las elecciones en los estilos de vida. En cambio, estos mismos autores añaden que, cuando se habla del concepto de inequidad, este está estrechamente vinculado con el acceso a las oportunidades para

maximizar los estados de salud; y no debiera estar influenciado por la posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Según estos mismos teóricos, el concepto de inequidad está relacionado con el hilo conductual de los derechos humanos, porque reconoce la salud como una situación ideal, donde todas las personas alcancen un grado máximo de salud y ninguna se vea en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales (Whitehead y Dahlgren, 2010).

Reducir las inequidades sociales en salud pasa por activar iniciativas que reduzcan las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos, con el objetivo de eliminar las desigualdades, desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población en igualdad de oportunidades (Regidor et al., 2006).

Cuando se habla de desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen y reconocer los DSS como aquellas características específicas del macro y micro sistema que condicionan y afectan a la salud (Krieger, 2003).

Los DSS se definen como el conjunto de condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas condiciones son las principales responsables de las desigualdades en salud (García-Altés, Rodríguez-Sanz, Pérez y Borell, 2008).

La OMS (1998) definió los DSS como los factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas y las comunidades.

Desde finales del siglo pasado, han surgido diferentes modelos teóricos que han tratado de explicar la influencia de los DSS en las desigualdades en salud: el modelo ecológico de Austin y Werner, el modelo de Lalonde, el modelo de Dahlgren y Whitehead, el modelo de Diderichsen y Hallqvist, el modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson, el modelo de la OMS, el modelo sociopsicológico de López de Roda y Sánchez (2001) y el modelo creado en 2008 por *The Social Exclusion Knowledge Network* -SEKN (Red de Conocimiento sobre Exclusión Social). Cada uno de estos modelos, pone en énfasis distintos factores explicativos que condicionan las oportunidades para alcanzar el máximo potencial en salud, tales como: la clase social, la posición socioeconómica, los factores materiales o estructurales, los factores psicosociales, los hábitos, las conductas relacionados con la salud, el valor del sistema sanitario, entre otros.

### 2.2.1.1 Modelo ecológico de Austin y Werner (1973)

El modelo de Austin y Werner (1973), llamado modelo ecológico o tradicional, propone una tríada entre los siguientes elementos: agente, huésped y medio ambiente.

En la figura 3, se puede observar cómo, según este modelo, los factores biológicos, químicos o físicos, considerados agentes causales, pueden agravar o no los estados de bienestar de la persona mediante la regulación del huésped (elementos intrínsecos) y por las influencias del medio ambiente (elementos extrínsecos). Desde esta perspectiva, la salud se ve perjudicada cuando un agente causal afecta de manera negativa al estado de salud del huésped.

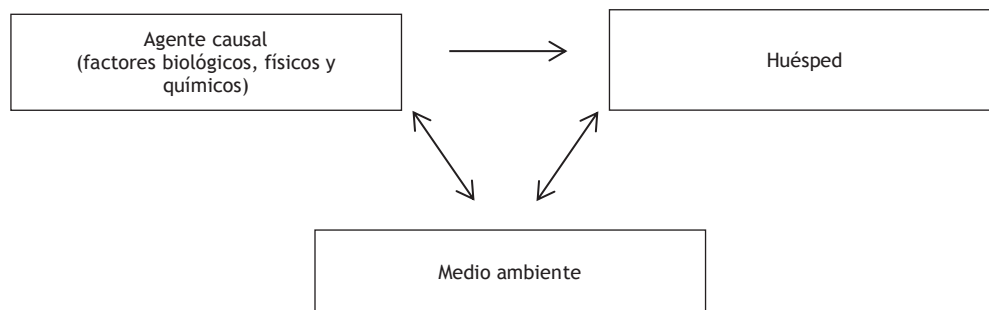


Figura 3. Modelo ecológico de la salud de Austin y Werner

### 2.2.1.2 Modelo de Lalonde (1974)

Lalonde señaló varios factores que determinaban la salud de las personas. En la figura 4 se muestran los diferentes componentes que sustentan este modelo. Por un lado, defiende que la salud no es solo un componente de la biología humana, sino que está condicionada por el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de bienestar.

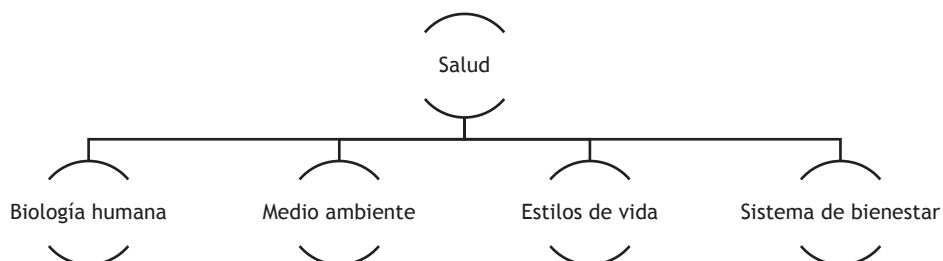


Figura 4. Modelo de determinantes de la salud de Lalonde

### 2.2.1.3 Modelo de Dahlgren y Whitehead (1991)

Este modelo explica cómo las inequidades de la salud se generan mediante la interrelación entre los diferentes niveles que envuelve la persona, reconociendo el papel de estilos de vida del individuo, el papel de la comunidad y la influencia de los factores estructurales.



**Figura 5.** Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead  
(Palomino, Grande y Linares, 2014: 78)

Tal como se puede observar en la figura 5, en el núcleo se describe el conjunto de factores biológicos (edad, sexo) y factores constitucionales o factores hereditarios que pueden convertirse en factores de riesgo o de protección. En el siguiente nivel, se representan los estilos de vida de las personas y los grupos. En un nivel superior, se establecen las redes sociales y las comunidades a las cuales el individuo pertenece, hasta llegar a un tercer nivel, compuesto por el conjunto de condiciones sociales: trabajo, formas de producción y alimentación de la población, el paro, el medio ambiente, el acceso a la educación, el acceso a la vivienda y a los servicios sanitarios y sociales. En una cuarta capa, se encuentran aquellas condiciones políticas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, que actúan sobre todas las otras capas. Este modelo postula que aquellas personas con una situación económica desfavorable están más expuestas a mayores factores de riesgo, suelen exhibir una mayor prevalencia de estilos de vida poco saludables, registran un menor número de redes sociales y sistemas de apoyo y mantienen una necesidad permanente de recurrir a los sistemas de bienestar social. A su vez, reconoce que son las condiciones estructurales de la sociedad las que no ayudan muchas veces a sobrepasar la situación de vulnerabilidad.

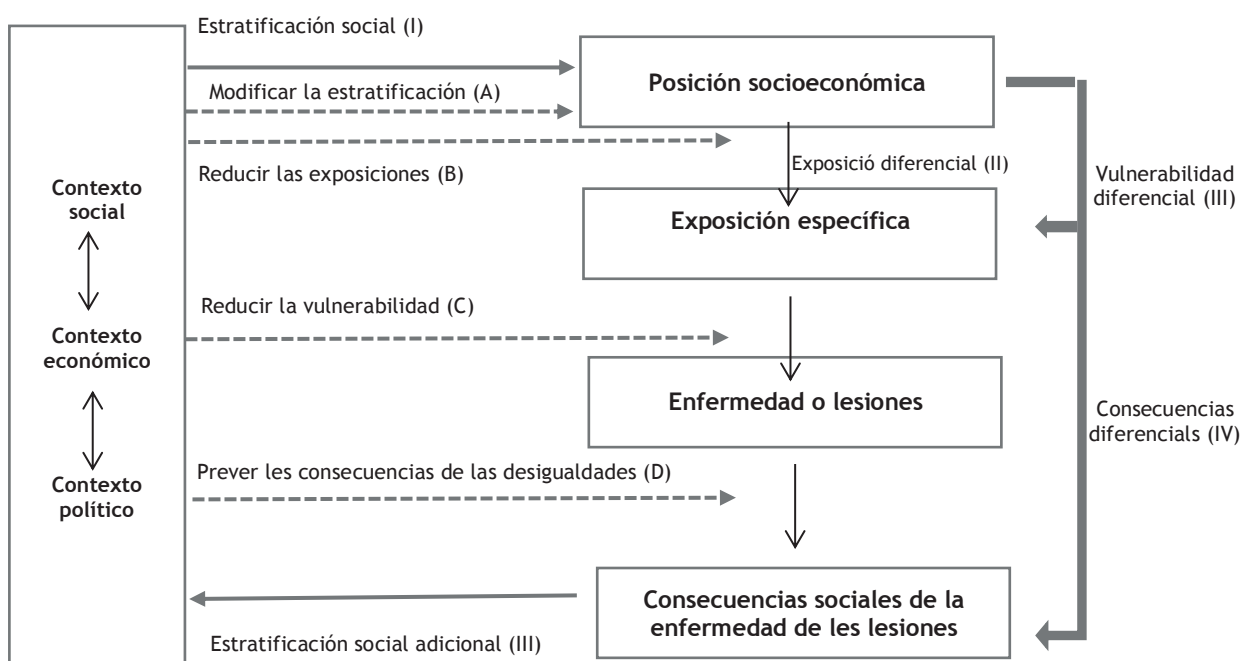


Este modelo mantiene que para favorecer la equidad en salud es necesario promover cambios estructurales en las condiciones de desigualdad. Además, añade la necesidad de fortalecer las redes de apoyo a nivel individual y comunitario (empoderamiento y participación), así como impulsar estilos de vida y conductas de promoción de la salud.

### 2.2.1.4 Modelo de Diderichsen y Hallqvist (1998)

El modelo de Diderichsen y Hallqvist fue adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead en el año 2001. En este modelo se explica cómo los diversos contextos sociales, políticos y económicos generan niveles de estratificación social. Según este modelo, la posición social de las personas determina sus oportunidades sociales y, por tanto, también su estado de salud.

En la figura 6 se muestra el conjunto de mecanismos y procedimientos que llevan a una persona a situarse en una u otra posición social. Como bien se ve reflejado, es el contexto social, económico y político el que determina la jerarquía en la pirámide social. La manera como una sociedad se desarrolla genera unas posiciones socioeconómicas determinadas que variarán a partir del nivel de ingresos, la etnicidad, la educación y el género, entre otros.



**Figura 6.** Modelo conceptual de producción de las inequidades en salud de Diderichsen y Hallqvist (Vega, Solar e Irwin, 2005: 12)

Esta posición diferencial socioeconómica, genera una estratificación social que, a su vez, se ve influida por las oportunidades y los recursos de que disponga la persona. Dependiendo de estos, la persona estará expuesta a mayores niveles de vulnerabilidad y las consecuencias en los estados de salud serán más o menos evidentes.

### 2.2.1.5 Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson (1999)

A partir del informe elaborado por Acheson (1998) se hizo más evidente la manera como las desigualdades en salud eran consecuencias del conjunto de desventajas económicas y sociales que la persona vive a lo largo de su vida.

Ante esta premisa, Brunner, Marmot y Wilkinson (1999), citado por Vega, Solar e Irwin (2015), proponen un modelo que muestra cómo la estructura social y los factores materiales están estrechamente relacionados con los estados de salud e, incluso, con la mortalidad (véase figura 7).

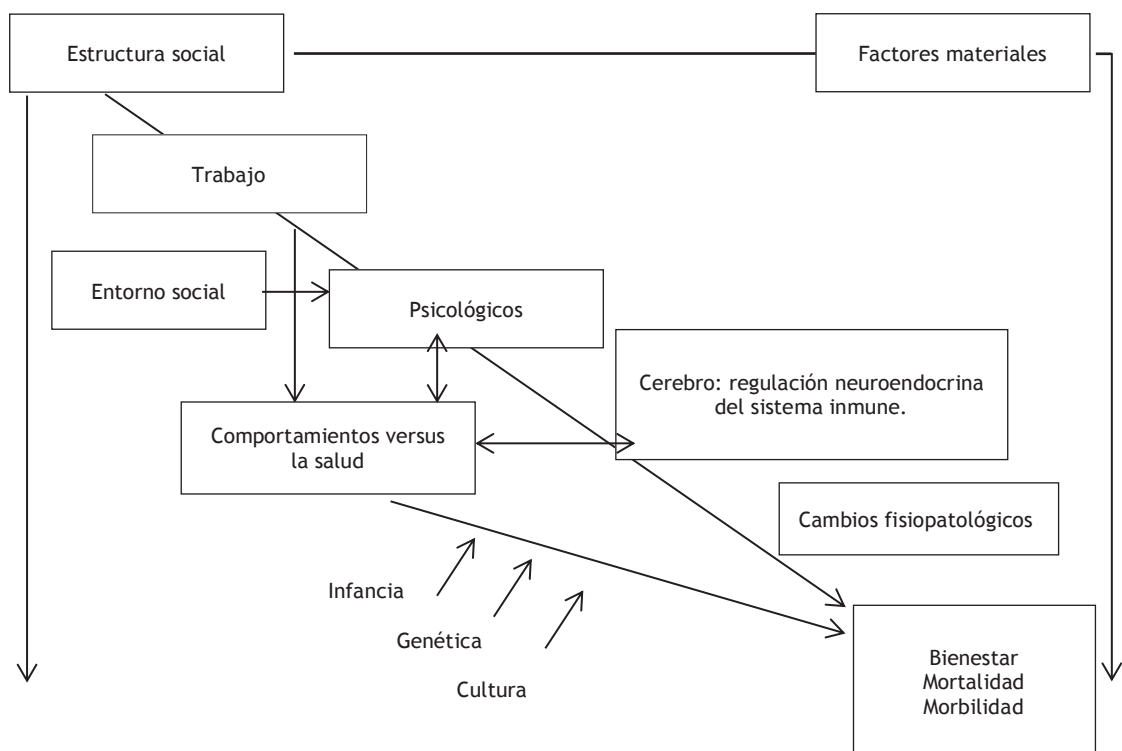


Figura 7. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson (Vega, Solar e Irwin, 2015: 13)

Este modelo detalla de qué manera la estructura social está determinada por el trabajo, el entorno social de la persona, los factores psicológicos y biológicos y la herencia genética, cultural y los procesos evolutivos durante la infancia. Todos estos elementos influyen de manera directa en el bienestar y en los estados psicológicos de la persona.

### 2.2.1.6 Modelo de los Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Finalmente, el Modelo de los Determinantes Sociales (MDS) de la OMS (2008) surge ante la necesidad de dar respuesta a la preocupación suscitada por las inequidades persistentes a nivel mundial. Esta organización constituyó, en 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud (CDSS), con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, en aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria, mitigando las desigualdades y la injusticia social (OMS, 2008).

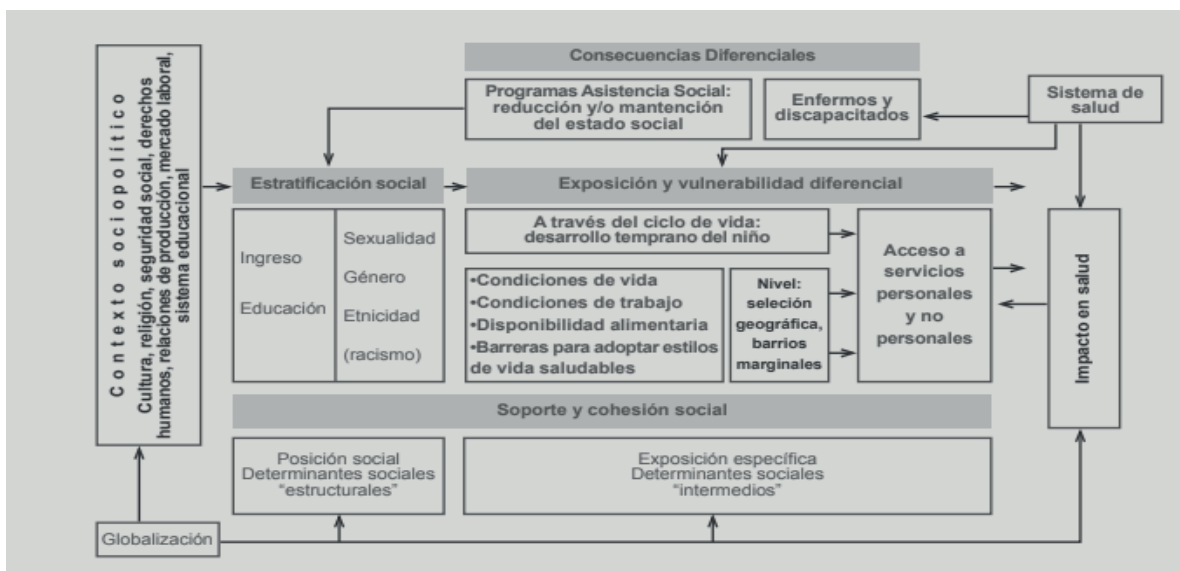


Figura 8. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (Vega, Solar y Irwin, 2005: 48)

El MDS pretendía diseñar un nuevo enfoque sobre los DSS que aglutinara las diferentes perspectivas de los modelos anteriores. El MDS (véase figura 8) parte de la base de que existen dos dimensiones que afectan en menor o mayor grado a las inequidades en la salud y en el bienestar de las personas.

Una primera dimensión es la formada por los “determinantes estructurales” y se complementa con otra dimensión, configurada por los “determinantes intermedios o

proximales”. Ambas dimensiones dependen de la interrelación entre los diversos factores que las componen.

Por un lado, los determinantes estructurales, entre los que destaca el contexto socioeconómico, político y social, son los que sitúan a la persona en una posición socioeconómica determinada, ya sea por sus condiciones de la clase social, el género y la etnia, el acceso a la educación, la ocupación y el nivel de ingresos.

Por otra parte, los determinantes intermedios corresponderían a las circunstancias materiales, los comportamientos y los factores biológicos, así como a los factores psicosociales. Además, en esta dimensión se señala el sistema sanitario como un mediador en las diferencias que tienen ciertos grupos sociales respecto a la salud.

Este modelo tiene su origen en el interés por conocer las “causas de las causas” para intervenir en los factores sociales que determinan en la salud. Según este modelo, los determinantes que subyugan a las inequidades sanitarias están interconectados y deben abordarse mediante políticas integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región (OMS, 2008).

Fue a partir de la CDSS cuando se reorientan las políticas públicas de salud y se propone una nueva concepción del proceso salud-enfermedad desde un nuevo enfoque salutogénico. Esta nueva orientación salutogénica, de la mano de Antonovsky, se caracteriza por la premisa de que los estresores y las dificultades son elementos integrales de la existencia humana y reorienta los problemas de salud mental desde una visión de la promoción de la salud.

El concepto de promoción de la salud se constituye en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa el 21 de Noviembre del 1986 y se entiende como:

El proceso de hacer que las personas aumenten el control que tienen sobre su salud y la mejoren. Porque para que una persona o un grupo logre un estado de bienestar físico, mental y social completo, tiene que poder identificar cuáles son sus aspiraciones y llevarlas a cabo, cubrir sus necesidades y cambiar o adaptarse al entorno. Así pues, se considera la salud como un recurso para la vida diaria, no como el objetivo de vivir. La salud es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no solo es responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida que son saludables para el bienestar OMS (1986. p1).

Esta nueva concepción sobre la promoción de la salud ha llevado a entenderla desde una visión más integral y desde la interdisciplinariedad y la coordinación entre diferentes perfiles profesionales. La salud es un problema social y político, cuya solución pasa por la participación activa y la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado.

La promoción de la salud, pues, se constituye como un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida y de niveles de satisfacción óptimos (OMS, 1998).

### 2.2.1.7 Modelo sociopsicológico de López de Roda y Sánchez (2001)

López de Roda y Sánchez (2001) propusieron un modelo donde relacionaron la estructura social con diferentes niveles de mediación que influyen en los estados de salud mental (véase figura 9).

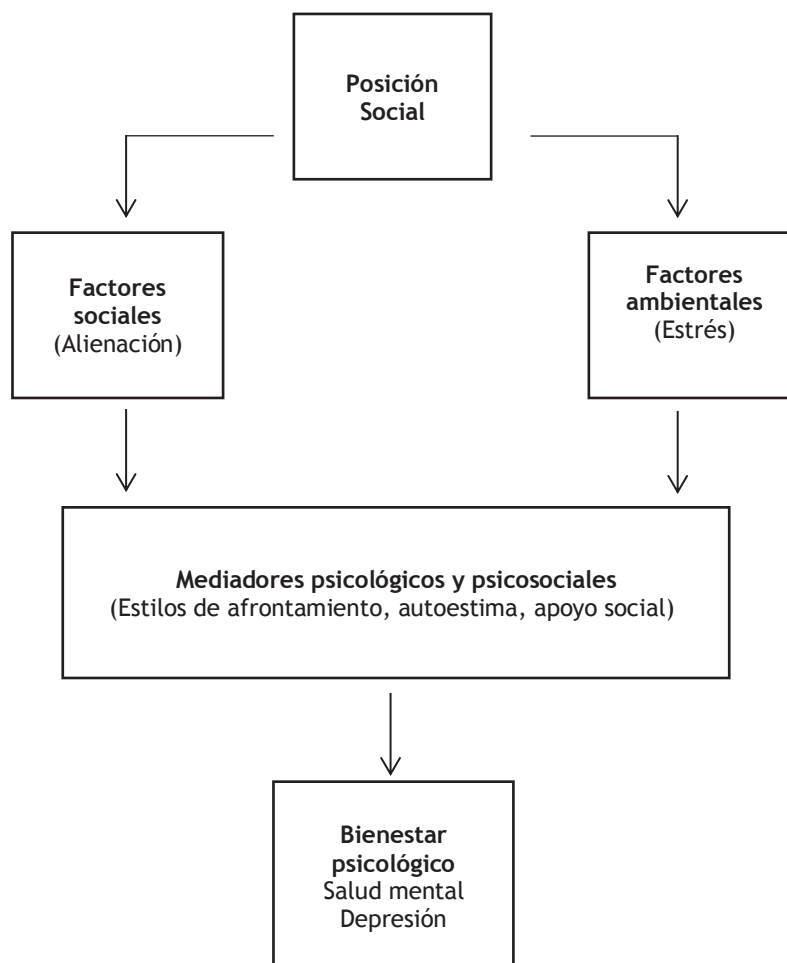


Figura 9. Modelo sociopsicológico (López de Roda y Sánchez, 2001: 18)

Según este modelo, a partir de la posición socioeconómica y socioestructural de la persona, se producen situaciones de alienación, que corresponderían al conjunto de relaciones de apoyo social que enriquecen el mantenimiento de la salud de los individuos y facilitan conductas adaptativas en situación de estrés. Por otro lado, convergen los factores ambientales, con el conjunto de factores de riesgo que pueden generar situaciones estresantes. En un segundo nivel, se reconocen las mediaciones psicológicas y psicosociales a través de las cuales modulan los efectos psicológicos del estrés: estilos de afrontamiento, autoestima y el apoyo social, que juegan un importante papel como moduladoras en los estados de bienestar psicológico, salud mental y en los procesos de depresión.

### 2.2.1.8 The Social Exclusion Knowledge Network (SEKN)

Desde la CDSS, en 2008 se creó uno de los modelos más extensos sobre la relación que se establece entre el binomio de inclusión/exclusión social y las desigualdades en salud: *The Social Exclusion Knowledge Network (SEKN)*.

En este modelo se focaliza el interés en las relaciones de poder desigual que se establecen en cuatro dimensiones sociales (política, social, cultural y económica) y evidencia aquellas dinámicas que pueden generar procesos de exposición diferencial en los estados de salud (véase figura 10).

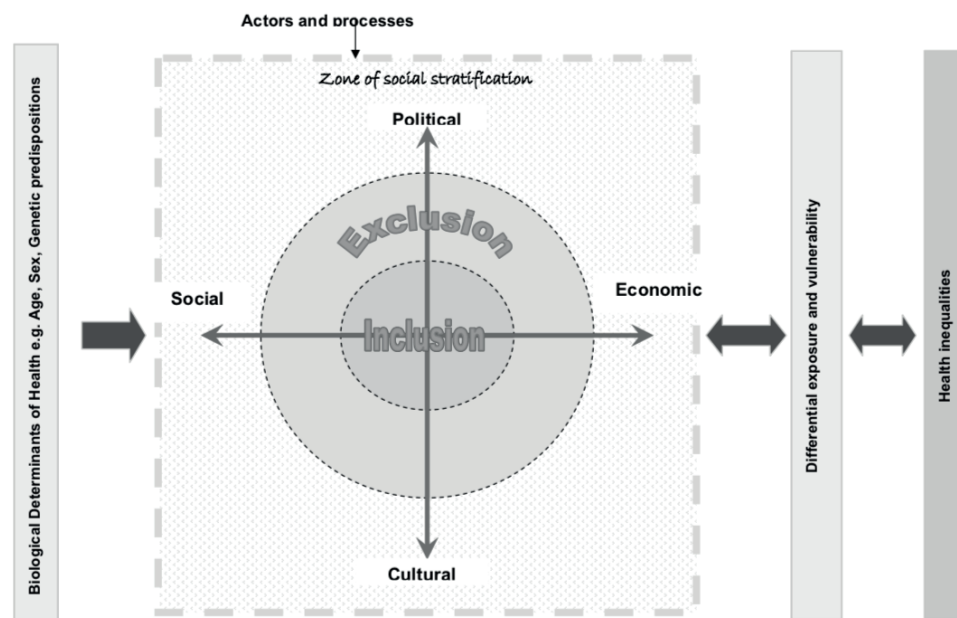


Figura 10. The Social Exclusion Knowledge Network (OMS, 2008: 38)

Según esta propuesta, son las diferencias en los estadios de poder, ejercidas por las diferentes dimensiones y del conjunto de oportunidades e influencias que tienen en el individuo, las que generan sistemas jerárquicos de estratificación social en función del género, la etnia, la clase, la casta, la edad, llamados con el nombre de determinantes biológicos de la salud.

Estos sistemas de estratificación y el acceso desigual al poder y a los recursos conducen a una exposición diferencial a las circunstancias perjudiciales para la salud. Al mismo tiempo, también reducen la capacidad de las personas (biológica, social, psicológica y económica) para protegerse de tales circunstancias y restringen su acceso a la salud y a otros servicios esenciales para la protección y promoción de la misma. Todo ello genera desigualdades en salud que, como sugieren las flechas, retroalimentan al sistema para aumentar todavía más las desigualdades y hacen que haya personas más expuestas y vulnerables.

Este modelo pone de manifiesto que las vías que vinculan el impacto de los procesos de exclusión social con las desigualdades en materia de salud son tanto constitutivas como instrumentales; ya que el simple hecho de participar de forma restringida en los derechos sociales o no disponer de las mismas oportunidades y recursos en las diferentes dimensiones (económica, social, política y cultural) conlleva mayores repercusiones negativas en la salud y el bienestar.

### **2.2.2 Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en la salud**

A partir de la Comisión Internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2005, es cuando se empieza a dibujar un nuevo escenario de las políticas públicas en materia de salud. En los últimos años, se han publicado varios informes claves y han surgido diversas estrategias para mejorar la inequidad en la salud y han instado a los Estados miembros a constituir políticas para reducir las desigualdades en salud (Goldblatt et al., 2015).

Con la publicación del informe “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, realizado por la OMS (2008), se fundamentaron y sistematizaron el abordaje de los determinantes sociales de salud y se constituyó como punto de partida para situar la teoría de los determinantes sociales de la salud en las agendas públicas.

Un año más tarde tras la 62ª Asamblea Mundial de Salud en mayo del 2006, se adoptó la resolución de la OMS 62.14. En dicha resolución se reclamaba la colaboración de todos los Estados miembros de la Unión Europea en la promoción de la salud y su compromiso para reducir las inequidades en salud, lo que dio pie a la redacción del informe *Solidarity in Health: reducing Health Inequalities in the UE* de 2009.

No fue hasta la publicación de otro informe: *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region: final report* (2013), cuando se construyó la estrategia *Europa Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21 century* (Jakab, 2012). En dicho documento se ofrece el asesoramiento estratégico para apoyar a todos los gobiernos en la formulación de políticas europeas orientadas a la promoción de salud, el bienestar y la equidad desde el marco de la gobernanza en materia de salud.

El actual programa de salud europea (*Third EU Health Programme 2014-2020*) se constituye como un instrumento para fomentar políticas que mejoren la salud de los ciudadanos de la UE y poder reducir las desigualdades sanitarias promoviendo la salud en todas las políticas públicas y fomentando la innovación en la atención sanitaria.

A nivel español, en octubre del 2008, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E), y la Estrategia Nacional de equidad en Salud en España. El año 2010 se presenta el documento: “Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España” que fundamenta las recomendaciones sobre las políticas estratégicas que, desde los diversos niveles y sectores de la administración, se tienen que promover para reducir las desigualdades en salud en España. En el ámbito catalán a partir de la estrategia “*Europa Health 2020*”, en 2014, la Generalitat de Cataluña, desde el Departamento de Presidencia y con la participación del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, creó la comisión Interdepartamental de Salud que fue la encargada de elaborar el Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública (PINSAP).

El actual PINSAP 2017-2020, pretende abordar de forma colaborativa con todos los agentes sociales, los estados de salud de toda la población, con especial atención en aquellos grupos más vulnerables, incorporando la perspectiva de la salud para todos/as, la equidad y la sostenibilidad en la toma de decisiones de todos los sectores y áreas políticas. Por otro lado, también se ha generado el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), que pretende promover y participar en la transformación del modelo de atención social y sanitaria para garantizar una atención social y sanitaria que asegure una atención integrada y centrada en la persona.



## 2.3 Psicología positiva y bienestar

### 2.3.1 Modelo biopsicosocial - Psicología positiva

Como ya se había expuesto en el apartado anterior, las desigualdades sociales constituyen uno de los mayores males endémicos de nuestra sociedad y de ello se desprende la necesidad de reducir las inequidades en salud incidiendo en las causas estructurales de forma generalizada, pero, sobre todo, en aquellos grupos más vulnerables.

En esta línea, resulta pertinente estudiar la justificación de la desigualdad social desde una perspectiva psicosocial e identificar factores promotores que aumenten las capacidades para afrontar las adversidades y transformarlas en circunstancias fortalecedoras (Hessel, 2011).

De la misma forma que el modelo biopsicosocial transformó el término de salud, también lo hizo con el concepto de salud mental. La OMS (2001) definió la salud mental como un estado de bienestar en el que se es consciente de las propias capacidades, se es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, se puede trabajar de forma productiva y fructífera y se es capaz de contribuir a la propia comunidad. Esta nueva concepción de la salud, pretendía romper con la perspectiva dominante del modelo médico-clínico, centrado en la psicopatología, y encauzar un nuevo modelo orientado a la promoción y al desarrollo personal: la Psicología positiva.

La Psicología positiva (PsP) se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras se previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman 2002).

El objeto de esta nueva disciplina, según Sheldon y King (2001), era fomentar la prevención de la dolencia mental mediante la optimización de los recursos psicológicos para mejorar la calidad de vida y aportar nuevos conocimientos sobre la psique humana no solo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que enferman a los individuos, sino también para conseguir mejor calidad de vida y bienestar.

Según Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006), la PsP debería convertirse en el estudio científico que explorará el desarrollo humano óptimo y reconocerá aquellos aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos (p.8).

A pesar de su fuerte imposición en estas décadas, la PsP aún no ha adquirido el reconocimiento necesario, empero, cada vez más estamos asistiendo a un creciente interés por el estudio científico de los aspectos saludables del individuo y se está reconociendo la PsP como un constructo para evaluar y promover el bienestar (Vázquez, 2006; Simonton y Baumeister, 2005).

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) reconocen que uno de los mayores retos dentro del campo de la psicología es promocionar investigaciones que señalen los aspectos positivos de las personas y poder reconocer aquellos factores que favorecen más en la adaptación de acontecimientos vitales adversos y mejoren la calidad de vida y el bienestar.

El autor más relevante dentro de la PsP es Seligman (2002), quien la definió como el estudio científico de las experiencias positivas.

Seligman, conjuntamente con Csikszentmihalyi, reconoció los siguientes pilares centrales de esta nueva corriente psicológica:

- Valoración de las emociones positivas en la adaptación humana: cuando se habla del área subjetiva se refiere en el estudio de las experiencias subjetivas valoradas positivamente, como el bienestar, la felicidad y el placer.
- Rasgos de personalidad positivos: en este se señalan las virtudes y fortalezas de carácter humano y las características positivas individuales.
- Reconocimiento del papel de las relaciones sociales y de las instituciones positivas: en el aspecto grupal reconocen el papel de la red relacional y señalan la importancia de que las instituciones de la propia comunidad, fomenten las relaciones positivas y las fortalezas personales.

A lo largo de estos años, según afirman Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald (2000), dentro de la PsP han surgido diferentes teorías y modelos que han intentado explicar la relación entre los estados psicológicos positivos y los estados de salud y han reconocido diferentes constructos para su evaluación: el modelo de salud positiva de Jahoda (1980); el modelo salutogénico de Antanovsky (1988), la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (2000), el modelo del sentido de la vida de Viktor Frankl (2005), la teoría del *flow* de

Csikszentmihalyi (1990), la teoría de las fortalezas de Seligman y Csikszentmihalyi (2000) y la teoría del bienestar psicológico y social de Ryff y Keyes (1995).

Aun así, las diferentes teorías evidencian la complejidad en la definición de la salud positiva y reconocen su confusión de los factores que la componen y la dificultad en su medición. Tal como exponen Vázquez y Hervás (2009), hoy en día es difícil encontrar un consenso claro y explícito.

Aspinwall y Tedeschi (2010), reconocen que aun su complejidad y las diferentes teorías, la PsP prevé poner de relieve las emociones positivas, las competencias y el conjunto de capacidades que contribuyen a aumentar la satisfacción personal.

En definitiva, podríamos entender la PsP como una disciplina dentro de la psicología tradicional, que pone el foco de atención en las cosas que sí que funcionan, en las fortalezas personales, remarca las emociones positivas y el propósito que tiene la persona ante la vida. Una de las áreas más importante con un fuerte impacto en los últimos años, dentro de la PsP, ha sido el estudio del bienestar. En el capítulo siguiente señalamos este nuevo modelo como constructo y medida de un funcionamiento psicológico óptimo haciendo hincapié en la tradición eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico y social.

### **2.3.2 Bienestar: tradición hedónica y eudaimónica**

Fue a partir de la última definición de la OMS (1948) cuando se definió la salud como “el estado de completo bienestar (*well-being*) físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad (*disease*) y de desfallecimiento (*infirmary*)” (p.100). Se trata de una definición con una visión holística y progresista que considera la salud, no solo como un fenómeno somático y psicológico, sino también social, resaltando su carácter positivo (Sigerist, 1941; Dunn 1959).

Esta nueva conceptualización fue superando el modelo paradigmático clásico, orgánico y biomédico, supeditado a normas de salud biofísicas estandarizadas, hasta llegar paulatinamente, a reconocer la salud desde el paradigma integral biopsicosocial (Larson,1999).

El modelo biopsicosocial, tal como defendía Engel (1977), señala que tanto los factores biológicos, como los sociales y los psicológicos, son determinantes en los procesos de enfermedad y salud. Años más tarde, Taylor (1986) reconoció que tanto los macroprocesos

(factores ambientales y sociales) como los microprocesos (factores biológicos) interactúan entre sí, generando una influencia en los estados de salud.

Con estas premisas, se reconocen que tanto la salud como la enfermedad, están determinados por muchos factores (DSS) que interactúan de forma social, psicológica y biológica. Cuando se reconoce la salud como un estado de balance entre uno mismo, los otros y el ambiente, estamos reconociendo la visión positiva y ecológica de la salud (OMS, 2004). Este cambio en la conceptualización de la salud y la enfermedad contemplaba el término de bienestar como un proceso activo y de plena conciencia de una vida saludable; por ende, se trataría de una reflexión subjetiva sobre las conclusiones que se extraen de forma cognitiva y efectiva de nuestra existencia.

Robitschek y Keyes (2009) reconocen el bienestar como la capacidad de crecimiento personal y como un indicador óptimo de la calidad de vida de las personas y como constructo de un buen funcionamiento mental positivo.

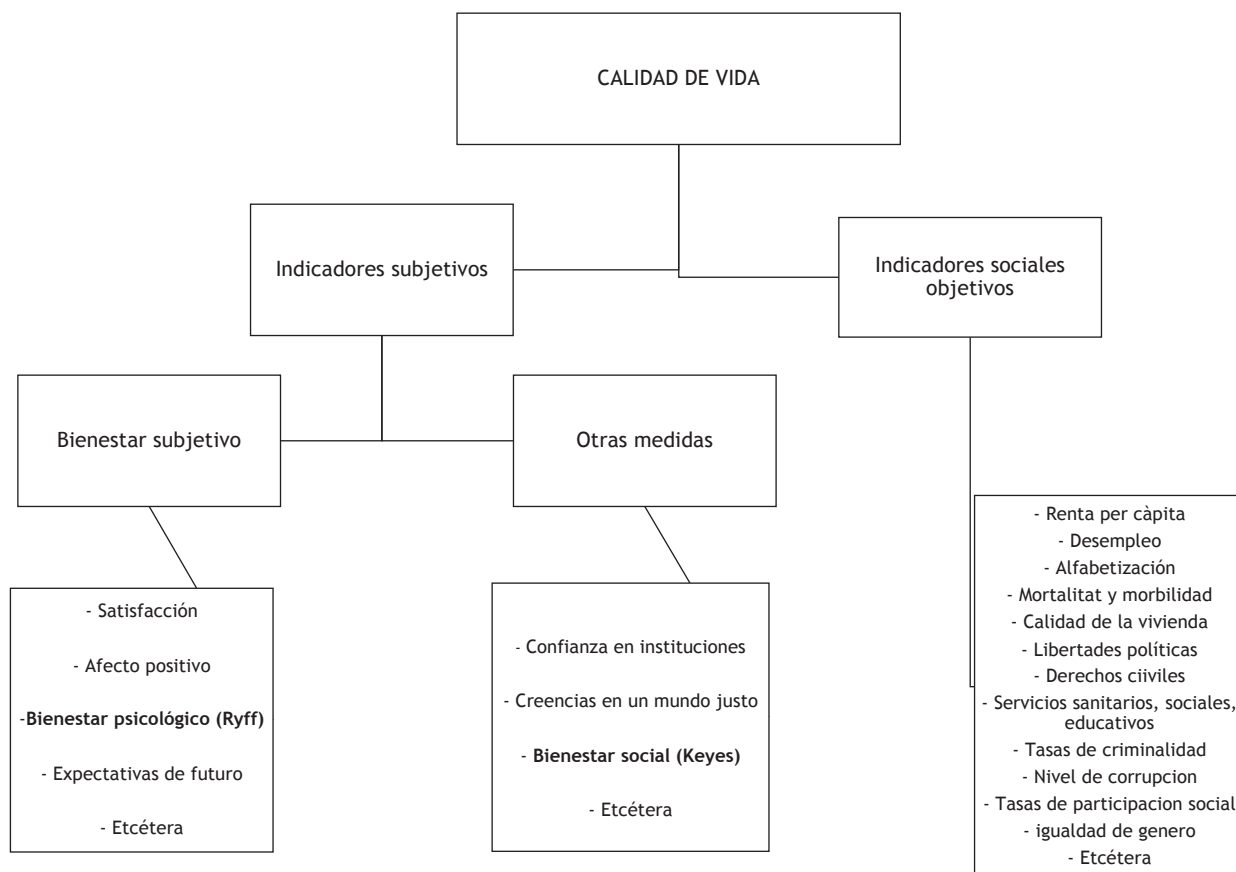
Diferentes autores contemplan el bienestar como el nivel de satisfacción que tienen las personas con su propia vida y el juicio que hacen de las mismas, es decir, en la valoración que la persona hace sobre su forma de vivir y sentir (Larson, 1999; Veenhoven, 2001). Según García-Viniegras y González (2000) el bienestar es un estado agradable de satisfacción que se encuentra estrechamente ligado a las necesidades y el cumplimiento de las mismas ya sea a nivel físico, psicológico, económico o social.

Es inevitable hablar de bienestar sin mencionar el concepto de calidad de vida. Según la OMS (1998), la calidad de vida se definiría como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Según esta definición, la calidad de vida se corresponde con un estado que está influido por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, relaciones sociales, carencias personales y su relación a características principales del ambiente (OMS, 1998).

Es habitual el uso del término calidad de vida como sinónimo de bienestar, felicidad, bienestar subjetivo, salud y eso hace inevitable reconocer la confusión semántica que trae consigo mismo este término (Veenhoven, 2001).

Vázquez y Hervás (2009) destacaron diferentes dimensiones de la calidad de vida, donde el bienestar se correspondería al factor psicosocial de la misma. En la figura 11, se puede observar como dentro de la calidad de vida, se incluyen tanto elementos objetivables

(tasas de alfabetización, seguridad ciudadana, renta per cápita) como indicadores subjetivos, donde se englobaría el bienestar subjetivo, psicológico y social.



**Figura 11.** Dimensiones de la calidad de vida (Vázquez y Hervás, 2009: 108)

Aun así, delante de la diversidad y la contrariedad en la definición y en las dimensiones del bienestar, en las últimas décadas se han reconocido dos tradiciones teóricas sobre el bienestar: la hedónica, que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo y la eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico.

La tradición hedónica define el bienestar como la presencia de los efectos positivos y la ausencia de los efectos negativos. La intención es que la persona experimente la mayor cantidad de momentos de placer para sentirse más feliz. Dentro de la psicología moderna, esta tradición se ha identificado con el concepto de bienestar subjetivo. Lucas, Diener y Suh (1996) definen el bienestar subjetivo como aquel elemento que aglutina el componente cognitivo entre el balance entre lo positivo y el grado de satisfacción que se percibe.

Según Diener (1994), el estudio del bienestar subjetivo se interesa por cómo la persona experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas. Este mismo autor definió tres rasgos esenciales para conceptualizar el estudio del bienestar:

- Es subjetivo. Se basa en la apreciación individual de la persona.
- Basada en una percepción positiva a partir del conjunto de experiencias emocionales agradables, satisfacción o efecto positivo que la persona experimenta y siente.
- Evaluación global de los aspectos importantes de la vida de una persona, aspectos que estimas fundamentales para su propia existencia.

Por otro lado, la dimensión eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico, reconoce aquellos valores que hacen sentir vivos y auténticos a las personas. Según Ryff y Singer (2008), desde este enfoque, el bienestar psicológico no sería el principal objetivo de una persona, sino más bien, el resultado de vivir una buena vida. Es decir, no estaría orientada a aquellas actividades que ofrecen placer y nos alejan del dolor, sino de aquellas sensaciones que generan retos y entusiasmo.

Ryan y Deci (2000) reconocieron que esta nueva orientación del bienestar, más que basarse en determinar si una experiencia era placentera o no, se focaliza en resaltar el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como los principales indicadores del funcionamiento positivo, así como en el estilo y manera de afrontar los retos vitales. Bajo este planteamiento, el bienestar psicológico sería un constructo que permite a la persona crecer y desarrollar su máximo potencial.

Aun así, reconociendo el vínculo entre el bienestar y la salud, algunos investigadores defienden que el bienestar debería de entenderse como una construcción multidimensional que debería ir más allá del concepto de salud (Diener, 2009; Michaelson et al., 2009; Sen, 2002).

### 2.3.3 Modelo multidimensional de bienestar psicológico y social

Si nos basamos en su etimología, el concepto de bienestar psicológico se basa en la corriente filosófica de la eudaimonía, una palabra griega que significa la expresión del yo interior o el ser más auténtico. Este concepto surge en la antigua Grecia de la mano de filósofos como Demócrito, Sócrates, Aristóteles y Platón, cuando postulaban que el principal motivo de la conducta de las personas era el anhelo hacia la felicidad. Más tarde, a mediados del siglo XVII, los materialistas franceses (Helvétius y Diderot) tras los postulados de la corriente del utilitarismo reconocen el eudemonismo como fuente máxima para alcanzar el mayor bienestar humano tanto individual como de forma colectiva (Vázquez, 2009).

García-Viniegras y González (2000) afirman que:

El bienestar psicológico o bienestar eudaimónico es un constructo que expresa el sentir positivo y pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva y vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo: ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables (p.588).

El bienestar psicológico se define como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo o como un constructo de salud mental positiva (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000; Casas y Aymerich, 2005).

Ryan y Deci (2000) consideran que el bienestar psicológico se focaliza sobre el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento positivo, así como en el estilo y manera de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestras metas. Desde este planteamiento, el constructo bienestar psicólogo, no depende, como defiende la tradición hedónica, de experiencias placenteras o desagradables, sino del reconocimiento de aquellos valores que hacen sentir a la persona viva y le permiten desarrollarse y crecer.

Para Arboleda (2015), el bienestar psicológico constituye “un estado equilibrado frente a las diversas situaciones que se presentan en el transcurso de la vida, es decir, adaptarse a situaciones incluso negativas de una manera adecuada” (p.35).

Cuando se hace alusión al concepto de bienestar psicológico, se reconocen diferentes modelos explicativos. En la tabla 5, se representan los diferentes modelos planteados por Vielma-Rangel y Alonso (2010).

**Tabla 5. Modelos de bienestar psicológico**

---

<b>Modelo de “Arriba-Abajo” (<i>top-down</i>)</b>	Las personas están predispuestas a vivenciar y reaccionar ante los eventos y circunstancias asumiendo actitudes positivas o negativas en la vida cotidiana según los rasgos de la personalidad que posean, el modo en que perciben la situación y el papel que cumplen los factores en cada caso en particular.
<b>Modelo de “Abajo-Arriba” (<i>bottom-up</i>)</b>	El bienestar se deriva de la sumatoria de momentos y experiencias placenteras y agradables o de la sumatoria de la satisfacción en diferentes dominios.
<b>Modelo multidimensional</b>	Centra su atención en los indicadores del funcionamiento positivo. Está integrado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

---

Fuente: Vielma-Rangel y Alonso (2010: 270-271)

En primer lugar, se reconoce el modelo *top-down*, según este nivel de bienestar sería un estado estable porque vendría determinado por los rasgos de la personalidad. Por otra parte, según los postulados del modelo *bottom-down*, los estados de bienestar son producto de una reactividad simple con el entorno. La suma del conjunto de experiencias determina la satisfacción que a su vez influye en el grado de bienestar. Finalmente, el



modelo multidimensional reconoce la promoción desde diferentes dimensiones cognitivas y conductuales para mejorar los estados de salud.

En este estudio nos hemos basado en el modelo multidimensional de bienestar psicológico, por ser uno de los más reconocidos en la actualidad, pero sobre todo por centrarse en los aspectos relacionados con el funcionamiento positivo de las personas.

La autora de este modelo fue Carol Ryff, que, a través del análisis de las influencias del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías de ciclo vital, intentó crear un modelo denominado “modelo de la multidimensionalidad estructural” o “modelo multidimensional del bienestar psicológico” basado en seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (véase tabla 6).

**Tabla 6.** Dimensiones del bienestar psicológico según Ryff

<b>Autonomía</b>	Se asocia a la resistencia a la presión social y a la autorregulación del comportamiento
<b>Propósito en la vida</b>	Referido a las metas y objetivos que permiten al sujeto otorgar sentido a su vida
<b>Autoaceptación</b>	Confiere una apreciación positiva de sí mismo
<b>Relaciones positivas con otros</b>	Alude a la necesidad del sujeto de mantener relaciones sociales estables
<b>Dominio del entorno</b>	Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de influencia sobre el contexto
<b>Crecimiento personal</b>	Remite al interés por desplegar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades

Fuente: Zubieta, Fernández y Sosa (2012: 9)

Ryff (1989) identificó algunas de las características de los individuos en cada uno de los factores de bienestar psicológico:

- Las personas con puntuaciones altas en autoaceptación suelen tener actitudes positivas hacia sí mismos, aceptación de los aspectos negativos como positivos y una buena valoración sobre los aspectos del pasado de manera objetiva. En cambio, las personas con menos puntuaciones de autoaceptación suelen ser menos flexibles consigo mismas, con un exceso de perfeccionismo e inconformismo.
- Reconocido el papel que juegan las relaciones positivas en el desarrollo humano, según este autor, las personas que disponen de mayores relaciones positivas suelen ser personas con niveles altos de empatía y dominio de inteligencia interpersonal e intrapersonal, en cambio las personas que no disponen de una red relacional sólida suelen sufrir un sentimiento de soledad, déficit en afectos y dificultades para mantener relaciones íntimas.
- Las personas que puntúan alto en autonomía, manifiestan tener mayor capacidad de resistir a las presiones sociales, muestran mayor independencia y determinación, tienen mecanismos para regular la conducta y para hacer autoevaluaciones con criterios propios sin la influencia de los demás. Sin embargo, las personas con poca autonomía, manifiestan bajos niveles de asertividad, son indecisas y no saben reivindicar sus preferencias. Normalmente suelen ser personas que muestran actitudes sumisas y complacientes.
- Las personas que tienen un mayor dominio del entorno, suelen manifestar mayor sensación de control y competencia, suelen sacar provecho de las oportunidades que le ofrece la vida y tienen la capacidad y el control de elegir aquello que mejor les conviene. Sin embargo, aquellas personas con puntuaciones menos elevadas del dominio del entorno, manifiestan un menor locus de control externo, una sensación de descontrol y manifiestan sentirse indefensos ante las adversidades.

- Las personas con puntuaciones altas de crecimiento personal desarrollan una sensación de crecimiento personal continuo, están abiertas a nuevas experiencias y oportunidades y son capaces de apreciar tanto los logros como los fracasos. En cambio, las personas con puntuaciones bajas de crecimiento personal no tienen una sensación de avanzar en la vida y no son capaces de reconocer la transferencia de los logros del pasado al presente.
- Puntuaciones altas en el propósito en la vida significa que las personas son capaces de fijarse objetivos claros en la vida y tener el control de llevarlos a cabo. Sin embargo, las personas con bajas puntuaciones en este dominio suelen ser personas con sensaciones de estar son rumbo y con fuertes dificultades psicosociales.

En la misma línea, Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009: 18) indican que las personas que presentan bienestar eudaimónico se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (autoaceptación), han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con los demás (relaciones positivas con los otros), dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (control ambiental), han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (autonomía), han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (propósito en la vida) y, por último, mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (crecimiento personal).

Por otra parte, partiendo del supuesto de entender también el bienestar como una relación recíproca entre individuo y sociedad, en este estudio también se ha enmarcado el concepto bienestar social.

El bienestar social se define según Keyes (1998) como “la valoración que hacemos de la propia circunstancia y el funcionamiento de la sociedad, y puede ser medido desde componentes afectivos y cognitivos, tanto en la vida privada como en la vida pública de las personas” (p.122). Según este autor, el bienestar social se representa con cinco dimensiones que incluyen criterios relacionados con el funcionamiento social y comunitario: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social (véase tabla 7).

Desde el punto de vista del bienestar y de la salud, según Keyes (1998), la integración es imprescindible para estar y sentirse perteneciente a un grupo o a una comunidad. No obstante, advierte que es necesario que dicha pertenencia disfrute, al menos de las siguientes cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros y aceptación de los aspectos positivos y negativos de la propia vida.

En este sentido, la gente más saludable confía en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar y también se interesa por conocer el tipo de mundo en el que vive.

**Tabla 7.** Dimensiones del bienestar social de Keyes

<b>Integración social</b>	Es la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad.
<b>Aceptación social</b>	La confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros, y aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
<b>Contribución social</b>	El sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo, y que lo que uno aporta es valorado.
<b>Actualización social</b>	Se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos, implica la confianza en el progreso y en el cambio social.
<b>Coherencia social</b>	La capacidad que tenemos para entender la dinámica de la sociedad. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo.

Fuente: Zubieta, Fernández y Sosa (2012: 9-10)

### 2.3.4 Bienestar como factor protector de salud

Es lógico reconocer, con todo lo que hemos expuesto anteriormente, que cuando hablamos de acontecimientos positivos estos están estrechamente relacionados con el componente de afecto positivo del bienestar. De forma contraria, se deduce la correlación existente entre padecer sucesos vitales de aspecto negativo con estados bajos de bienestar (French, Gekoski y Knox, 1995).

A finales de los años 80, surgen varios estudios que afirmaban cómo el bienestar está estrechamente relacionado con la manera de afrontar las adversidades. Uno de los primeros estudios fueron los de Folkman, Lazarus, Pimpley y Novacek (1987) que reconocieron que el bienestar psicológico y la salud están más influidas por la forma de afrontar el estrés que por la mera presencia de situaciones difíciles.

Zuckerman, Oliver, Hollingsworth y Austrin (1986) exponían que aquellas personas que vivían acontecimientos negativos tenían mayor riesgo de manifestar dolencias y problemas de salud mental. Por otro lado, otros estudios reconocen que cuando las personas no son capaces de controlar los recursos necesarios para afrontar las adversidades, el grado de bienestar disminuía (Eronen y Nurmi, 1999; Suh, Diener y Fujita, 1996).

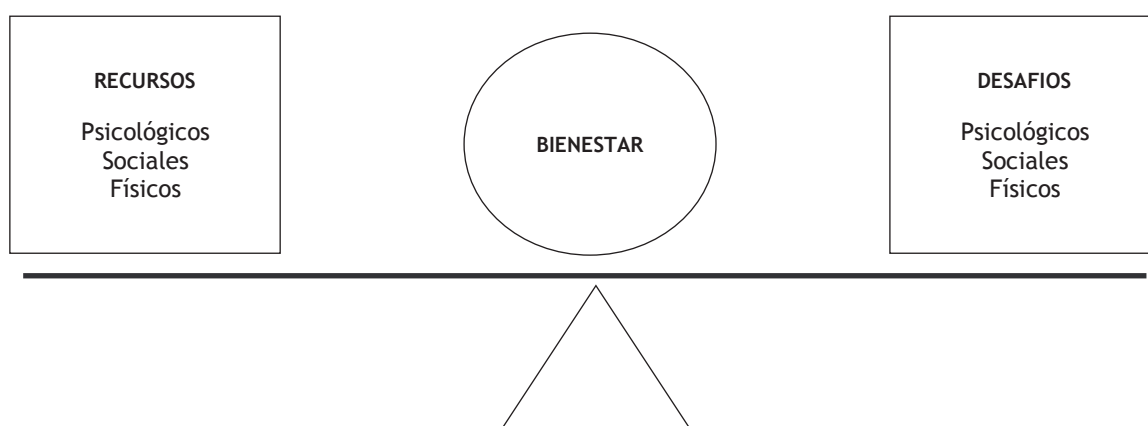
Aunque a nivel global, las emociones negativas predicen con más intensidad resultados de salud a corto plazo, son las emociones positivas las que pronosticarían mejores resultados de salud (Diener y Chan, 2011).

Robitschek y Keyes (2009) defienden el bienestar como un factor protector ante la manifestación de trastornos mentales. Estos autores avalan que las personas con un nivel alto de bienestar psicológico y social, experimentan una mayor calidad de vida, convirtiéndose estos elementos en amortiguadores para mejorar la salud mental de las personas.

La teoría de Dodge, Daly, Huyton y Sanders (2012) defiende que el bienestar está determinado por una correlación de fuerzas entre los desafíos vitales y los recursos de los que dispone una persona. Esta teoría basándose tanto en la teoría del equilibrio dinámico del bienestar de Headey y Wearing (1989), como en el modelo de vida del desarrollo de Hendry y Kloep (2002) y finalmente en la teoría de Cummins (2010), define el bienestar como un estado de equilibrio que se ve afectado por los acontecimientos y desafíos vitales y por el conjunto de recursos que dispone la persona. Según estos autores, las personas presentan un bienestar estable cuando tienen los recursos psicológicos, sociales y físicos que necesitan para afrontar los desafíos psicológicos, sociales y/o físicos que les presenta

la vida. Cuando las personas tienen más desafíos que recursos, la balanza del bienestar se desequilibra.

Tal como se muestra en la figura 12, cada vez que un individuo se enfrenta a un desafío, el sistema de desafíos y recursos entra en un estado de desequilibrio, puesto que el individuo se ve obligado a adaptar sus recursos para hacer frente a este desafío en particular (Dodge, Daly, Huyton y Sanders, 2012).



**Figura 12.** Definición de bienestar de Dodge, Daly, Huyton y Sanders (2012: 230)

Cuando hablamos de bienestar, no podemos dejar de comentar la noción de capacidad. Así, Sen (2002) sustenta que no son los recursos materiales ni la necesidad de satisfacer las necesidades básicas los que hacen que una persona sea feliz, sino que el bienestar de una persona recae en las habilidades de que se disponen para conseguir ser y hacer. Según este autor el bienestar, estaría ligado a la elección que la persona ejerce según sus capacidades (*capabilities*) y formas de actuar (*functionings*). Con esta noción de bienestar según la teoría de las capacidades, se reconoce el papel que juegan las destrezas y las habilidades personales, así como el papel social de la comunidad en el bienestar.

El bienestar se debe entender como un elemento que valora el estado mental positivo de la persona y se refiere a aquellas capacidades para desarrollar el máximo potencial humano e implican el crecimiento personal para afrontar los retos de la vida (Ryff y Singer, 2008).

Lyubomirsky, King y Diener (2005) reconocieron que las personas con altos estados de salud positiva presentan mejor funcionamiento psicológico, viven una mayor cantidad de años, tienen una mejor salud física y mantienen relaciones interpersonales de alta calidad. Asimismo, el bienestar psicológico y el bienestar social se pueden asociar como indicadores de salud mental positiva y reconocer sus dimensiones para la evaluación de un buen ajuste psicológico y social (Blanco y Díaz, 2005; Bilbao, 2008).

Ryan y Deci (2000), con la premisa de que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo, afirman que el funcionamiento psicológico implicaría una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación) además de un sistema de metas congruente y coherente.

Concretamente, con la visión de exclusión social como proceso multidimensional y no por colectivos, no existe mucha bibliografía. Solo se ha encontrado el estudio de Escarbajal-Frutos, Izquierdo-Rus y López-Martínez (2014) donde se analiza el bienestar psicológico de 157 participantes en situación de exclusión social y donde se demostró que el bienestar psicológico y la inclusión social deberían considerarse como elementos que actúan como indicadores positivos de la salud mental.

Con todo lo expuesto anteriormente, en este estudio se defiende que el concepto de bienestar, tendría que asumirse de una forma mucho más amplia que el concepto de salud y entenderlo, tal como afirma González (2004), como un constructo con una dimensión básica y general (subjética), aspectos afectivos y emocionales (estados de ánimos), componentes cognitivos y valorativos (evaluación personal del sentido de la vida) y como un elemento imprescindible para promover la inclusión social.

Por todo ello, se sustenta que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable que favorezca los procesos de inclusión social. Focalizándose en el bienestar psicológico y social e identificar que variables del bienestar psicológico y social influyen en las trayectorias vitales, se reconoce la importancia que tiene el desarrollo psicosocial del individuo y la necesidad de identificar factores protectores para un buen ajuste psicológico a lo largo de la vida.

## 2.4 Sucesos vitales y afrontamiento

### 2.4.1 Estrés y sucesos vitales

Como ya se ha señalado en el capítulo anterior, fue a partir de los nuevos postulados del modelo biopsicosocial sobre la salud y a raíz del modelo ecológico, cuando se empieza a reconocer que las personas enfermaban no solo por factores biológicos o físicos, sino que los factores contextuales y sociales ejercían una influencia notable.

Si se parte de los modelos de desarrollo humano y de los modelos ecológicos, el ser humano, como ser biopsicosocial, experimenta ciertos acontecimientos vitales y desafíos críticos para su desarrollo integral (Bronfenbrenner, 1987; McCartney y Phillips, 2006). A lo largo de la vida, los seres humanos atraviesan por distintas etapas (niñez, adolescencia, juventud, vida adulta, vejez), en las que ocurren acontecimientos que se convierten en decisivos en las trayectorias vitales. Así, la pérdida del trabajo, los cambios de residencia, los procesos migratorios, la muerte de un familiar próximo, etc., son sucesos que pueden influir en el desarrollo de las personas y requieren de esfuerzos adaptativos para superarlos (López, Rosales, Chávez, Bryre y Cruz, 2009; Petterson y Burke, 2003).

El transcurrir de la vida es común a todas las personas, pero no todos los sucesos vitales se afrontan de la misma manera, eso dependerá de la manera en cómo se afronten, de las capacidades y las limitaciones que la persona disponga tanto a nivel individual, social y contextual (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín 1995; Miller, 1997).

Meyer (1950) fue uno de los primeros autores en detectar la gran importancia de los sucesos vividos en la provocación de tensiones nerviosas a lo largo del ciclo vital de un individuo. Este autor afirma que las personas viven una serie de sucesos que son decisivos y que a su vez afectan a los diferentes estados de salud.

Holmes y Rahe (1967) reconocieron, dentro del enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales, el concepto del estrés psicosocial basándose en la idea de suceso vital como “cambio vital”. Dichos autores definieron los sucesos vitales como eventos sociales que requerían de algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo y que podían provocar reacciones psicofisiológicas. Su escala de ajuste social pretendía vislumbrar cómo ciertos sucesos vitales impactan con mayor ímpetu en los estados de salud. En sus estudios demostraron que las personas que experimentan mayores cambios (por la suma de varios sucesos vitales) tienen mayor probabilidad de manifestar problemas de salud.



A raíz de la escala de ajuste social que propusieron, han surgido diferentes medidas para la evaluación de los eventos vitales estresantes. En un estudio reciente, Motrico, Rodero-Cosano, Álvarez-Gálvez, Salinas-Pérez y Moreno-Peral (2017) realizaron una búsqueda sistemática e identificaron los instrumentos más reconocidos a nivel nacional e internacional en población adulta. Aun así, hoy en día existen muchas dificultades para evaluar los acontecimientos vitales y tomar decisiones sobre la base de la evidencia con medidas de salud mental y física.

Los acontecimientos vitales se definen como aquellos eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo (Sandín y Chorot, 1993). Normalmente el potencial estresante de un acontecimiento vital se entiende en función de la cantidad de cambio que conlleva la crisis vivida. Caplan (1964) define la crisis vital como aquellos puntos transicionales que suponen situaciones nuevas que el individuo no puede afrontar con los mecanismos de superación habituales y, por tanto, es necesario articular nuevos recursos. Este mismo autor cree que las crisis pueden acontecer elementos constructivos, que permiten a la persona desarrollar nuevas habilidades y nuevos recursos personales y sociales. El papel patogénico de las crisis viene dado por la sensación de incapacidad de superación de la situación, que puede finalizar con una renuncia del proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa.

Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve y Skodol (1993) defienden que el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambios que conlleva tanto a nivel personal como en el contexto social donde se desarrolla la persona.

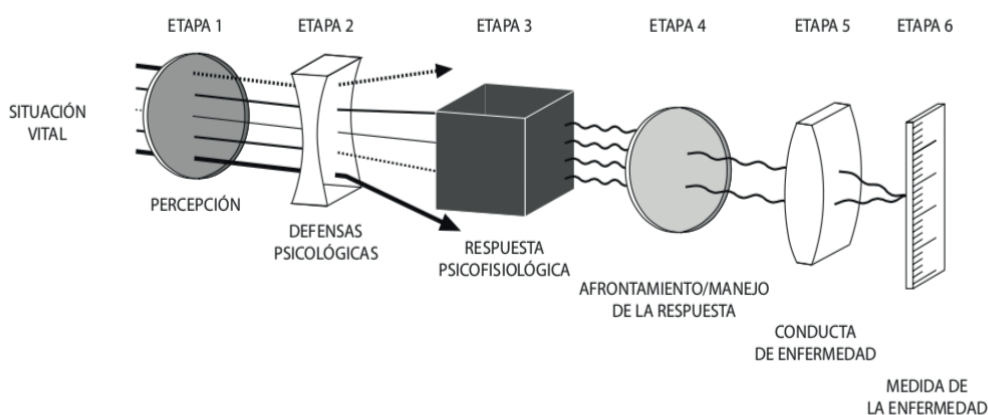
Otros autores como Brown y Harris (1978) sostienen que, además de reconocer la característica del cambio que genera el acontecimiento vital, también es necesario reconocer el sentimiento de amenaza o la percepción subjetiva de pérdida, peligro o reto que genera el acontecimiento.

Cuando se habla de acontecimientos vitales o sucesos vitales, es inevitable que surja la denominación de “sucesos vitales estresantes”, y aunque a veces se tiende a confundir, diferentes expertos sugieren que esta denominación debería evitarse, ya que los acontecimientos vitales se identifican por las respuestas que provocan por ellos mismos, y por ende no es necesario esta redundancia (Sandín, 1995; Thoits, 1984).

Los acontecimientos vitales actuarían como factores de riesgo, es decir, como condiciones o variables, que si están presentes pueden alterar los procesos adaptativos psicológicos o los estados de bienestar (Cohen, Janicki-Deverts y Miller, 2007; Phillips, Carroll y Der, 2015; Sandín y Charot, 1993).

Cuando se reconoce la relación entre acontecimiento vitales y ajustes psicológicos, aparece el concepto de variables moderadoras o factores protectores que, según Kalil (2003), actúan atenuando o incluso neutralizando el impacto de los factores de riesgo sobre las trayectorias de vida.

En el modelo de Rahe y Arthur (1978) se hace alusión a la relación existente entre los sucesos vitales y la salud. En este modelo (véase figura 13) se sugiere que los sucesos vitales son en primer lugar (etapa 1), codificados según la percepción del sujeto, dejando al margen si estos son relevantes o no para la salud. Esta etapa corresponde al proceso de valoración cognitiva. Posteriormente (etapa 2), se ponen en funcionamiento diferentes mecanismos de defensa cuando el suceso es percibido como significativo. Si con las defensas psicológicas no hay suficiente, se activa la etapa 3 (respuesta psicofisiológica). En la etapa 4, se enfatizan aquellas conductas individuales que se llevan a cabo para reducir las respuestas de la etapa 3, entre ellas las estrategias de afrontamiento. Finalmente, las dos últimas etapas corresponden al impacto de las fases anteriores en los estados de salud. En la etapa 5 se correspondería a la conducta que la persona manifiesta ante la enfermedad y en último lugar (etapa 6) la manera en cómo se mide o se percibe la enfermedad.



**Figura 13.** Relación entre estrés psicosocial y enfermedad según Rahe y Arthur (Sandín 2009: 15)

En un estudio reciente Durán (2010) propuso una explicación sobre el ciclo del estrés como un proceso de respuesta de la persona frente a las situaciones de estrés (véase figura 14). Según este autor, cuando una persona identifica una experiencia como estresante, ésta se percibe cognoscitivamente como un desafío o amenaza. La reacción al estrés que la persona ejerce, dependerá del significado psicológico que le otorgue al evento. El grado de ansiedad que se pueda desarrollar viene determinado por la importancia que la persona le dé a la situación, el estrés se experimenta cuando no se puede mantener o recuperar un equilibrio entre persona y medio (Durán, 2010: 75).



**Figura 14.** Ciclo del estrés (Durán 2010: 75)

Este autor reconoce la necesidad de desarrollar habilidades y estrategias tanto individuales como colectivas, para mejorar y controlar la situación de amenaza y poder regular de una manera más sana las situaciones de estrés negativo, es decir, propone emplear diferentes estrategias para una mayor productividad y mejores resultados de un estado psicológico óptimo.

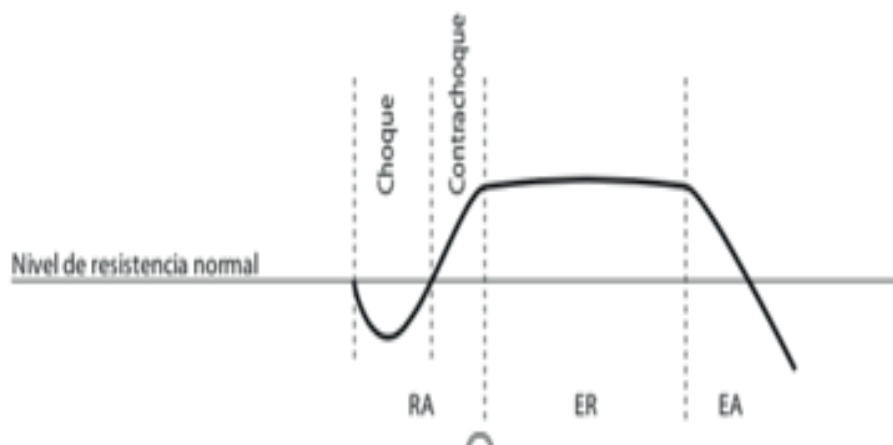
Este estudio, como se aprecia en el apartado siguiente, se ha basado en el afrontamiento individual, concretamente en el modelo transaccional del estrés y afrontamiento para reconocer qué variables mediadoras intervendrían en los procesos de adaptación y cuáles favorecen positivamente y negativamente a los ajustes psicológicos.

## 2.4.2 Teoría transaccional del estrés

El convencimiento de que los acontecimientos vitales que sufre una persona puede ocasionar problemas de salud y, particularmente, problemas de salud mental, ha hecho que se evalúen diferentes teorías y modelos sobre el estrés y se contemplen las estrategias de afrontamiento como una variable mediadora de adaptación de las personas ante los acontecimientos vitales.

Para adentrarnos en el tema, nada mejor que hacer alusión al término estrés. Fue en el siglo XVII, cuando el biólogo y físico R. Hooke acuñó por primera vez el concepto de estrés haciendo asociaciones a fenómenos físicos como presión, fuerza o distorsión, aunque la definición moderna del concepto surgió de los trabajos de Selye (1960), quien lo definió como “un estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así, el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular” (p.65).

En su definición operativa del estrés (véase figura 15), Selye reconoce dos tipos de fenómenos objetivables: el estresor y la respuesta del estrés. Por otra parte, subraya que la respuesta de estrés está constituida por un proceso denominado Síndrome General de Adaptación (SGA).



**Figura 15.** Representación esquemática de las tres fases del síndrome general de adaptación (Sandín, 2009: 6)

Según Selye (1960) (citado en Sandín, 2009: 6), el SGA incluiría tres etapas:

- **1. Reacción de alarma (RA).** En esta fase, el organismo reacciona cuando se ve expuesto de forma repentina a diferentes estímulos a los que no está adaptado o acostumbrado y estaría compuesta por dos subfases. La primera llamada choque, es donde se constituye la reacción inicial e inmediata del agente nocivo. Algunos de los síntomas típicos en esta fase serían la taquicardia, la caída de la presión sanguínea, la disminución de la temperatura. Sin embargo, en la fase contrachoque, se desarrolla una reacción de rebote (defensa contra el choque) caracterizada por la movilización de una fase defensiva, durante la cual se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático y, en general, signos opuestos a los de la fase de choque, es decir, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc.
- **2. Etapa de resistencia (ER).** Si la persona ha sido capaz de sobrevivir o superar la fase de alarma pasará por la llamada «fase de resistencia». En esta se produce la adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas. Se caracteriza por una resistencia aumentada al agente nocivo particular y por una menor resistencia a otros estímulos. Así pues, se obtiene la impresión de que se adquiere la adaptación a un agente a costa de la menor resistencia a otros agentes. La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma desaparecen durante este periodo.
- **3. Etapa de agotamiento (EA).** Finalmente, si el organismo continúa expuesto al estresor de forma prolongada y ha podido superar la fase anterior, entraría directamente en la tercera fase llamada fase de agotamiento. El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado. Reaparecen los síntomas característicos de la reacción de alarma y puede significar la muerte del organismo.

Selye también hizo una distinción entre estrés positivo “eustrés” como aquella respuesta psicofisiológica agradable, gratificante y placentera que experimenta el cuerpo delante de los cambios que requiere la demanda y, por otra parte, expone el estrés negativo “distrés”, como la respuesta que surge cuando la persona no es capaz de afrontar una situación y las demandas sobrepasan los recursos. Ante el distrés, el cuerpo de la persona sufre una activación psicofisiológica desagradable reproduciendo un estado de malestar que puede ser prolongado y puede ocasionar problemas de salud física y mental (Lazarus, 1966; Oblitas, 2008).

Hoy en día no existe una definición unívoca del estrés, por ello es muy difícil formular una definición amplia que aglutine todos los aspectos esenciales, así que en la mayoría de ocasiones se suele clasificar en función de su conceptualización (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1994; Goldberger y Breznitz, 1993; Zeidner y Endler, 1996).

Dejando de lado las controversias sobre la definición del estrés en Crespo y Labrador (2003), como estímulo o como respuesta, nuestro interés por las teorías del estrés y su relación con las estrategias de afrontamiento se enmarca por una parte en la teoría procesual del estrés de Lazarus y Folkman (1984) y en el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Sandín, 2008).

#### **2.4.2.1- Modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984)**

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) entiende el estrés psicológico como el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este mismo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en riesgo su bienestar, es decir, reconoce la apreciación que hace la persona sobre las demandas del entorno y sobre los recursos disponibles para hacerle frente y la amenaza en perjudicar levemente los estados de salud.

Según este modelo, el afrontamiento se analiza como un proceso dinámico, multidimensional y biopsicosocial a través del cual los individuos tratan de paliar, resistir y/o vencer las consecuencias que genera una situación de estrés, dedicando todos los esfuerzos cognitivos y conductuales necesarios, permitiéndole recuperar el equilibrio y adaptarse a la situación Lazarus y Folkman (1984).

Desde el enfoque transaccional, el proceso de estrés psicológico seguiría las siguientes fases:

- **Primera estimación (*appraisal*):** según los autores, el proceso se inicia con la aparición de un estímulo o varios de ellos, que son evaluados dentro de un contexto donde se generan y conlleva una evaluación por parte de la persona y de los recursos de afrontamiento de los que disponga. Esta evaluación está basada en la información recibida, en la activación emocional, en el conjunto de atribuciones que se hagan y de las creencias que posee, así como del soporte social que se disponga.
- **Proceso de evaluación cognitiva:** la evaluación cognitiva consistirá en el proceso por el cual damos sentido a los eventos que ocurren a nuestro alrededor o dentro de nosotros. En el momento en que las personas enfrentan un estímulo estresor, se

dan tres tipos de respuestas según su evaluación: daño (que incluye un perjuicio ya hecho), amenaza (resulta ser potencialmente dañino para la persona) y reto (probabilidad de salir con éxito de la situación).

Cuando una persona se enfrenta a una situación potencialmente estresante, realiza una primera evaluación acerca del significado que le otorga a dicha situación, las cuales pueden clasificarse en: irrelevante, benigna-positiva o estresante. En el momento que esta situación se valore como estresante, se pone en juego una segunda evaluación, donde se determinan los recursos y oportunidades de que dispone la persona para hacer frente a la situación. En tercer lugar, se encuentra la reevaluación, cuando de nuevo el sujeto reinterpreta y realiza una evaluación desde el inicio, incorporando las nuevas informaciones que ha ido recopilando.

- **Estrategias de afrontamiento:** finalmente, cuando el estrés se desencadena, la persona realiza una búsqueda de alternativas para buscar una solución, haciendo uso de las estrategias de afrontamiento.
- **Resultados:** Tanto la evaluación cognitiva como las estrategias de afrontamiento tienen como finalidad la adaptación de las personas para afrontar circunstancias adversas.

#### 2.4.2.2- Modelo procesual del estrés

Tomando como base el enfoque interaccional, así como también aportaciones de otras perspectivas, Sandín (1995) propone el modelo procesual de estrés.

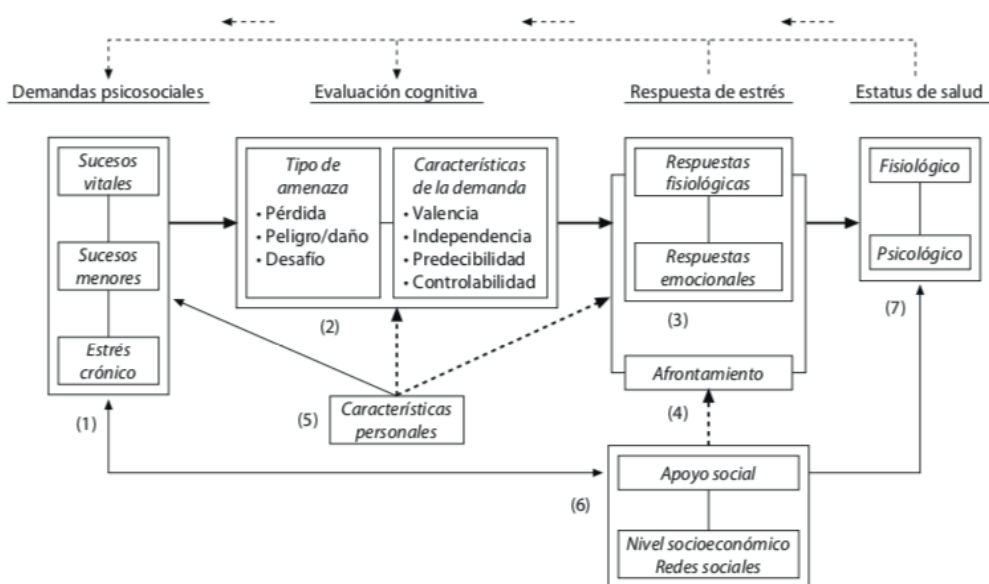


Figura 16. Modelo procesual del estrés (Sandín, 2009: 11)

Tal como se muestra en la figura 16, este modelo se estructura sobre las bases de siete etapas, que se explican a continuación de la misma manera que se exponen en Sandín (2009: 10 - 12):

- **Demandas psicosociales.** Se refiere a los agentes externos causantes primarios del estrés. En principio, esta dimensión incluiría no solo los factores psicosociales, sino también los agentes ambientales naturales. Cuando se alude al estrés psicosocial se refiere a los sucesos mayores o sucesos vitales (por ejemplo, pérdida de trabajo), a los sucesos menores (estrés diario) y al estrés crónico (por ejemplo, estrés laboral). Un factor importante relacionado con las demandas psicosociales es el estatus socioeconómico (generalmente un estatus socioeconómico bajo suele asociarse a más estresores psicosociales, a peor apoyo social y a características personales negativas).
- **Evaluación cognitiva.** Se refiere a la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación o demanda psicosocial. La evaluación cognitiva suele ser consciente, aunque también puede no serlo, y suele implicar siempre alguna forma de amenaza para el individuo. Asimismo, la evaluación de la demanda psicosocial puede implicar que esta se valore según diversas características (características de la demanda), tales como la valencia (la demanda puede ser valorada como algo negativo o positivo), la independencia (la demanda puede valorarse como independiente o dependiente de las acciones del individuo), la predecibilidad (la demanda puede ser esperada o puede ocurrir de forma inesperada para el individuo), y la controlabilidad (el individuo puede percibir que puede controlar o no la demanda psicosocial).
- **Respuesta de estrés.** Incluye primeramente el complejo de respuestas fisiológicas, tales como las neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo. En la tercera fase operan las respuestas psicológicas que contribuyen a constituir la «respuesta de estrés», tales como las respuestas emocionales. Las respuestas psicológicas relacionadas con el estrés son fundamentalmente de tipo emocional, y particularmente suelen tratarse de respuestas de ansiedad y/o depresión.
- **Afrontamiento.** Se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes, así como también para suprimir el estado emocional del estrés. En realidad, esta es la última etapa del proceso del estrés propiamente dicho.



- **Características personales.** Incluye todo un conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores. Pertenecen a este nivel variables como los tipos de personalidad, los factores hereditarios en general, el sexo, la raza, etc. Son variables relativamente estables en el individuo, y que diferencian a unos individuos de otros. Las personas no solo pueden percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también pueden emplear diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes. Las características personales pueden determinar en gran medida la evaluación que el individuo haga de la demanda psicosocial, pero también influyen en las estrategias de afrontamiento.
- **Características sociales.** Las características sociales relevantes para el estrés son el apoyo social y las redes sociales. En este sentido, el apoyo social sería como un soporte clave del que la gente puede disponer cuando necesita hacer frente a los estresores. El apoyo social generalmente hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo.
- **Estatus de salud.** Más que una fase del proceso del estrés se trata de un resultado del mismo. Este estado de salud, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores. Un afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud. La psicopatología del estrés trata de explicar los mecanismos del estrés, en sus diferentes niveles de actuación, relacionados con la alteración de la salud.

### 2.4.3 Afrontamiento como factor moderador

Según los diferentes modelos explicados anteriormente, la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno. En el momento en que una persona se enfrenta a una situación potencialmente estresante, realiza una serie de evaluaciones que determina el conjunto de recursos y oportunidades de que dispone la persona para hacer frente a la situación. Los resultados de esta evaluación modificaran la evaluación primaria y predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento Lazarus y Folkman (1984).

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como:

aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. En su modelo asumen que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser adaptativas o no adaptativas (p.164).

Según Sandín (1995), el concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico, que suele acompañar al estrés (p.39).

El afrontamiento es definido por Everly (1989) como “un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales” (p. 44). Este mismo autor expone que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas cuando reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo o adaptativas cuando reducen el estrés a corto plazo, pero erosionan la salud a largo plazo.

Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) refuerzan que el afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación entre los sucesos vitales estresantes y síntomas de enfermedad, actuando como regulador de la perturbación emocional. Según estos autores, si el afrontamiento es adecuado no presentará malestar, en caso contrario, podría afectar a la salud de forma negativa.

No obstante, para clarificar el concepto de afrontamiento, es necesario hacer alusión al significa de los usos de estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento.

Según Fernández-Abascal (1997), los estilos de afrontamiento se refieren a las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Así define que las estrategias de afrontamiento “son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (p.190).

En cambio, Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (1994) definen los estilos de afrontamiento como aquellas disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecen en función de la situación.

Pelechano (2000) indica que ambos conceptos pueden ser complementarios, y añade que los estilos de afrontamiento son patrones estables y consistentes (coherencia de conducta) y que las estrategias serían acciones y comportamientos más específicos para afrontar la situación.

Desde la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984) existirán dos estilos de afrontamiento: centrado en el problema y centrado en la emoción.

- El afrontamiento centrado en el problema se refiere a los esfuerzos dirigidos fundamentalmente a la fuente de origen del estrés para modificarla o eliminarla y buscar una solución satisfactoria para el sujeto. Implica estrategias como confrontación, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y planificación de las soluciones de problemas. Por otra parte, tiene como finalidad hacer frente al problema de forma directa, implica tener un objetivo, realizar un análisis y tener claro el ambiente, por ello, las estrategias se dirigen hacia sí mismo.
- El afrontamiento centrado en la emoción se refiere a los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales que están en relación con, o son una consecuencia, de las situaciones estresantes. Las estrategias utilizadas son las de distanciamiento, búsqueda de apoyo social, escape/evitación, minimización, atención selectiva, reevaluación cognitiva, negación y reevaluación positiva. Este estilo es usado cuando el estresor se evalúa como inmodificable o perdurable.

Moos y Billings (1982) añadieron un tercer tipo de afrontamiento:

- **Afrontamiento centrado en la cognición:** aquí el objetivo es alterar o reducir la percepción o también la valoración de la situación como amenazante por medio de cogniciones o pensamientos positivos o distractores del evento.

La descripción de las diferentes formas de afrontamiento que se ha utilizado en este estudio se encuentra en los postulados sobre el estrés de Sandín y Chorot (2003), basados en las teorías de Lazarus y Folkman y de Moos y Billings (1993).

Sandín y Chorot (2003) crearon el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). Una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento:

- **Focalizado en la solución de problemas:** la persona se dirige a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones.
- **Autofocalización negativa:** la persona es incapaz de enfrentarse al problema, se percibe como indefenso y culpable ante la situación.
- **Reevaluación positiva:** la persona tiene una visión optimista de la situación, tiende a ver el lado positivo de las cosas y considera la experiencia como forma de crecimiento personal.
- **Expresión emocional abierta:** la persona realiza conductas que dañan de algún modo a otra persona; está relacionada con la incapacidad para manejar las emociones, específicamente baja tolerancia a la frustración y poco control.
- **Evitación:** la persona refleja un esfuerzo consciente por desatender el problema o negarlo, puede caracterizarse por la realización de actividades de ocio y relajantes como lo es el deporte.
- **Búsqueda del apoyo social:** la persona comparte los problemas con otras personas y buscan apoyo para su resolución.

- **Orientación religiosa:** la persona refleja una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un ser espiritual o Dios para solucionar la situación.

#### 2.4.4 Afrontamiento y estados de salud

Diversos estudios han relacionado los diferentes estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento con los estados de salud. Mientras que algunas formas de afrontamiento se relacionan con la salud, otras lo hacían con ciertos trastornos o con la manifestación de desajustes psicológicos (Sandín y Chorot, 2003).

Los estilos de afrontamiento centrados en la emoción y las de evitación se asocian a mayores problemas emocionales y de comportamiento (Acton, 2003; Compas, 1987; Morales y Trianes, 2010).

El estudio de Seiffge-Krenke y Klessinger (2000) demostró que algunos trastornos psicológicos estaban relacionados con la manifestación de estrategias de afrontamiento de evitación del problema. Según Ojeda (2017), evitar un problema puede reducir el estrés de forma puntual, pero no es una estrategia eficaz para resolver completamente la situación conflictiva.

En la misma línea, Sandín, Chorot, Segura y Pardo (1988), demostraron que los estilos de afrontamiento de evitación, aceptación resignada y descarga emocional abierta correlacionaban de forma positiva y significativa con la sintomatología somática, mientras que las estrategias orientadas a la solución de problemas y el análisis lógico correlacionaban de forma negativa.

En otro estudio de Sandín y Chorot (1993), se muestra que las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad puntuaban de forma más elevada en la dimensión focalizada en la emoción y en la evitación, en cambio la muestra control obtuvo puntuaciones más altas en las dimensiones centradas en el problema.

Otra de los afrontamientos, que normalmente se relaciona con los estados de salud positivos, es la estrategia de la búsqueda de apoyo social, cuyo término, tal como expuso Caplan (1974), hace referencia a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar y contar y tienen un papel importante en la integración psicológico y física de una persona (Matteson y Ivancevich, 1989; Rice, 1998).

Existen dos explicaciones teóricas que explican la relación entre el apoyo social y el bienestar. Por una parte, la *explicación de efecto directo*, que defiende que cualquier incremento en los niveles de apoyo social aumentaría de forma inmediata los niveles de bienestar (Lin y Ensel, 1989; Barrón y Chacón, 1992). Por otra parte, la *explicación del efecto amortiguación*, considera que el apoyo social actúa como moderador de las situaciones de estrés (Cassel, 1974; Cobb, 1976).

En los últimos años ha aumentado considerablemente la investigación sobre los efectos de los estilos de afrontamiento en la manifestación de problemas de salud, como los estilos de afrontamiento focalizados en el problema y la evitación. En cambio, aquellos estilos de afrontamiento directos o centrados en el problema son considerados como recursos más adaptativos y se relacionan con la salud mental positiva (Endler y Parker, 1990; Steiner, Erikson, Hernández y Pavelski, 2002).

Según Fernández y Díaz (2001), en el momento en que el afrontamiento no logra disminuir el proceso de estrés, es cuando existe mayor probabilidad de que se produzcan alteraciones en salud y bienestar. En su estudio sobre los estilos de afrontamiento en pacientes esquizofrénicos, demuestran como aquellos pacientes con menor grado de patología utilizaban más a menudo estrategias de afrontamiento centradas en la tarea y bajo afrontamiento emocional, mientras que los que informan más síntomas y deterioros mostraban mayor tendencia al afrontamiento no centrado en el problema (evitación) con un bajo grado de esfuerzo cognitivo para controlar las reacciones emocionales que se pueden derivar de sus experiencias.

Aldwin (1994) expone que existen tres formas en las que se relaciona el afrontamiento con el bienestar: en primer lugar, por un efecto directo sobre los resultados de la salud, en segundo lugar, por la mediación que se establece por el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y finalmente por el efecto moderador o amortiguador del afrontamiento en las consecuencias del estrés en la salud.

En su estudio, Hammen (2005) realiza una interesante revisión bibliográfica que reconoce una asociación fuerte y causal entre los acontecimientos estresantes de la vida y los principales episodios depresivos. Según este autor, existiría un interés creciente en abandonar los modelos unidireccionales de la asociación estrés-depresión, para pasar a reconocer los efectos de los contextos y las características personales en la aparición de factores estresantes, y en la probabilidad de que se establezcan relaciones progresivas y dinámicas entre el estrés y la depresión a lo largo de la vida.

En un estudio reciente, Phillips, Carroll y Der (2015), realizaron una investigación con una muestra de 1.437 individuos de diferentes generaciones de edades para determinar si los efectos de generación de estrés son mayores que los efectos de los acontecimientos estresantes de la vida en la depresión, y si la generación de estrés también se manifiesta con la ansiedad. En sus resultados, demostraron como los eventos de vida predicen la sintomatología depresiva y que la relación entre la depresión y los eventos de vida son significativas. También evidenciaron la diferencia entre sexos en el grado en que los eventos de vida predicen la ansiedad.

Pargament y Brant (1998) desarrollan el concepto de “afrontamiento religioso” como aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas. Según esos autores el afrontamiento focalizado en la religión es una dimensión general de afrontamiento.

En definitiva, tal como afirma Sandín (2008), el conjunto de relaciones que se establecen entre el estrés y la salud sirven, para valorar al estrés como la causa de los problemas de salud y existe suficiente consenso en el sentido de apoyar que el afrontamiento juega un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Para finalizar este apartado, se debería considerar que el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos y psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a las situaciones estresantes (Clements y Turpin, 1996; Hesselink et al., 2004).

Utilizar un afrontamiento adecuado y activo del problema, reduce tanto el estrés como sus consecuencias, se asocia directamente con un mayor nivel de bienestar emocional y favorece la aparición de la sintomatología psicofisiológica a niveles cognitivo, emocional, conductual y físico (González-Cabanach, Souto-Gestal, González-Doniz y Franco, 2018; Freire et al., 2016; Pozos-Radillo, Preciado-Serrano, Plascencia-Campos, Valdez-López y Morales-Fernández, 2016).

## 2.4.5 Sucesos vitales, exclusión social y afrontamiento

En los puntos anteriores se ha demostrado como las crisis vitales que se generan a partir de ciertos acontecimientos, muchas veces sobrepasan las capacidades de las personas y la manera en cómo se hacen frente, pueden deteriorar más o menos al desajuste psicológico y afectar al bienestar (Cohen, Janicki-Deverts y Miller, 2007; Dohrenwend et al., 1993). Pero ¿son las presiones y demandas ambientales iguales para todos? o ¿realmente existen grupos con ciertos factores de vulnerabilidad que son más susceptibles?

En el bloque 1 ya se había expuesto como los procesos de exclusión social son el resultado de la acumulación de situaciones de desventaja en diferentes ámbitos que afectan la vida cotidiana de las personas e impactan en las trayectorias vitales (Jiménez, 2008; Subirats, 2004; Tezanos, 2004; Castel, 1991). A mayor acumulación de acontecimientos vitales, más cambios o reajustes ante la situación de estrés y, por ende, mayor repercusión en los procesos adaptativos psicológicos y en el bienestar (Lupien, King, Meaney y McEwen, 2001).

En el estudio de Dohrenwend (1973) se afirmó que las personas de clase baja son más receptivas al estrés que las personas de clase alta; de la misma manera Kessler y Cleary (1980) demostraron que las personas de clase baja están expuestas a más eventos y situaciones estresantes que pueden llevar a la angustia emocional que sus contrapartes de clase media y alta. También argumentaron y demostraron el papel que desempeña el hecho de que las personas de clase baja son más sensibles emocionalmente a las tensiones que experimentan, incluso cuando estas tensiones no son más comunes entre ellos que entre las personas que ocupan posiciones sociales más altas.

Todos estos esfuerzos apoyan la posición de que las personas de clase baja son particularmente sensibles al estrés y, por tanto, se reconoce que las personas de clase baja están en desventaja en su acceso tanto a las fuentes intrapsíquicas como a los recursos sociales (Dohrenwend, 2000; Thoits, 1984).

Otros estudios demostraron como la clase social deja su huella en el individuo, principalmente a través de la socialización de la infancia, aunque marca una fuerte influencia los recursos intrapsíquicos inculcados en el individuo durante estos años formativos críticos tienen una influencia constante a lo largo de la vida (Liem y Liem, 1978; Lewis, 1961; Lupien, King, Meaney y McEwen, 2001).



Sin embargo, si nos basamos en las teorías de la causa social o en los postulados ecológicos se piensa que es la experiencia durante el proceso de socialización lo que determina que las personas dispongan de recursos adaptativos o del manejo de respuestas adaptativas (Antonovsky, 1979; Kohn, 1976).

Tal como expresa Bronfenbrenner (1987), las experiencias de la vida influyen indirectamente en el afrontamiento al ayudar a dar forma a las valoraciones, creencias, valores y disposiciones de comportamiento que conforman el repertorio de afrontamiento de cada uno. Es decir, el entorno ayudaría a moldear los recursos adaptativos del individuo para hacer frente a la situación.

Sin duda, los procesos de exclusión social motivados por multidimensionalidad de factores dificultan e impiden el desarrollo integral del individuo. El proceso de socialización posibilita la adaptación y previene la exclusión social (Castel, 1991).

Basándose en la definición de Lazarus y Folkman (1984), cuando afirman que el ser humano está expuesto a presentar estrés ante diferentes situaciones de la vida y que la forma de resolverlo depende en gran medida de las diferencias individuales, de variables motivaciones y de los recursos cognitivos con los que cuenta, se puede concluir que el estrés no es una condición propia de las personas en situación de exclusión social, pero quizá sí la manera y los recursos disponibles para afrontarlo.

Aunque no se ha encontrado ningún estudio como el presente que relacione ampliamente procesos de exclusión social de manera global con los estilos de afrontamiento, sí se han hallado estudios recientes que relacionan estilos y/o estrategias de afrontamiento con colectivos concretos o problemáticas específicas relacionados con la exclusión social y la pobreza.

En su estudio Pino y López-Ibor (1995) reconocen el papel que juega la vulnerabilidad individual cuando está relacionado con los factores personales que predisponen al desarrollo de la psicopatología. Determinan que existen ciertos componentes hereditarios, psicológicos, sociales y culturales que están relacionados con ciertas estrategias que las personas utilizan para hacer frente a los acontecimientos de la vida.

Himle et al. (2020) han demostrado la relación entre pobreza, desempleo y Trastorno de Ansiedad Social (TAE). Los participantes describieron las interacciones entre los sentimientos de ansiedad social e ira, además de los síntomas más típicos del TAE y demostraron utilizar estrategias de afrontamiento basadas más en la emoción.

Uno de los temas que en los últimos años ha requerido especial atención ha sido la relación de las estrategias de afrontamiento con los procesos de asimilación cultural y migratorios. Diferentes investigadores sugieren que las personas inmigrantes disponen de menos capacidad para hacer frente a ciertas situaciones y que emplean estrategias de afrontamiento inapropiadas que conducían a resultados negativos para la salud. Se reconoce que, para satisfacer las demandas internas y externas de los desafíos y amenazas, utilizaron la resolución planificada de problemas para manejar los desafíos, y estrategias de afrontamiento centradas en las emociones para cambiar la forma en que se sentían con respecto a las amenazas en lugar de centrarse en cambiar la situación Deane, Richards, Bocanegra, Santiago, Scott y Zakayan, 2020; Obeid, Haddad, Salame, Kheir, Hallit, 2019).

Las mujeres que han sufrido violencia de género o que se ven forzadas a ejercer la prostitución también ha sido un colectivo especialmente estudiado. En el estudio de Puente-Martínez, Ubillos-Landa, García-Zabala y Páez-Rovira (2019), se llega a la conclusión de que el autocontrol era la única estrategia relacionada con la mejora del bienestar en las trabajadoras del sexo que informaron de una menor tensión potencial y dificultades en sus relaciones íntimas.

Bhandari (2019), mediante una investigación cualitativa, analiza aquellas estrategias centradas en los problemas y las emociones que utilizan mujeres víctimas de violencia. Las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones incluían: espiritualidad/religión, esperanza, evitación, llorar mucho y mantenerse ocupada.

Greenlee y Lantz (1993) reconocen el papel que tiene la familia y los amigos para afrontar situaciones de estrés. Thoits (1995) hace una revisión sobre el estrés, los recursos de afrontamiento, las estrategias de afrontamiento y los procesos de apoyo social y finalmente reconoce la necesidad de los individuos a recibir apoyo social e indica el apoyo social percibido como determinante en la salud y la salud mental.

Con estas consideraciones como telón de fondo, es relativamente fácil ofrecer una explicación plausible de cómo las personas en situación de exclusión social están más expuestas a vivir acontecimientos vitales, por el conjunto de factores de riesgo y el grado de vulnerabilidad al que están expuestas; y por lo tanto disponen de menos recursos psicosociales y cognitivos para afrontar las situaciones de estrés y por ende sufren una mayor repercusión en los procesos adaptivos y psicológicos y en el bienestar.

# **CAPÍTULO 3**

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



### 3.1 Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es identificar factores de riesgo disruptivos, factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento que influyen en la salud autopercebida en procesos de inclusión y exclusión social. La finalidad última es proponer una serie de modelos de factores psicosociales que pueden ser moduladores de salud en procesos de exclusión e inclusión social, con la finalidad de orientar políticas anticipatorias y reactivas para reducir las desigualdades sociales en salud.

### 3.2 Objetivos específicos

Para alcanzar el objetivo general de la tesis, se han planteado ocho objetivos específicos:

- **OBJETIVO 1:** Identificar factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de inclusión y de exclusión social.
- **OBJETIVO 2:** Estudiar la relación existente entre la salud autopercebida, factores de bienestar psicológico, de bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social.
- **OBJETIVO 3:** Establecer un modelo predictivo de la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento mediante el análisis de la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social.
- **OBJETIVO 4:** Evaluar el nivel de salud autopercebida y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión y de exclusión social.
- **OBJETIVO 5:** Extraer las puntuaciones para cada factor del bienestar psicológico y bienestar social y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión y de exclusión social.
- **OBJETIVO 6:** Identificar diferencias en estilos de afrontamiento que utilizan las personas en situación de inclusión y de exclusión social.

- **OBJETIVO 7:** Estudiar la relación entre la salud autopercebida con el bienestar psicológico, el bienestar social, así como con los estilos de afrontamiento en los procesos de inclusión y exclusión social.
- **OBJETIVO 8:** Establecer un modelo predictivo de salud autopercebida en procesos de inclusión y exclusión social mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.

### 3.3 Hipótesis

Para alcanzar cada uno de los objetivos específicos, a continuación, se plantean las siguientes hipótesis operativas que permitirán orientar los resultados hacia conclusiones lógicas y estructuradas.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 1:**

H1: Las personas en situación de exclusión social acumularán más factores de riesgo en su trayectoria vitales en los diferentes ámbitos sociales a diferencia de las personas en situación de inclusión social.

H0: No existirán diferencias entre la acumulación de factores de riesgo entre personas en situación de exclusión y de inclusión social.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 2:**

H1: En personas en situación de exclusión social, a mayor acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales, se obtendrán menores puntuaciones de salud autopercebida, menores puntuaciones de bienestar psicológico y de bienestar social y menor dominio de estilos de afrontamiento cognitivos.

H0: En personas en situación de exclusión social, a mayor acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales, no se obtendrán menores puntuaciones de salud autopercebida, ni de bienestar psicológico y bienestar social y se demostrarà un mayor dominio de estilos de afrontamiento cognitivos.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 3:**

H1: En personas en situación de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales explicará un mayor porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, del bienestar psicológico, del bienestar social y de los estilos de afrontamiento.

H0: En personas en situación de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales no explicará ningún porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, del bienestar psicológico, del bienestar social y de los estilos de afrontamiento.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 4:**

H1: Las personas en situación de exclusión social indicarán niveles de salud autopercebida más bajos que las personas en situación de inclusión social.

H0: No existirán diferencias en las puntuaciones de salud autopercebida en personas en situación de inclusión y de exclusión social.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 5:**

H1: Las personas en situación de exclusión social obtendrán puntuaciones más bajas en los diferentes factores del bienestar psicológico y bienestar social en comparación con las puntuaciones obtenidas por las personas en situación de inclusión social.

H0: No existirán diferencias en las puntuaciones en los diferentes factores del bienestar psicológico y bienestar social entre las personas en situación de inclusión social y exclusión social.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 6:**

H1: Las personas en situación de exclusión social manejarán estilos de afrontamiento de tipo emocional, sin embargo, las personas en situación de inclusión social manejarán estilos de afrontamiento de tipo cognitivo.

H0: No existirán diferencias en el manejo de los estilos de afrontamiento entre las personas en situación de inclusión y de exclusión social.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 7:**

H1: Obtener puntuaciones bajas de bienestar psicológico y social, así como el manejo de estilos de afrontamiento de tipo emocional, estará relacionado con puntuaciones de salud autopercebida baja.

H0: No existirá relación entre el bienestar psicológico, el bienestar social, ni con ciertos estilos de afrontamiento (emocional y racional) con puntuaciones de salud autopercebida baja.

- **HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO 8:**

H1: Existen factores de bienestar psicólogo y bienestar social, así como ciertos estilos de afrontamiento que explicaran un mayor porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, tanto en procesos de exclusión e inclusión social.

H0: El bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamientos no explicarán ningún porcentaje de varianza de la salud autopercebida ni en procesos de exclusión social ni en procesos de inclusión social.

**Tabla 8.** Cuadro resumen de objetivo generales, objetivos específicos e hipótesis

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS
<p>El objetivo general de esta investigación es identificar factores de riesgo disruptivos, factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento que influyen en la salud autopercebida en procesos de inclusión y exclusión social.</p>	<p><b>Objetivo 1:</b> Identificar factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>	<p><b>H1:</b> Las personas en situación de exclusión social acumularán más factores de riesgo en su trayectoria vitales en los diferentes ámbitos sociales a diferencia de las personas en situación de inclusión social.  <b>H0:</b> No existirán diferencias entre la acumulación de factores de riesgo entre personas en situación de exclusión y de inclusión social.</p>
<p>La finalidad última es proponer una serie de modelos de factores psicosociales que pueden ser moduladores de salud en procesos de exclusión e inclusión social, con la finalidad de orientar políticas anticipatorias y reactivas para reducir las desigualdades sociales en salud.</p>	<p><b>Objetivo 2:</b> Estudiar la relación existente entre la salud autopercebida, factores de bienestar psicológico, de bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social.</p>	<p><b>H1:</b> En personas en situación de exclusión social, a mayor acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales, se obtendrán menores puntuaciones de salud autopercebida, menores puntuaciones de bienestar psicológico y de bienestar social y menor dominio de estilos de afrontamiento cognitivos.  <b>H0:</b> En personas en situación de exclusión social, a mayor acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales, no se obtendrán menores puntuaciones de salud autopercebida, ni de bienestar psicológico y bienestar social y se</p>



OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS
	<p><b>Objetivo 3:</b> : Establecer un modelo predictivo de la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento mediante el análisis de la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social.</p> <p><b>Objetivo 4:</b> Evaluar el nivel de salud autopercebida y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>	<p>demostrará un mayor dominio de estilos de afrontamiento cognitivos.</p> <p><b>H1:</b> En personas en situación de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales explicará un mayor porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, del bienestar psicológico, del bienestar social y de los estilos de afrontamiento.</p> <p><b>H0:</b> En personas en situación de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales no explicará ningún porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, del bienestar psicológico, del bienestar social y de los estilos de afrontamiento.</p> <p><b>H1:</b> Las personas en situación de exclusión social indicarán niveles de salud autopercebida más bajos que las personas en situación de inclusión social.</p> <p><b>H0:</b> No existirán diferencias en las puntuaciones de salud autopercebida en personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS
	<p><b>Objetivo 5:</b> Extraer las puntuaciones para cada factor del bienestar psicológico y bienestar social y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>	<p><b>H1:</b> Las personas en situación de exclusión social obtendrán puntuaciones más bajas en los diferentes factores del bienestar psicológico y bienestar social en comparación con las puntuaciones obtenidas por las personas en situación de inclusión social.</p> <p><b>H0:</b> No existirán diferencias en las puntuaciones en los diferentes factores del bienestar psicológico y bienestar social entre las personas en situación de inclusión social y exclusión social.</p>
	<p><b>Objetivo 6:</b> Identificar diferencias en estilos de afrontamiento que utilizan las personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>	<p><b>H1:</b> Las personas en situación de exclusión social manejarán estilos de afrontamiento de tipo emocional, sin embargo, las personas en situación de inclusión social manejarán estilos de afrontamiento de tipo cognitivo.</p> <p><b>H0:</b> No existirán diferencias en el manejo de los estilos de afrontamiento entre las personas en situación de inclusión y de exclusión social.</p>

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS
	<p><b>Objetivo 7:</b> Estudiar la relación entre la salud autopercebida con el bienestar psicológico, el bienestar social, así como con los estilos de afrontamiento en los procesos de inclusión y exclusión social.</p>	<p><b>H1:</b> Obtener puntuaciones bajas de bienestar psicológico y social, así como el manejo de estilos de afrontamiento de tipo emocional, estará relacionado con puntuaciones de salud autopercebida baja.</p> <p><b>H0:</b> No existirá relación entre el bienestar psicológico, el bienestar social, ni con ciertos estilos de afrontamiento (emocional y racional) con puntuaciones de salud autopercebida baja.</p>
	<p><b>Objetivo 8:</b> Establecer un modelo predictivo de salud autopercebida en procesos de inclusión y exclusión social mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.</p>	<p><b>H1:</b> Existen factores de bienestar psicológico y bienestar social, así como ciertos estilos de afrontamiento que explicaran un mayor porcentaje de la varianza de la salud autopercebida, tanto en procesos de exclusión e inclusión social.</p> <p><b>H0:</b> El bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamientos no explicarán ningún porcentaje de varianza de la salud autopercebida ni en procesos de exclusión social ni en procesos de inclusión social.</p>



# **CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**



## 4.1 Población y muestra del estudio

La muestra total del presente trabajo está compuesta por un total de 210 personas, agrupadas en dos submuestras: una de 103 personas identificadas en situación de exclusión social y otra de 107 personas que no se encuentran en situación de exclusión social.

Para identificar si una persona pertenece a la muestra de exclusión social o la de inclusión, se ha utilizado la tasa AROPE, uno de los indicadores más habituales y validados a nivel internacional. En la actualidad solo se puede calcular esta tasa y compararla con una muestra de población general a nivel de Cataluña ya que es el nivel menor de desagregación territorial que permite la tasa AROPE.

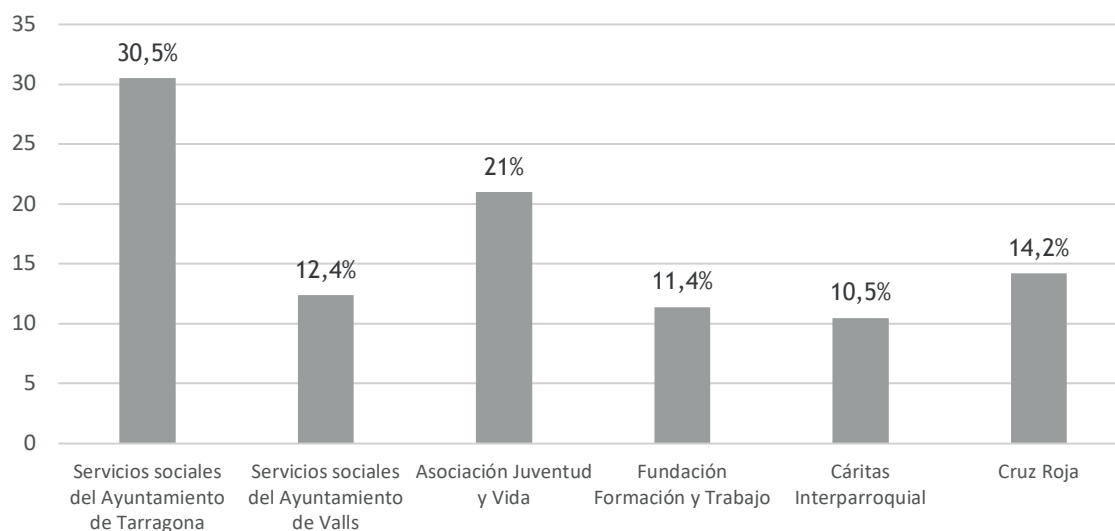
Para la selección de las personas que pertenecen a la muestra de personas en situación de exclusión social, el tipo de muestreo empleado es por accesibilidad, no probabilístico e intencional de conveniencia, puesto que los participantes de la muestra están seleccionados de manera no aleatoria, ni al azar, sino que han sido seleccionados por expertos, que los consideran representativos de la población del estudio con unos criterios de exclusión e inclusión muy definidos.

Para la selección de las personas que pertenecen a la muestra comunitaria se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por cuotas. Se eligieron a las personas que tuvieran características sociodemográficas similares a las características de la muestra de personas en situación de exclusión social, para poder obtener dos muestras con perfiles sociodemográficos comparables.

### 4.1.1 Muestra de población en situación de exclusión social

Estaba formada por 103 sujetos que, según la tasa AROPE, están en situación de exclusión social. La muestra final ha quedado configurada por un  $n=103$  personas en situación de exclusión social (67 mujeres y 36 hombres).

Todas ellas son personas usuarias de varios Equipos Básicos de Servicios Sociales y entidades del Tercer Sector Social del *Camp de Tarragona* (véase figura 17).



**Figura 17.** Distribución de la muestra de exclusión social según el servicio que realiza la derivación

Todas las personas participantes fueron derivadas por los trabajadores sociales, educadores sociales o técnicos de los servicios y entidades sociales colaboradoras, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión social y el procedimiento acordado.

La participación en el estudio de todas las personas, que fueron derivadas por los diferentes servicios, fue voluntaria. Las entrevistas se realizaron durante los meses de febrero del 2018 a Julio 2019.

Los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de estudio fueron los siguientes:

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA:**
  - Personas que presentan un deterioro cognitivo observable.
  - Personas de 0 a 16 años.
  - Personas de 65 o más años.
  
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN ESTÁNDAR DE LA MUESTRA:**
  - Personas que no presentan un deterioro cognitivo observable.
  - Personas entre 16 y 64 años.
  - Personas con disposición a participar y que aceptaran firmar la carta de consentimiento.
  - Personas con capacidad de comprensión y dominio del idioma (castellano o catalán).

- Personas en situación de exclusión social, valoradas por los profesionales y validada por la investigadora, mediante los criterios de la tasa AROPE.
  - Personas en riesgo de pobreza desprendido de las transferencias sociales.
  - Personas en riesgo de privación material severa.
  - Personas que viven en hogares con una baja intensidad de trabajo.

#### 4.1.2 Muestra de población en situación de inclusión social

Estaba formada por 107 sujetos que no estaban en situación de exclusión social (84 mujeres y 23 hombres).

Para localizar a las personas de esta submuestra, se intentó componerla con un perfil sociodemográfico similar a las de la muestra de personas en situación de exclusión social. En este caso, las personas participantes dieron sus respuestas a los test y las encuestas en formato online, mediante una plataforma que se confeccionó especialmente para esta finalidad. Las respuestas se recogieron desde el mes de abril hasta el mes de octubre del 2019.

Los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de estudio fueron los siguientes:

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA:
  - Personas que presenten un deterioro cognitivo observable.
  - Personas de 0 a 16 años.
  - Personas de 65 o más años.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN ESTÁNDAR DE LA MUESTRA:
  - Personas entre 16 y 64 años.
  - Personas con disposición de participar en el estudio.
  - Personas que no estén en situación de exclusión social, porque no cumplen ninguno de los requisitos de la tasa AROPE.
    - Personas que no se encuentran en riesgo de pobreza.
    - Personas que no se encuentran en riesgo de privación material severa.
    - Personas que viven en hogares con una alta intensidad de trabajo.



## 4.2 Variables del estudio

Las variables que se han utilizado en esta investigación se han agrupado en seis bloques:

- **BLOQUE I: VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**
  - Edad
  - Sexo
  - Lugar de nacimiento
  - Estado civil
  - Nivel máximo de estudios
  - Situación laboral
  - Situación de privación severa
  - Meses trabajados en el año anterior
  - Ingresos anuales de la unidad familiar
  - Composición del hogar
  
- **BLOQUE II: FACTORES DE RIESGO DISRUPTIVOS**

ÀMBITO	CODIFICACIÓN	FACTORES DE RIESGO
Económico	FRD1	Sufriste pobreza económica durante la infancia
	FRD2	Incapacidad para pagar los gastos del hogar
	FRD3	Pérdida de ayudas sociales
	FRD4	Cronificación y dependencia de ayudas sociales
	FRD5	Pérdida de la independencia económica
	FRD6	Explotación infantil
	FRD7	Pérdida del puesto de trabajo
	FRD8	Estar en situación de desempleo
	FRD9	Desempleo de larga duración
Laboral	FRD10	Precariedad laboral
	FRD11	Acoso laboral
	FRD12	Pérdida de permiso laboral
	FRD13	Ejercer la prostitución
	FRD14	Interrupción de la vida laboral para cuidar a otra persona (maternidad, dependientes)
	FRD15	Reducción del sueldo por maternidad
	FRD16	Retirada prematura del mercado laboral
	FRD17	Abandono escolar
Formativo	FRD18	Desescolarización
	FRD19	Absentismo
	FRD20	Necesidades educativas especiales
	FRD21	Problemas de atención/aprendizaje
	FRD22	Cambios de escuela frecuentes

ÀMBITO	CODIFICACIÓN	FACTORES DE RIESGO
<b>Sociosanitario</b>	FRD23	Fracaso escolar
	FRD24	Acoso escolar
	FRD25	Carencia de formación especializada
	FRD26	Imposibilidad de compatibilizar los estudios con el trabajo y/o familia
	FRD27	Enfermedad física, lesión o accidente grave
	FRD28	Enfermedades graves o crónicas
	FRD29	Problemas de salud mental
	FRD30	Reconocimiento de la discapacidad
	FRD31	Reconocimiento de la dependencia
	FRD32	Problemas de drogodependencia
	FRD33	Abusos y Adicciones (juego, alcohol...)
	FRD34	Embarazos no deseados
	FRD35	Enfermedades de transmisión sexual
	FRD36	Sobrecargas familiares
	FRD37	Tratamientos de fecundidad/inseminaciones
	FRD38	Movilidad geográfica frecuente
	<b>Residencial</b>	FRD39
FRD40		Acoso residencial
FRD41		Condiciones de habitabilidad deficientes
FRD42		Pérdida de la casa por separación/divorcio
FRD43		Pérdida de la independencia residencial (tiene que realquilar habitaciones, compartir habitaciones)
FRD44		Abandono paterno/materno
FRD45		Desatención familiar
FRD46		Ruptura afectiva (pérdida familiar, ruptura relación de pareja, imposibilidad de reagrupamiento familiar, hogares monoparentales)
FRD47		Maltrato físico, psíquico o abuso sexual
FRD48		Red relacional débil/aislamiento social
<b>Relacional</b>	FRD49	Ruptura de la red relacional
	FRD50	Acogida en una familia adoptiva
	FRD51	Cambio de unidad de convivencia (centros de acogida, familia acogida, vivir con abuelos/as o parientes)
	FRD52	Muerte sobrevenida de algún pariente próximo
	FRD53	Imposibilidad de tener hijos
	FRD54	Proceso migratorio
	FRD55	Estar en situación irregular por inmigración
<b>Ciudadanía y Política</b>	FRD56	Delincuencia y problemas judiciales
	FRD57	Internamiento institucional (centros penitenciarios, centros de acogida)
	FRD58	Problemas en la manifestación de la identidad sexual
	FRD59	Haber vivido guerras o exilios
	FRD60	Haber sido víctima de acoso: homofobia, racista o de aporofobia

- BLOQUE III: SALUD AUTOPERCIBIDA

CODIFICACIÓN	VARIABLE DE SALUD MENTAL
SA	Salud autopercebida

- BLOQUE IV: BIENESTAR PSICOLÓGICO

CODIFICACIÓN	FACTORES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO
AA	Autoaceptación
RP	Relaciones positivas con otros
AU	Autonomía
DE	Dominio del entorno
PV	Propósito con la vida
CP	Crecimiento personal

- BLOQUE V: BIENESTAR SOCIAL

CODIFICACIÓN	FACTORES DEL BIENESTAR SOCIAL
IS	Integración social
AS	Aceptación social
CS	Contribución social

- BLOQUE VI: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

CODIFICACIÓN	TIPOS DE AFRONTAMIENTO	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
FS	Focalización en la solución del problema	Estilos de afrontamiento racional o centrado en el problema
RP	Reevaluación positiva	
BA	Búsqueda de apoyo social	
AN	Autofocalización negativa	Estilos de afrontamiento centrado en la emoción
EA	Expresión emocional abierta	
EV	Evitación	
RE	Religión	

### 4.3 Instrumentos

Para recoger las puntuaciones de las variables del estudio se empleó una batería formada por los siguientes instrumentos:

- **INSTRUMENTO I: FICHA DE DERIVACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN (FICHA DI):** esta ficha se creó *ad hoc* para que los servicios y/o recursos colaboradores derivaran casos susceptibles de formar parte de la muestra de exclusión social.
- **INSTRUMENTO II: FORMULARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.** Este formulario se creó *ad hoc* para recoger los datos referidos a las variables sociodemográficas.
- **INSTRUMENTO III: FORMULARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO DISRUPTIVOS.** Adaptado del manual *Àmbits d'exclusió, cicles de vida i disruptions* (Diputació de Barcelona, 2012). Se trata de un listado (*checklist*) para identificar momentos de ruptura que pueden afectar a las personas en las diferentes fases del ciclo de vida (véase anexo 10.1).
- **INSTRUMENTO IV: ESCALA DE SALUD MENTAL DE GOLDBERG (GHQ 12)**  
Se utiliza la escala adaptada por Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Llandrich (2011) como instrumento para medir la salud mental e identificar a aquellas personas con riesgo de tener una mala salud autopercebida.

Esta escala está formada por doce ítems, seis de ellos son de sentencias positivas y seis de sentencias negativas, con un formato de respuesta de tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3). Presenta una buena fiabilidad alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) entre 0,82 y 0,86, sensibilidad de 71,2, especificidad de 74,4 y buena validez transcultural. Las puntuaciones de más de catorce puntos indican una mala salud autopercebida (véase anexo 10.2).

- **INSTRUMENTO V: ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF (EBP)**

Se utiliza la versión española reducida de la EBP adaptada del cuestionario original desarrollado por Van Dierendonck, (2004) que fue realizada por Díaz et al. (2006).

Es una escala que se utiliza para medir el bienestar psicológico a través de seis subescalas con veintinueve ítems con un formato de respuestas con puntuaciones comprendidas entre uno (totalmente en desacuerdo) y seis (totalmente de acuerdo). Las variables que miden son: (AA) Autoaceptación, (RP) Relaciones positivas, (AU) autonomía, (DE) Dominio del entorno, (PV) Propósito con la vida y (CP) Crecimiento personal. Esta escala, a excepción de la del crecimiento personal, que tiene una consistencia más baja ( $\alpha=0,68$ ), muestra una consistencia interna buena, con valores comprendidos entre los 0,71 y 0,83 (véase anexo 10.3).

- **INSTRUMENTO VI: ESCALA DE BIENESTAR SOCIAL DE KEYES**

Se utiliza la versión española adaptada por Díaz y Blanco (2005) y está compuesta por treinta y tres ítems con un formato de respuestas Likert, donde las puntuaciones están comprendidas entre uno (totalmente en desacuerdo) y cinco (totalmente de acuerdo) (véase anexo 10.4).

Es una escala que se utiliza para evaluar la percepción sobre los cinco aspectos del entorno social que facilitan el bienestar psicológico: (IS) Integración social, (AS) Aceptación social, (CS) Contribución social, (AS) Actualización social y (CO) Coherencia social. En este estudio solo se han utilizado los factores de Integración Social, Aceptación Social y Contribución Social, porque al aplicar el instrumento íntegro se detectó que las personas de la muestra de exclusión social no entendían el significado de las otras dimensiones (Actualización social y Coherencia social). Como, además la consecuencia que la consistencia interna de estos ítems ya era baja, se optó por eliminar estas dos últimas variables de la escala.

Las variables finalmente utilizadas presentan una consistencia interna media alta: Integración social ( $\alpha=0,67$ ), Aceptación social ( $\alpha=0,79$ ), Contribución social ( $\alpha=0,80$ ).

- **INSTRUMENTO VII: CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)**

Se utiliza el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), que consta de cuarenta y dos ítems, con un rango de respuesta de cinco puntos (de 0 = nunca a 4 = casi siempre). Está compuesto por siete factores de primer orden: (BA) Búsqueda de apoyo social, (RE) Reevaluación positiva, (FS) Focalización en la solución de problemas, (RG) Religión, (EA) Expresión emocional abierta, (AN) Autofocalización negativa y (EV) Evitación.

Los valores de consistencia interna (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) de los siete factores varían entre 0.64 y 0.92, con una puntuación media de 0.79 (véase anexo 10.5).

#### 4.4 Aspectos éticos

- **Autorización institucional:**

Para realizar la investigación en las diversas instituciones y entidades del ámbito social, se envió una carta de presentación a cada una de ellas para pedir su colaboración en el estudio. Junto con la carta de presentación, también se libró un dossier explicativo sobre la investigación y sobre cómo participar. Más tarde, con la mayoría de ellas se firmó un convenio de colaboración (véase Anexo 10.6).

Para poder utilizar la clasificación de los ciclos de vida, disruptivos, ámbitos de exclusión social y ejes de desigualdad realizado por la Diputación de Barcelona (2012) se contactó y se pidió el consentimiento (véase Anexo 10.7).

- **Hoja de información y acta de consentimiento informado:**

A cada sujeto de la muestra se le entregó un dossier con información detallada sobre la investigación. El día de la aplicación de los instrumentos, todos los participantes firmaron el consentimiento informado (véase Anexo 10.8).

En relación con la muestra comunitaria, el cuestionario se realizó de forma telemática. Antes de empezar el cuestionario, se informaba de todos los requisitos éticos de la investigación.

- **Evaluación beneficio-riesgo:**

Colaborar en la investigación no representaba ningún impedimento en el seguimiento e intervención que se estaba llevando a cabo desde los servicios sociales o entidades. En todo momento, fueron libres de participar o abandonar el estudio.

La autora de este trabajo quedó individualmente con cada uno de las 103 personas que componen la muestra de exclusión social. El ambiente que se creó con la mayoría de ellos fue muy acogedor y respetuoso con la intimidad. La mayoría de los participantes agradecieron este espacio para conversar de “cosas” y expresar emociones, ya que comentaban que no disponían de muchos espacios como ese para hacerlo.

## 4.5 Procedimiento

El trabajo de campo se dividió en tres fases siguientes:

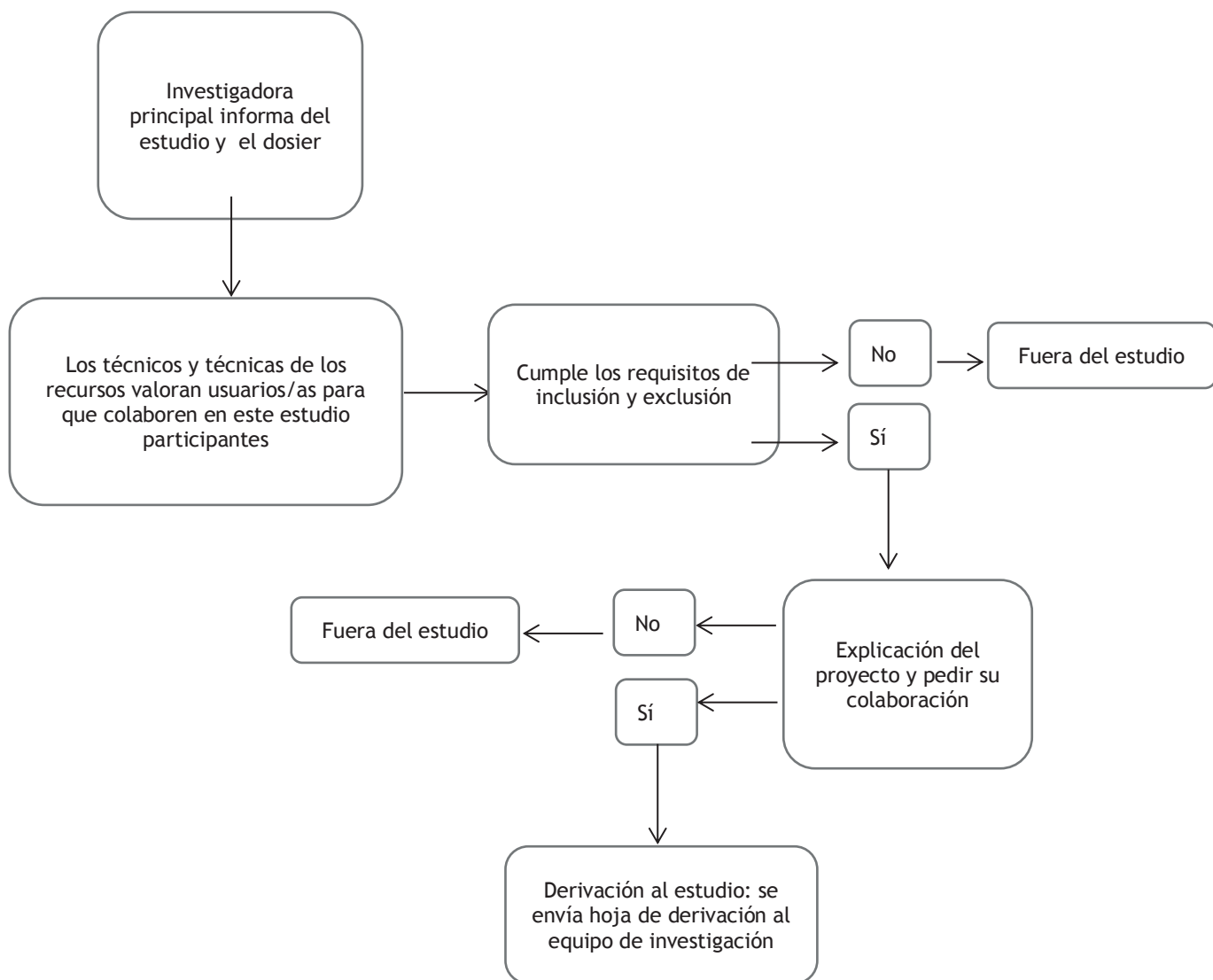
### **Fase 1. Búsqueda de las personas para conformar la muestra de personas en situación de exclusión social y aplicación de las pruebas:**

En primer lugar, se realizó una reunión informativa con los gerentes, coordinadores o directores de las instituciones y entidades colaboradoras con el estudio.

A continuación, se cursaron las solicitudes para conseguir la autorización institucional, a través de convenios entre cada entidad y la Fundación de la Universidad Rovira i Virgili.

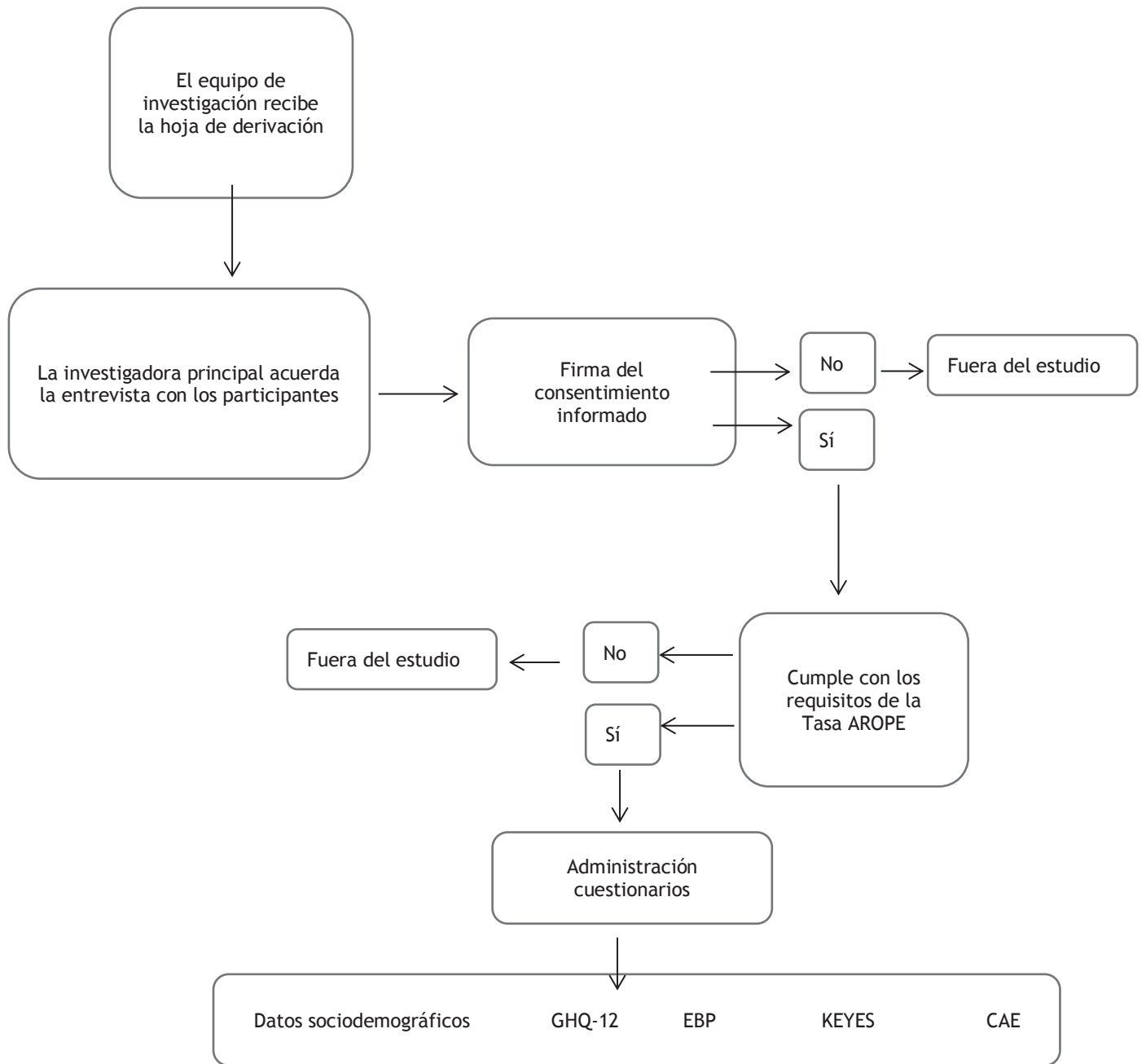
Una vez firmado el convenio con cada uno de los servicios y entidades, el siguiente paso, fue contactar con un responsable de cada uno de los servicios colaboradores y acordar cómo se haría la derivación. Se diseñó un dossier donde se explicaba la investigación y se propuso un protocolo de actuación. Para hacer una correcta derivación se acordó un procedimiento con los diferentes técnicos y técnicas de los servicios o entidades (véase figura 18).

Cuando la investigadora principal recibía las fichas de derivación, se ponía en contacto con los/las posibles participantes para iniciar la recogida de información (véase figura 19). Esta recogida de información fue “exploratoria”, puesto que fue en esta fase cuando se realizaron las entrevistas con cada uno de los participantes y se administraron los cuestionarios. Antes de iniciar la entrevista, se explicó y se firmó con cada participante el compromiso de confidencialidad. La duración de la entrevista podía variar entre los 45 y 60 minutos, dependiendo de cada uno de los participantes.



**Figura 18.** Procedimiento de derivación de la muestra de exclusión social





**Figura 19.** Procedimiento fase exploración muestra exclusión social

## **Fase 2. Búsqueda de las personas para conforman la muestra de personas en situación de inclusión y la aplicación de las pruebas:**

En primer lugar, se buscó a un número de personas similar a las que habían sido encuestadas en la muestra de exclusión social.

- Los grupos de edad de entre 16 y 35 años se consiguieron mediante estudiantes de la Universidad e Institutos de Formación Profesional.
- Las personas en edades comprendidas entre 45 y 64 años se consiguieron mediante las redes sociales, a partir de familiares, amigos y conocidos.

Una vez localizadas las personas, se les informaba sobre el estudio y se les pedía su colaboración voluntaria, se les enviaba un enlace (link) para que accedieran a la plataforma que contenía los cuestionarios y los contestaran. Antes de empezar a dar respuestas a las preguntas del cuestionario, había un apartado de información donde se explicaba el compromiso de confidencialidad en el tratamiento de la información que nos proporcionaban.

Finalmente, y para confirmar que las personas que contestaban no se encontraban en situación de exclusión social, en el apartado de datos sociodemográficos se añadieron los ítems correspondientes que identificarían personas en situación de exclusión social utilizando los indicadores de la Tasa AROPE.

## **Fase 3. Análisis de los resultados, elaboración de los informes y devolución de los resultados.**

La última fase consistía en recopilar y verificar todos los datos recogidos, tabular los resultados y prepararlos para el análisis estadístico para obtener los resultados. También se elaboró una estrategia para realizar la devolución de los resultados de la investigación a las personas que así lo solicitaban, así como realizar una presentación a cada uno de los servicios y entidades que colaboraron.

## 4.6 Análisis de los datos

Este estudio es correlacional con metodología cuantitativa. El alcance temporal de la investigación es transversal, puesto que está orientado a analizar el conjunto de percepciones de un colectivo concreto, en un momento único y en un mismo espacio temporal.

En primer lugar, se realizó el análisis de los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas de las dos muestras. Para cada muestra se calcularon los estadísticos descriptivos: mínima, máxima, media, mediana, desviación típica, de los instrumentos utilizados para el estudio. Por otra parte, se llevó a cabo la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la distribución de las muestras era normal o no.

Posteriormente se identificaron las diferencias significativas entre ambas muestras mediante la prueba de la U de Mann-Whitney y se llevaron a cabo análisis de correlación de Spearman y de regresión múltiple por pasos sucesivos (*stepwise regression*) con el fin de analizar las siguientes situaciones:

1. La relación entre la salud autopercebida, los factores de bienestar psicológico, factores de bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en la muestra de personas en situación de exclusión social (M2).
2. Modelos predictivos de factores de bienestar psicológico, bienestar social, estilos de afrontamiento y la acumulación de factores de riesgos disruptivos por ámbitos en personas en situación de exclusión social (M2).
3. Existencia o no de diferencias significativas entre la muestra de inclusión (M1) y exclusión social (M2) en las puntuaciones de salud autopercebida, bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.
4. Relación entre las variables de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento con la salud autopercebida en la muestra de inclusión (M1) y de exclusión social (M2).
5. Modelos predictivos de la salud autopercebida mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento en personas en situación de inclusión social (M1) y exclusión social (M2).

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 25.



# CAPÍTULO 5

## RESULTADOS



## 5.1 Características sociodemográficas de las personas que pertenecen a los grupos en situación de inclusión social y en exclusión social

A continuación, se presentan los estadísticos de las variables sociodemográficas de las dos muestras del estudio: muestra de personas en situación de inclusión social (M1) (N=107) y muestra de personas en situación de exclusión social (M2) (N=103).

### 5.1.1. Características de las personas en situación de inclusión social

La muestra de personas en situación de inclusión social (M1) está compuesta por 107 personas: el 78.5% de los participantes son mujeres y el 21.5% hombres con una edad media de 39 años. Respecto a la procedencia, el 89.7% son personas autóctonas y el 10.3% personas nacidas en el extranjero. Por lo que corresponde al estado civil, el 47.7% son personas casadas y sólo un 9.3% de las personas indican haber pasado por algún proceso de separación o divorcio. En cuanto al nivel de estudios, el 67.3% de la muestra manifiesta haber cursado estudios superiores (estudios universitarios o estudios universitarios superiores). Más del 78.5% de los encuestados muestran una estabilidad en el puesto de trabajo y el 57% asegura tener un nivel de ingresos económicos alto (véase tabla 9).

**Tabla 9.** Características sociodemográficas de la muestra en situación de inclusión social

Variables	n	%
Sexo		
Hombre	23	21.5%
Mujer	84	78.5%
Lugar de nacimiento		
Extranjero	11	10.3%
Autóctono	96	89.7%
Estado civil		
Soltero/a	33	30.8%
Vive en pareja	11	10.3%
Viudo/a	1	0.9%
Casado/da	51	47.7%
Divorciado/a o separado/a	10	9.3%
Otros	1	1%
Nivel de estudios		
No sabe leer ni escribir	0	0%
Sin estudios/sin acabar estudios	0	0%
EGB/ESO acabada	8	7.5%
Bachillerato o FP de segundo grado	27	25.2%
Estudios universitarios	43	40.2%
Estudios universitarios superiores	29	27.1%
Meses trabajados durante el año		
Menos de un mes	1	0.9%
Entre 1 y 2 meses	2	2%
Más de tres meses	0	0%

Variabes	n	%
Más de 6 meses	6	5.6%
Más de 9 meses	14	13%
Más de 12 meses	84	78.5%
Ingresos anuales		
Menos de 10.054€	1	0.9%
Entre 10.054€-15.081€	7	6.5%
Entre 15.081€-16.087€	2	1.9%
Entre 16.087€-21.114€	26	24.3%
Entre 21.114€-25.000€	10	9.4%
Más de 25.000€	61	57%

### 5.1.2. Características de las personas en situación de exclusión social

La muestra de personas en situación de exclusión social (M2), está formada por 103 personas con una edad media de 43 años, de los cuales el 65% son mujeres y el 35% son hombres. Respecto al origen, el 37.9% de los participantes ha nacido en el extranjero y un 62.1% son personas nacidas en el estado español. En cuanto al estado civil, el 30.1% afirma estar casado/a, el 26.7% está soltero y el 27.2% alude haber pasado por un proceso de separación o divorcio. Respecto a la formación académica, más del 75.7% de las personas en situación de exclusión social manifiestan no haber finalizado los estudios o solamente haber obtenido la titulación de enseñanza obligatoria (véase tabla 10).

**Tabla 10.** Características sociodemográficas de la muestra en situación de exclusión social

Variabes	n	%
Sexo		
Hombre	36	35%
Mujer	67	65%
Lugar de nacimiento		
Extranjero	39	37.9%
Autóctono	64	62.1%
Estado civil		
Soltero/a	27	26.7%
Vive en pareja	13	12.1%
Viudo/a	4	3.9%
Casado/da	31	30.1%
Divorciado/a o separado/a	28	27.2%
Otros	-	-
Nivel de estudios		
No sabe leer ni escribir	3	2.9%
Sin estudios/sin acabar estudios	43	41.7%
EGB/ESO acabada	32	31.1%
Bachillerato o FP de segundo grado	20	19.4%
Estudios universitarios	4	3.9%
Estudios universitarios superiores	1	1%

Variables	n	%
Meses trabajados durante el año		
Menos de un mes	45	43.6%
Entre 1 y 2 meses	12	11.7%
Más de tres meses	21	20.4%
Más de 6 meses	11	10.7%
Más de 9 meses	5	4.9%
Más de 12 meses	9	8.7%
Ingresos anuales		
Menos de 10.054€	76	73.8%
Entre 10.054€-15.081€	25	24.2%
Entre 15.081€-16.087€	1	1%
Entre 16.087€-21.114€	1	1%
Entre 21.114€-25.000€	0	0%
Más de 25.000€	0	0%

Todas las personas de M2 han sido identificadas como personas en situación de exclusión social, a partir de los criterios definidos en la tasa AROPE (INE, 2018). El 84.5% de la muestra, en el momento del estudio, se encuentran en situación de riesgo de pobreza relativa, el 98% en situación de privación material severa y el 62% en situación de muy baja intensidad laboral (véase tabla 11).

**Tabla 11.** Dimensiones de la tasa AROPE de la muestra en situación de exclusión social (M2)

Dimensiones de la TASA AROPE	n	%
Situación de riesgo de pobreza relativa	87	84.5%
Situación de privación material severa	101	98%
Situación de muy baja intensidad laboral	64	62%



## 5.2 Factores de riesgos disruptivos en personas en situación de inclusión social y en exclusión social

En este segundo punto se muestran los estadísticos descriptivos y las frecuencias de los 60 factores de riesgos disruptivos en los diferentes ámbitos sociales: económico, laboral, formativo, sociosanitario, residencial, relacional y político-ciudadano en cada una de las muestras del estudio.

En la tabla 12 se observa la media de factores de riesgo disruptivos acontecidos en la muestra de exclusión social ( $\bar{x} = 28.3$ ) a diferencia de la media de la muestra en situación de inclusión social ( $\bar{x} = 6.4$ ).

Se observa que en las personas en situación de exclusión social la desviación estándar es mucho más heterogénea que la muestra de personas en situación de inclusión social, a juzgar por los valores de la desviación estándar de cada muestra. El máximo en la muestra de inclusión social es de 31 factores de riesgo disruptivos, pero en la muestra de exclusión social llega hasta el 47. Se observa que en la muestra de inclusión social, el mínimo es de 0. Sin embargo, en la muestra de exclusión social todas las personas tienen 11 o más factores de riesgo disruptivos.

Se observa que en la M2 su distribución estándar ( $\sigma$ ) es mucho más heterogénea que la muestra M1, aun así, en ambas muestras pone de manifiesto diferencias entre ambas las puntuaciones.

**Tabla 12.** Estadísticos descriptivos globales de la frecuencia de factores de riesgos en trayectorias de inclusión social (M1) y en trayectorias de exclusión social (M2)

Muestra	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
M1	6.4	4	0	31	6.1
M2	28.3	28	11	47	7.7

### 5.2.1 Factores de riesgos disruptivos en el ámbito económico

En la figura 20, se muestran las frecuencias para cada uno de los 5 factores de riesgo disruptivos del ámbito económico (pobreza económica cuando eras pequeño/a, incapacidad para pagar los gastos del hogar, pérdida de ayudas sociales, cronificación y dependencia de ayudas sociales, pérdida de la independencia económica) para cada una de las muestras del estudio (M1 y M2).

En la misma figura se observa que las personas en situación de inclusión social (M1) no presentan apenas dificultades económicas. Sólo un 24.3% verbaliza haber sufrido pobreza económica durante la infancia, el 4.7% se encuentran en situación de cronificación y dependencia de ayudas sociales y el 13.1% han perdido la independencia económica. El 16.8% manifiesta incapacidad para pagar los gastos del hogar y perdida de ayudas sociales.

Por el contrario, en la muestra M2 se ratifica la existencia de dificultades económicas para poder llevar a cabo la cotidianidad de manera adecuada, dado que el 94.2% de las personas tiene o ha tenido imposibilidad para pagar gastos del hogar, el 84.5% han sufrido una cronificación y dependencia de ayudas sociales, el 71.8% ha perdido la independencia económica y el 48.6% han perdida las ayudas sociales.

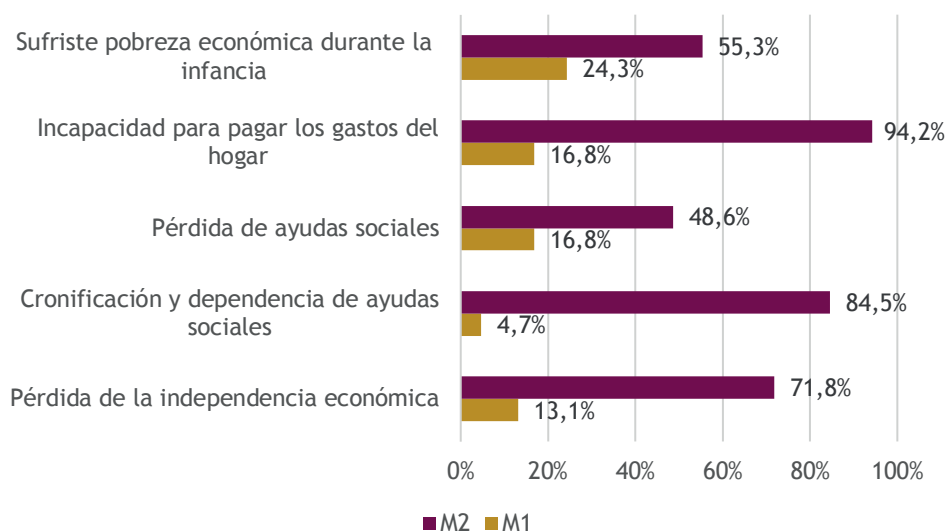


Figura 20. Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito económico en cada una de las muestras

## 5.2.2 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito laboral

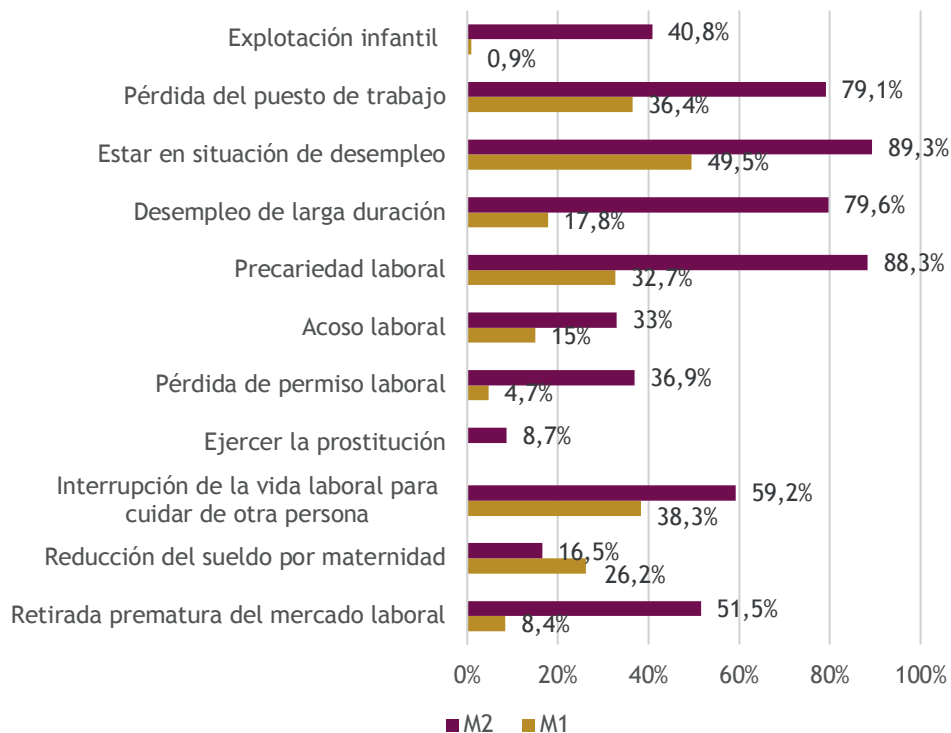
En la figura 21 se observan las frecuencias de los diferentes factores de riesgo disruptivos que se engloban en el ámbito laboral (explotación infantil, pérdida del puesto de trabajo, estar en situación de desempleo, desempleo de larga duración, precariedad laboral, acoso laboral, pérdida de permiso laboral, ejercer la prostitución, interrupción de la vida laboral para cuidar de otra persona y retirada prematura del mercado laboral) para cada una de las muestras (M1 y M2).

Es en el ámbito laboral donde se manifiestan con mayor recurrencia las principales rupturas vitales tanto en una muestra como en la otra, aunque de forma más agudizada en la muestra en situación de exclusión social (M2).

El desempleo de larga duración y la precariedad laboral son los principales factores desencadenantes de una situación de exclusión social y pobreza. Más del 89.3% de las personas en situación de exclusión social han estado en situación de desempleo, mientras que el 88.3% trabaja de forma precaria. El 79.6% han estado en situación de desempleo de larga duración y el 79.1% han perdido el puesto de trabajo en algún momento u otro de su vida.

A pesar de que en la M1 se observa menos repercusión, cabe destacar que el 49.5% de las personas también han estado en situación de desempleo alguna vez en su vida, el 32.7% verbalizan estar o haber sufrido precariedad laboral y el 38.3% ha tenido que interrumpir su vida laboral para cuidar de alguien, sin despreciar estos valores, son sensiblemente inferiores a los porcentajes de la muestra de personas en situación de exclusión social.

En conclusión, se pone de manifiesto que el mercado laboral es un espacio de inestabilidad estructural que se agudiza mucho más en los procesos de exclusión social, aunque también influye de forma notoria en los procesos de inclusión social (M1).



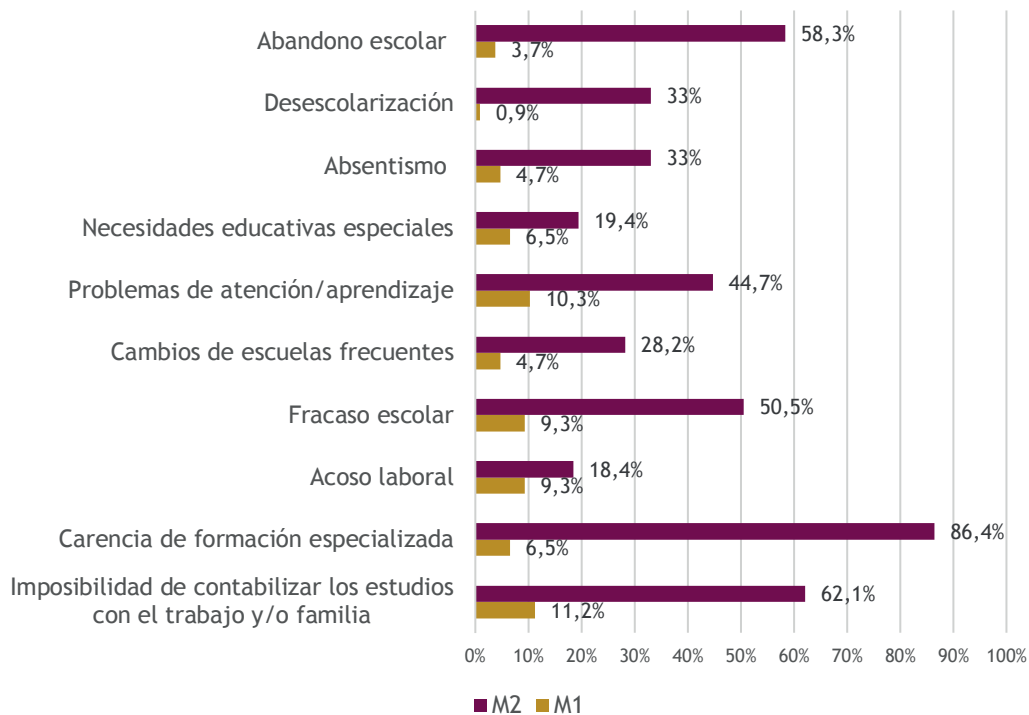
**Figura 21.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito laboral en cada una de las muestras

### 5.2.3 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito formativo

En la figura 22, se observan las frecuencias de los diferentes factores de riesgo disruptivos que se engloban en el ámbito formativo (abandono escolar, desescolarización, absentismo, necesidades educativas especiales, problemas de aprendizaje/atención, cambios de escuela frecuente, fracaso escolar, acoso escolar, carencia de formación especializada, imposibilidad de contabilizar los estudios con el trabajo y/o familia) para cada una de las muestras (M1 y M2).

En los datos sociodemográficos ya se ha evidenciado anteriormente que más del 75% de las personas en situación de exclusión social no han finalizado los estudios o solamente han obtenido la titulación más básica del sistema educativo. De la misma forma, los resultados obtenidos demuestran que más del 86% de las personas en situación de exclusión social presenta carencias de formación especializada. Además, el 58.3% abandonó la escuela antes de finalizar los estudios, el 50.5% tuvo fracaso escolar y el 44.7% tuvo problemas de atención/aprendizaje.

Cabe destacar que más del 60% de las personas de la M2 tiene fuertes dificultades para contabilizar los estudios con el trabajo y la familia, a diferencia del 11.2% que refleja la muestra de inclusión social. Por el contrario, la M1 no refleja dificultades representativas en el ámbito formativo. Por ejemplo, sólo el 10.3% de las personas manifiestan haber tenido problemas de aprendizaje.



**Figura 22.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito formativo en cada una de las muestras

### 5.2.4 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario

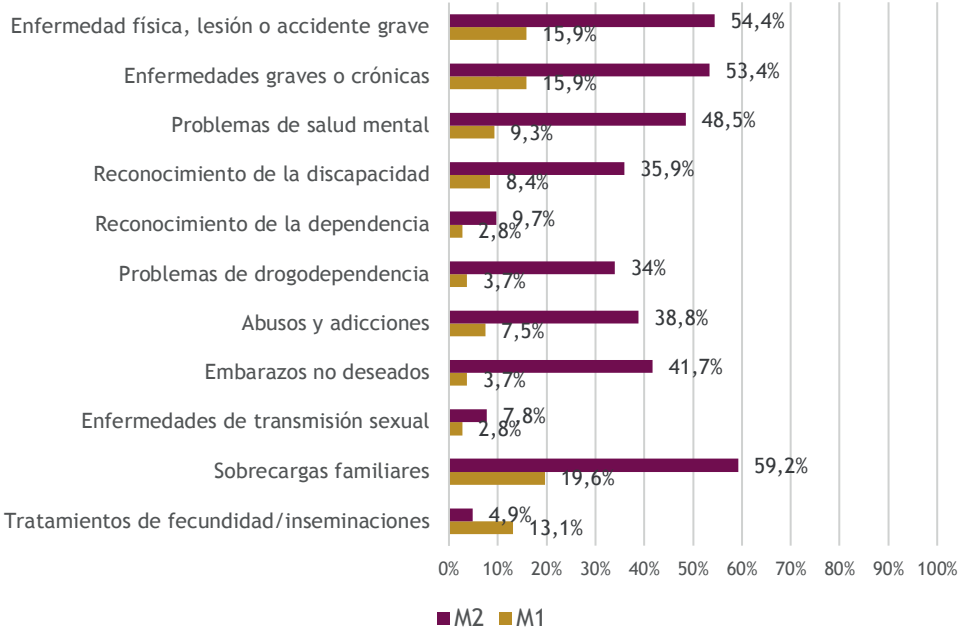
En la figura 23, se muestran las frecuencias para cada uno de los factores de riesgo disruptivos del ámbito sociosanitario (enfermedad física, lesión o accidente grave, enfermedades graves o crónicas, problemas de salud mental, reconocimiento de la discapacidad, problemas de drogodependencia, abusos y adicciones, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, sobrecargas familiares y tratamientos de fecundidad/inseminaciones) para cada una de las muestras (M1 y M2).

Como puede observarse, la muestra de exclusión social sobrelleva de forma más agudizada ciertos acontecimientos vitales relacionados con la salud. Más del 54% de las personas en situación de exclusión social manifiestan haber sufrido alguna enfermedad física, lesión o accidente grave y un 53.4% alguna enfermedad grave o crónica en comparación con el 15.9% de la M1.

El 48.5% de las personas de la M2 manifestaron haber tenido problemas asociados con la salud mental a diferencia del 9.3% en la M1.

En la M2, el 41.7% de las personas han tenido algún embarazo no deseado. Del mismo modo, más del 38.8% indican haber tenido problemas asociados con el abuso de sustancias u otras adicciones y el 34% tiene o ha tenido problemas de drogodependencia. Todos estos porcentajes son mucho menores en la M1, con valores entre el 3.7% y el 7.5%.

Sin duda, los datos reflejan que las condiciones de vida y las condiciones de salud de las personas juegan un papel importante en los procesos de inclusión social y que en procesos de exclusión social se refleja una amalgama de situaciones que afectan negativamente a la igualdad de oportunidades en salud.



**Figura 23.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito socio-sanitario en cada una de las muestras

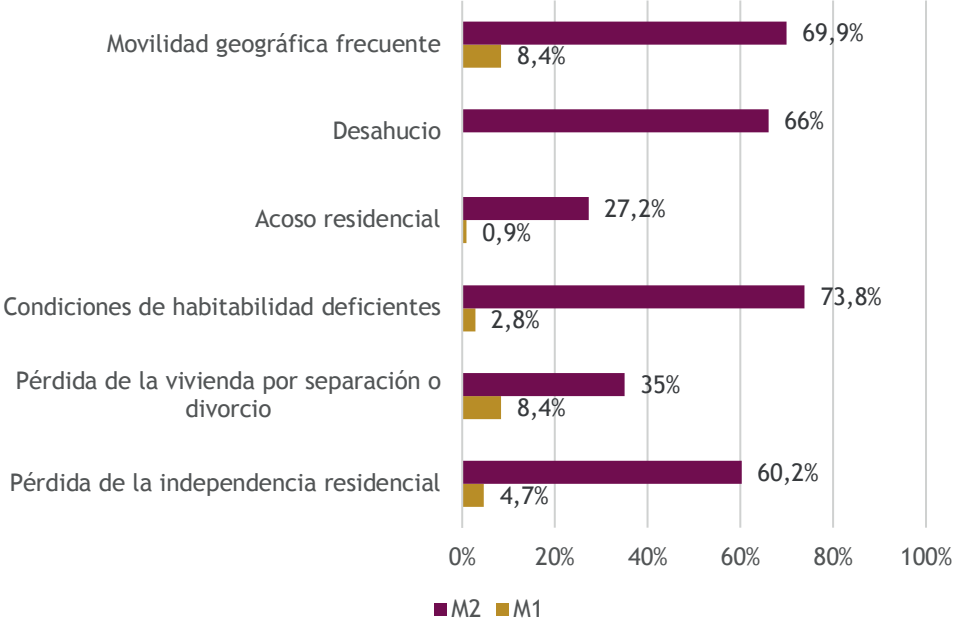
### 5.2.5 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial

En la figura 24, se observa la frecuencia de los diferentes factores de riesgo disruptivos que se engloban en el ámbito residencial (movilidad geográfica frecuente, desahucio, acoso residencial, condiciones de habitabilidad deficientes, pérdida de la casa por separación o divorcio y pérdida de la independencia residencial) de ambas muestras (M1 y M2).

Se pone de manifiesto que las personas de la muestra de exclusión social (M2) no siempre tienen garantizado el derecho a una vivienda digna. El 73.8% de la M2 viven en condiciones de habitabilidad deficientes, el 35% ha perdido la casa por separación y divorcio y más del 60% han

perdido la independencia residencial, a diferencia de los porcentajes del 2.8%, 8.4% y 4.7%, respectivamente de la M1.

La M2 manifiesta haber vivido una experiencia de pérdida de vivienda mediante un desahucio o ejecución hipotecaria (66%). La misma figura también indica que las personas en situación de exclusión social (M2) están expuestas a una mayor movilidad geográfica (69.9%), ya sea como respuesta a los estímulos económicos y sociales o como consecuencia del proyecto migratorio individual y familiar.



**Figura 24.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial en cada una de las muestras

### 5.2.6 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito relacional

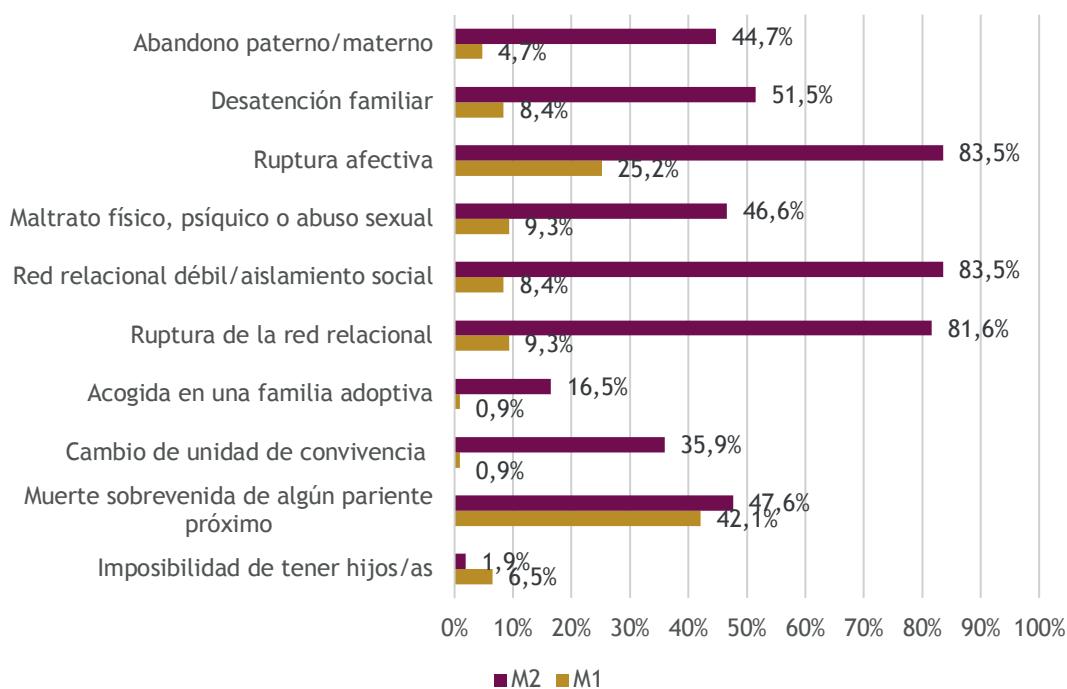
En la figura 25, se observan las frecuencias de los diferentes factores de riesgo disruptivos que se engloban en el ámbito relacional (abandono paterno/materno, desatención familiar, ruptura afectiva, maltrato físico/psíquico o abuso sexual, red relacional débil, ruptura de la red relacional, acogida en una familia adoptiva, cambio de unidad de convivencia, muerte sobrevenida de algún pariente próximo e imposibilidad de tener hijos) para cada una de las muestras (M1 y M2).

Es reveladora la información que se muestra, ya que se puede comprobar que las personas en situación de exclusión (M2) no disponen de redes sociales próximas de forma estable. Más del 83% de las personas de la muestra de exclusión social (M2) tienen una red relacional débil o, incluso han experimentado una ruptura de la red relacional (81.6%) a diferencia del 8.4% i el 9.3%, respectivamente, en la muestra de inclusión social (M1).

El 51.5% de las personas de la muestra de exclusión social (M2) expresan haber sido desatendidas a nivel familiar en algún momento de su vida y el 44.7% manifiestan haber sido abandonadas por algunos de sus progenitores. La diferencia en estos dos factores de riesgo disruptivos, en comparación con la M1, y llega en algún caso a los 40 puntos porcentuales.

Más del 46% de las personas de la muestra M2 verbalizan haber sido víctimas de maltrato físico, psíquico o abuso sexual a diferencia del 9.3% en la muestra de inclusión social (M1). Uno de los factores de riesgo disruptivos con menor diferencia de puntuaciones entre las dos muestras es la muerte sobrevinida de algún pariente próximo, entre el 40% y 50% de las personas del total de la muestra del estudio expresan haber vivido este acontecimiento.

Sin duda alguna, con estos datos se reconoce que la dimensión relacional de las personas de la muestra de situación de exclusión social (M2) es débil y frágil, existiendo una fuerte fractura con la comunidad.



**Figura 25.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito relacional en cada una de las muestras

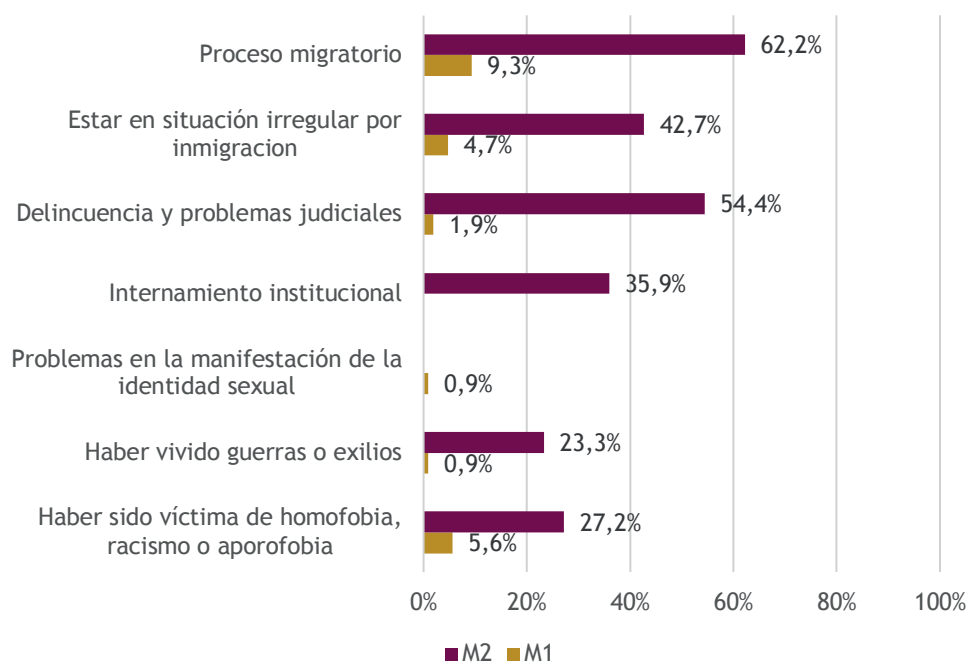


## 5.2.7 Factores de riesgo disruptivos en el ámbito ciudadanía y política

En la figura 26, se muestran las frecuencias para cada uno de los 7 factores de riesgo disruptivos del ámbito ciudadanía y política (proceso migratorio, estar en situación irregular por inmigración, delincuencia o problemas judiciales, internamiento institucional, problemas con la identidad sexual, haber vivido guerras o exilios y haber sido víctima de algún tipo de acoso) para ambas muestras (M1 y M2).

Los resultados indican que más del 62% de la M2 ha pasado por algún proceso migratorio y más del 42% han estado en situación administrativa irregular por inmigración. El 23.3.% manifiesta haber vivido guerras y exilios en su lugar de origen y el 27.2% verbaliza haber sido víctima de algún tipo de acoso verbal o físico, a diferencia del 5.6% en la M1. Todo ello apunta a que las personas inmigrantes tienen mayor riesgo y grado de vulnerabilidad.

También se observa que el 54.4% de las personas de la muestra en situación de exclusión social (M2) han tenido alguna vez problemas con la justicia, a diferencia del 1.9% de las personas de la muestra de inclusión social (M1). Asimismo, más del 35% de las personas de la muestra exclusión social (M2) han sido residentes en alguna institución pública (centro de acogida para mujeres, centro de acogida para menores, internamiento en centro penitenciario) durante algún momento de su vida.



**Figura 26.** Porcentajes de los factores de riesgo disruptivos en el ámbito ciudadanía y política en cada una de las muestras

### 5.2.8 Factores de riesgo disruptivos más representativos en cada una de las muestras

En la figura 27, se han destacado aquellos factores de riesgo disruptivos más representativos en ambas muestras (es decir, los 10 factores de riesgo disruptivos más frecuentes). Se observa que el 94.2% de las personas de la muestra en situación de exclusión social (M2) tienen dificultades para pagar los gastos del hogar y más del 84% tiene que recorrer constantemente a las ayudas sociales para poder subsistir. El 89.3% de las personas de M2 en algún momento han estado en situación de desempleo, el 79.6% se han encontrado en situación de desempleo de larga duración y el 79.1% ha perdido el trabajo en algún momento u otro de su vida. El 88.3% de las personas de la M2 manifiesta haber sido contratados en condiciones de precariedad y un 86.4 % verbaliza no tener la formación adecuada para acceder a un mejor puesto de trabajo.

En el ámbito relacional, el 83.5% de las personas de la muestra en situación de exclusión social (M2) manifiestan no disponer de una red relacional sólida y haber sufrido alguna ruptura afectiva significativa y, del mismo modo, un 81.6% expresan haber vivido una ruptura con su red relacional.

Por otra parte, en la muestra de inclusión social (M1), se observan que los cuatro factores de riesgo disruptivos más recurrentes se encuentran dentro del ámbito laboral; un 49.5% verbaliza haber estado en situación de desempleo, un 36.4% ha perdido el puesto de trabajo en algún momento, un 32% ha trabajado en condiciones de precariedad laboral y un 17.8% ha estado en situación de desempleo de larga duración. En esta misma muestra también se observa que el 38.3% ha interrumpido la vida laboral para cuidar a algún familiar cercano y el 26.2% ha visto reducido su sueldo por maternidad en algún momento u otro de su vida.

En el ámbito económico, se destaca que el 24.3% de las personas de la muestra M2 han padecido pobreza económica durante su infancia.

Finalmente, en el ámbito relacional se observa como el 25.2% de las personas de la muestra de inclusión social (M1) han vivido una ruptura afectiva y el 42% ha experimentado la muerte sobrevenida de algún pariente próximo y un 19.6% dice haber tenido o tener excesivas cargas familiares.

En la figura 27, también se identifican aquellos factores de riesgo disruptivos que fueron coincidentes entre ambas muestras. Son 5 factores de riesgo disruptivos, aún así las puntuaciones entre las muestras son dispares entre sí. En el ámbito laboral es donde se han identificado más coincidencias en ambas muestras (M1 y M2). Se observa que el factor de riesgo disruptivo de

haber estado en situación de desempleo en algún momento de la vida es el acontecimiento en el que hay menos diferencias entre ambas muestras, aunque la diferencia es de 39.8 puntos porcentuales. La precariedad laboral y el desempleo de larga duración y acontecimientos vitales de ruptura afectiva también se producen en ambas muestras, aunque con incidencias menores en la muestra de inclusión sociales (M1).

A partir de los descriptivos de ambas muestras se deduce un patrón secuencial de los factores de riesgo disruptivos más representativos que acontecen tanto en la muestra de personas de inclusión social (M1) como en la muestra de exclusión social (M2).

Se puede afirmar que los factores de riesgo disruptivos que acontecen en mayor medida en la muestra de inclusión social (M1) se relacionan con encontrarse en situación de desempleo, sufrir la muerte sobrevenida de un pariente próximo, tener que interrumpir la vida laboral para cuidar de alguien, perder el puesto de trabajo, pedir una reducción del sueldo por maternidad, sufrir una ruptura afectiva, sufrir pobreza económica en la infancia y, finalmente, encontrarse en situación de desempleo de larga duración. Sin embargo, los factores de riesgo disruptivos más representativos en las personas de la muestra en situación de exclusión social (M2) son: no poder satisfacer las necesidades básicas, estar en situación de paro o tener trabajos temporales o inestables, presentar una carencia de formación especializada, sufrir cronificación de ayudas económicas y presentar una red relacional muy débil.

Finalmente, los factores de riesgo disruptivos que son más recurrentes en trayectorias vida tanto en la muestra en situación de inclusión (M1) como en la muestra de exclusión social (M2) son: estar en situación de desempleo, perder el puesto de trabajo, tener precariedad laboral, sufrir una ruptura afectiva y estar en situación de desempleo de larga duración.

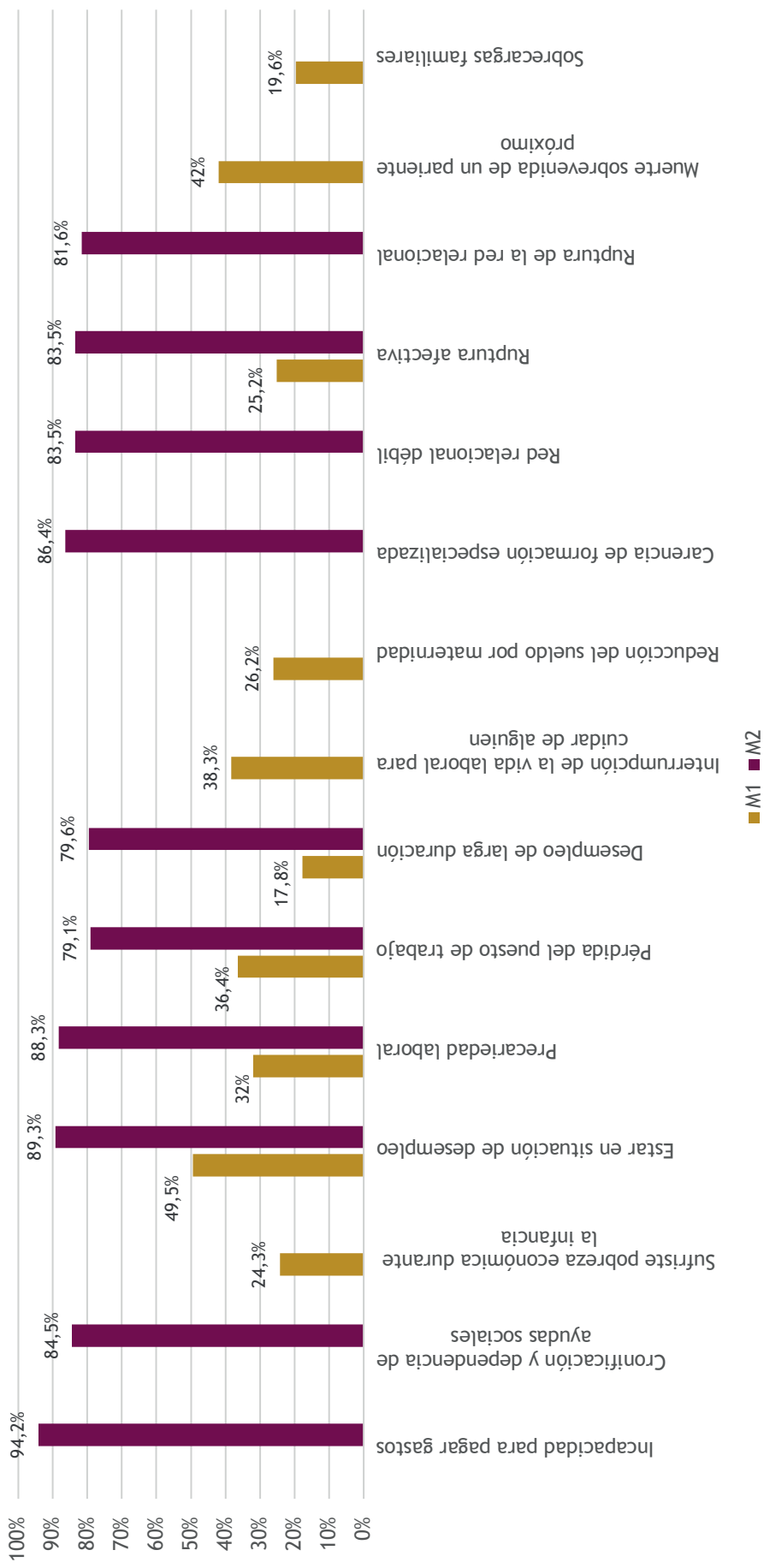


Figura 27. Factores de riesgo disruptivos más representativos en cada una de las muestras

### 5.3. Estadísticos descriptivos de los resultados de cada instrumento aplicado

En las siguientes tablas (tabla 13, tabla 15 y tabla 17) se muestran los principales estadísticos descriptivos de los instrumentos utilizados para el estudio: mínimo, máximo, media, mediana, desviación típica de los instrumentos utilizados para el estudio. Por otra parte, se ha llevado a cabo la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si la distribución de las puntuaciones de las variables del estudio seguía una distribución normal (véase tabla 14, tabla 16 y tabla 18).

#### 5.3.1 Descriptivos del test de salud autopercebida (GHQ-12)

Como se indicia en el apartado de la metodología, la salud autopercebida ha sido medida por la escala de salud mental de Goldberg (GHQ-12). La puntuación global de dicha escala es de 36 puntos, por lo que obtener puntuaciones más altas de 14 puntos refleja salud autopercebida baja o un elevado nivel de malestar psíquico.

La media de las puntuaciones de salud autopercebida para la muestra de exclusión social (M2) es de 22.54, la mediana 23 y la desviación típica de 7.07 (véase tabla 13). El valor mínimo registrado es de 6 y el valor máximo es de 36. La muestra en situación de inclusión social (M1) obtiene una puntuación media del nivel de salud autopercebida de 10.21, una mediana de 9, una desviación típica de 4.8, un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 25. Estos descriptivos demuestran que las personas de la muestra de personas en situación de inclusión social (M1) manifiestan niveles de salud autopercebida alta. Sin embargo, las puntuaciones de las personas en situación de exclusión social (M2) indican niveles de salud autopercebida baja, es decir, niveles de malestar psíquico altos.

La prueba Kolmogorov-Smirnov en relación con la salud autopercebida indica que los datos no se distribuyen de manera normal (véase tabla 14).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la prueba de salud autopercebida en la M1 y en la M2

Muestra	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
<b>Salud autopercebida</b>					
M1	1	25	10.21	9	4.8
M2	6	36	22.54	23	7.07

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

**Tabla 14.** Prueba Kolmogorov-Smirnov de la salud autopercebida

<b>Muestra</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>
M1	.136	.000
M2	.091	.036

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

### 5.3.2 Descriptivos del test de bienestar psicológico y del test de bienestar social

Para evaluar el bienestar psicológico se ha utilizado la escala de Ryff (EBP), la cual mide diferentes factores: Autoaceptación (AA), Relaciones positivas (RP), Autonomía AU), Dominio del entorno (DE), Propósito en la vida (PV) y Crecimiento personal (CP). Por otro lado, se ha utilizado la escala de bienestar social de Keyes para medir el factor de Integración social (IS), Aceptación social (AS) y Contribución social (CS).

En la tabla 15, se pueden observar los estadísticos descriptivos de todas éstas. Respecto a la media y la mediana los valores de los diferentes factores del bienestar psicológico y social se sitúan entre 3-5, menos tanto en la M1 como en la M2. La desviación típica tiene un valor inferior a 1, excepto en la variable relaciones positivas (RP) en la muestra de personas en inclusión social (M1) y en el factor autoaceptación y autonomía en la muestra de exclusión social (M2). Estas puntuaciones indican que, en general, no existe mucha dispersión. Los valores máximos en ambas muestras (M1 y M2) oscilan entre el 4 y 6 y los valores mínimos oscilan entre 1 y 2.6.

En cambio, en relación a la puntuación global de bienestar psicológico, el máximo en la M1 es de 30.8 y el mínimo de 14.9, a diferencia del máximo de 25.8 y el mínimo de 11.1 en la M2. La media en la M1 es de 24.08 y la mediana de 23.75, a diferencia de la media (18,5) y la mediana (18.81) en la M2. La desviación típica en la M1 es de 3.51 y en la M2 de 2.72.

Para comprobar la distribución de normalidad de los diferentes factores del bienestar psicológico y social, de nuevo se ha realizado la prueba Kolmogorov-Smirnov, donde una vez más se ha acabado verificando que las puntuaciones no siguen una distribución normal (veáse tabla 16).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos del test de bienestar psicológico y de bienestar social en la M1 y M2

FACTORES	Mínimo		Máximo		Media		Mediana		Desviación estándar	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
<b>Bienestar psicológico</b>										
Autoaceptación	1.5	1.8	6	6	4.75	3.55	5	3.50	.90	1.01
Relaciones positivas	2	2	6	5	4.70	3.39	5	3.40	1.03	.49
Autonomía	1.2	1.7	6	5.3	4.36	3.54	4.33	3.66	.90	1.02
Dominio del entorno	2.6	1.6	6	5.6	4.57	3.15	4.60	3	.86	.83
Crecimiento personal	2.5	2.3	6	6	4.97	4.42	5	4.50	.86	.66
Propósito con la vida	1.2	1	6	6	4.69	3.47	4.80	3.60	.99	.92
<b>Bienestar psicológico global</b>	<b>14.9</b>	<b>11.1</b>	<b>30.80</b>	<b>25.8</b>	<b>24.08</b>	<b>18.55</b>	<b>23.75</b>	<b>18.81</b>	<b>3.51</b>	<b>2.72</b>
<b>Bienestar social</b>										
Integración Social	1.8	1.2	5	5	3.74	3.18	3.80	3.40	.64	.85
Aceptación Social	1.2	1	5	4	3.34	1.91	3.33	1.83	.78	.69
Contribución Social	2	1	5	4.4	3.51	3.13	3.20	3.20	.79	.68

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

**Tabla 16.** Prueba Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones del test de bienestar psicológico y de bienestar social en la M1 y M2

<b>Factores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Sig.</b>
Autoaceptación	M1	.128	.000
	M2	.102	.010
Relaciones positivas	M1	.143	.000
	M2	.136	.000
Autonomía	M1	.106	.005
	M2	.100	.014
Dominio del entorno	M1	.103	.007
	M2	.095	.022
Crecimiento personal	M1	.124	.000
	M2	.146	.000
Propósito con la vida	M1	.123	.000
	M2	.106	.006
Bienestar psicológico	M1	.056	.020
	M2	.091	.033
Integración social	M1	.113	.002
	M2	.129	.000
Aceptación social	M1	.089	.035
	M2	.139	.000
Contribución social	M1	.178	.000
	M2	.122	.001

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social



### 5.3.3 Descriptivos del cuestionario de los estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento han sido analizados mediante la escala de afrontamiento del estrés de CAE, que tiene dos subescalas: la subescala de afrontamiento racional o centrado en la solución del problema que engloba los estilos de afrontamiento de focalización en la solución del problema (FS), reevaluación positiva (RP) y búsqueda de apoyo social (BS), y la subescala centrada en la emoción que engloba los estilos de afrontamiento de autofocalización negativa (AN), expresión emocional abierta (EA), evitación (EV) y religión (RE).

La tabla 17 refleja los estadísticos descriptivos de los diferentes estilos de afrontamiento anteriormente mencionados. Como puede apreciarse, las personas en situación de inclusión social manejan en mayor medida estilos de afrontamiento centrados en la solución del problema, en cambio la muestra de exclusión social manifiesta una tendencia al uso de estilos de afrontamiento orientados a la emoción o afrontamiento emocional.

Respecto a la media y la mediana, los valores son muy dispares entre cada estilo de afrontamiento, aunque las diferencias de cada factor en las dos muestras no lo son. Los valores mínimos también son diferentes en los distintos factores de la escala.

Así, en la mayor parte de los seis factores la puntuación mínima es 0, excepto en el estilo de focalización de la solución del problema que, en la muestra de exclusión social (M2) obtiene una puntuación mínima de 4 y en la muestra de inclusión social (M1) una puntuación de 3 y en el estilo de la reevaluación positiva que en la M1 es 8 y en la M2 es de 5.

Las desviaciones típicas de los factores de la escala de estilos de afrontamiento calculadas ponen de manifiesto que la dispersión oscila entre 3 y 5, menos en el estilo de la búsqueda de soporte social y la religión donde es mayor.

La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov indica que los resultados de los estilos de afrontamiento para las muestras M1 y M2, no se ajustan a una distribución normal (véase tabla 18).

**Tabla 17.** Estadísticos descriptivos globales de las respuestas al test de estilos de afrontamiento en la muestra en situación de inclusión social (M1) y en la muestra en situación de exclusión social (M2)

FACTORES	Mínimo		Máximo		Media		Mediana		Desviación estándar	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
<b>Afrontamiento racional</b>										
Focalización en la solución del problema	4	3	24	23	16.11	14.16	16	15	4.20	4.42
Reevaluación positiva	8	5	24	23	16.20	14.49	16	14	3.60	3.86
Búsqueda de apoyo social	0	0	24	24	13.39	10.15	13	10	6.24	6.74
<b>Afrontamiento emocional</b>										
Autofocalización negativa	0	1	18	22	7.12	12.98	7	13	4.02	4.35
Expresión emocional abierta	0	0	22	22	7.64	9.69	7	9	4.79	5.11
Evitación	0	0	23	23	11.29	10	11	10	4.63	4.62
Religión	0	0	24	24	3.74	9.63	0	9	5.79	8.49

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

**Tabla 18.** Prueba Kolmogorov-Smirnov de las respuestas al test de los estilos de afrontamiento en las muestras M1 y M2

Factores	Muestra	Estadístico	Sig.
Focalización en la solución del problema	M1	.087	.043
	M2	.157	.000
Búsqueda de apoyo social	M1	.098	.013
	M2	.139	.000
Relaciones positivas	M1	.086	.050
	M2	.078	.129
Autofocalización negativa	M1	.100	.011
	M2	.064	.020
Expresión emocional abierta	M1	.119	.001
	M2	.116	.002
Evitación	M1	.076	.014
	M2	.195	.024
Religión	M1	.274	.000
	M2	.146	.000

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

## **5.4 Relación existente entre los factores de salud autopercebida, bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales en las muestras de exclusión social**

Una vez se ha observado que existen diferencias entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en ambas muestras (M1 y M2), se ha querido constatar si existe relación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales, con la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento en trayectorias de exclusión social. Se ha utilizado en el análisis la correlación de Spearman, ya que en el apartado anterior ya se había contrastado que las puntuaciones de las variables utilizadas en este estudio no seguían una distribución normal y era necesario utilizar una prueba no paramétrica.

### **5.4.1. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y la salud autopercebida**

La tabla 19 muestran las correlaciones obtenidas cuando se contrastan los indicadores de acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales con el indicador global de salud autopercebida. Así, en la muestra de exclusión social M2, se observa una correlación positiva entre la puntuación del indicador global de salud autopercebida y los indicadores de acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario ( $\rho = .358$ ;  $p < .01$ ) y con la puntuación del global de acumulación de factores disruptivos ( $\rho = .234$ ;  $p < .05$ ).

### **5.4.2. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y los factores de bienestar psicológico y bienestar social**

En la tabla 20 se muestran las correlaciones negativas entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos de forma global con tres factores de la escala de bienestar psicológico: autoaceptación ( $\rho = -.365$ ;  $p < .01$ ), dominio del entorno ( $\rho = -.254$ ;  $p < .01$ ), propósito con la vida ( $\rho = -.321$ ;  $p < .01$ ) y las puntuaciones del bienestar psicológico global ( $\rho = -.302$ ;  $p < .01$ ).

En el ámbito laboral, existe correlación con la autoaceptación (M2  $\rho = -.203$ ;  $p < .05$ ) y con el propósito con la vida (M2  $\rho = -.199$ ;  $p < .05$ ).

En el ámbito formativo, en la muestra de exclusión social hay correlación entre la acumulación de factores de riesgo y la autoaceptación ( $M2 \rho = -.215$ ;  $p < .05$ ), la integración social ( $M2 \rho = -.200$ ;  $p < .05$ ) y la contribución social ( $M2 \rho = -.286$ ;  $p < .01$ ).

En el ámbito sociosanitario, se han encontrado correlaciones, esta vez en sentido negativo, entre la salud autopercibida y la autoaceptación ( $M2 \rho = -.347$ ;  $p < .01$ ), el dominio del entorno ( $M2 \rho = -.265$ ;  $p < .01$ ), el propósito con la vida ( $M2 \rho = -.460$ ;  $p < .01$ ), el bienestar global ( $M2 \rho = -.360$ ;  $p < .01$ ), la integración social ( $M2 \rho = -.279$ ;  $p < .01$ ) y la contribución social ( $M2 \rho = -.242$ ;  $p < .05$ ).

En el ámbito residencial, sólo se han encontrado relaciones negativas, con la dimensión de autoaceptación ( $M2 \rho = -.211$ ;  $p < .05$ ), de integración social ( $M2 \rho = -.231$ ;  $p < .05$ ) y de aceptación social ( $M2 \rho = -.230$ ;  $p < .05$ ).

En el ámbito relacional, existen correlaciones entre el factor de autoaceptación ( $\rho = -.263$ ;  $p < .01$ ), el dominio del entorno ( $M2 \rho = -.255$ ;  $p < .01$ ), en la puntuación de bienestar psicológico global ( $M2 \rho = -.203$ ;  $p < .05$ ), en la integración social ( $M2 \rho = -.309$ ;  $p < .01$ ) y la aceptación social ( $M2 \rho = -.295$ ;  $p < .01$ ).

Y finalmente, en el ámbito de ciudadanía y política, solo se observa una correlación en la M2 con la contribución social ( $M2 \rho = -.206$ ;  $p < .05$ ).

En resumen, las personas en situación de exclusión social, cuando acumulan más factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y en el ámbito relacional, tienen un mayor desgaste psicológico, menos integración social, así como también menos capacidad de aceptación social y de contribución social.

### **5.4.3. Correlación entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los ámbitos sociales y los estilos de afrontamiento**

La tabla 21 muestran las correlaciones existentes entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos con los estilos de afrontamiento. La acumulación de factores de riesgo disruptivos de forma global se relaciona con el estilo de afrontamiento focalizado en la solución del problema ( $\rho = -.245$ ;  $p < .05$ ), con el dominio del afrontamiento focalizado en la negatividad ( $\rho = .217$ ;  $p < .05$ ) y con la expresión emocional abierta ( $\rho = .244$ ;  $p < .05$ ).

El acopio de factores de riesgo disruptivos en el ámbito formativo está relacionado de forma negativa con la focalización en la solución del problema ( $\rho = -.300$ ;  $p < .01$ ) y de forma positiva con la autofocalización negativa ( $\rho = .364$ ;  $p < .01$ ).

En el ámbito sociosanitario se han identificado dos correlaciones negativas: una con el afrontamiento orientado a la focalización en la solución del problema ( $M2 \rho = -.266; p < .01$ ) y la otra, con el manejo de la reevaluación positiva ( $M2 \rho = -.218; p < .05$ ).

En relación con el ámbito residencial, se han encontrado correlaciones positivas en la M2 en todos los estilos de afrontamiento orientados a la emoción: autofocalización negativa ( $M2 \rho = .233; p < .05$ ), expresión emocional abierta ( $M2 \rho = .300; p < .01$ ), evitación ( $M2 \rho = .204; p < .05$ ) y religión ( $M2 \rho = .205; p < .05$ ).

En el ámbito relacional, sin embargo, se ha establecido una relación negativa con la focalización en la solución del problema ( $M2 \rho = -.209; p < .05$ ) y otra, con carácter positiva con la expresión emocional abierta ( $M2 \rho = .229; p < .05$ ) en la M2.

Finalmente, en el ámbito político-ciudadano, se observa que las personas en situación de exclusión social se relacionan de forma positiva con el manejo de la evitación ( $M2 \rho = .212; p < .05$ ) y la religión ( $M2 \rho = .377; p < .01$ ).

No se ha encontrado ninguna correlación entre ningún estilo de afrontamiento y la acumulación de factores de riesgo disruptivo en el ámbito económico ni laboral.

**Tabla 19.** Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y las puntuaciones de salud autopercebida en personas en situación de exclusión social

FACTOR	GRUPO	FRD GLOBAL	FRD ECONÓMICO	FRD LABORAL	FRD FORMATIVO	FRD SOCIO SANITARIO	FRD RESIDENCIAL	FRD RELACIONAL	FRD POLÍTICO CIUDADANO
Salud autopercebida	M2	.234*	.053	.005	.185	.358**	-.012	.145	-.003

Nota: \*\*p< .01; \* p<.05; muestra en situación de exclusión social, FRD GLOBAL= Factores de riesgo disruptivos de forma global, FRD ECONÓMICO= Factores de riesgo disruptivos ámbito económico, FRD LABORAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito laboral; FRD FORMATIVO = Factores de riesgo disruptivos ámbito formativo, FRD SOCIO SANITARIO= Factores de riesgo disruptivos ámbito socio sanitario, FRD RESIDENCIAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito residencial; FRD RELACIONAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito relacional, FRD POLÍTICO-CIUDADANO= Factores de riesgo disruptivos ámbito político - ciudadano.

**Tabla 20.** Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y los factores de bienestar psicológico y bienestar social en personas en situación de exclusión social

FACTORES	GRUPO	FRD GLOBAL	FRD ECONÓMICO	FRD LABORAL	FRD FORMATIVO	FRD SOCIOSANITARIO	FRD RESIDENCIAL	FRD RELACIONAL	FRD POLÍTICO CIUDADANO
Bienestar psicológico									
AA	M2	<b>-.365**</b>	-.143	<b>-.203*</b>	<b>-.215*</b>	<b>-.347**</b>	<b>-.211*</b>	<b>-.263**</b>	-.084
RP	M2	-.070	-.066	.054	.020	-.180	.040	-.077	.001
AU	M2	-.183	-.134	.026	-.180	-.171	-.170	-.110	.038
DE	M2	<b>-.254**</b>	-.077	-.170	-.046	<b>-.265**</b>	-.174	<b>-.255**</b>	-.092
CP	M2	.003	-.011	-.070	-.041	.002	.071	-.039	.035
PV	M2	<b>-.321**</b>	-.118	<b>-.199*</b>	-.165	<b>-.460**</b>	-.149	-.150	-.012
Global EBP	M2	<b>-.302**</b>	-.114	-.142	-.178	<b>-.360**</b>	-.170	<b>-.203*</b>	-.038
Bienestar social									
IS	M2	<b>-.375**</b>	-.141	<b>-.244*</b>	<b>-.200*</b>	<b>-.279**</b>	<b>-.231*</b>	<b>-.309**</b>	-.062
AC	M2	<b>-.239*</b>	-.072	-.107	-.131	-.143	<b>-.230*</b>	<b>-.295**</b>	-.095
CS	M2	-.132	-.039	-.044	<b>-.286**</b>	<b>-.242*</b>	.002	-.054	<b>.206*</b>

Nota: \*\*p<.01; \* p<.05; muestra en situación de exclusión social, FRD GLOBAL= Factores de riesgo disruptivos de forma global, FRD ECONÓMICO= Factores de riesgo disruptivos ámbito económico, FRD LABORAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito laboral; FRD FORMATIVO = Factores de riesgo disruptivos ámbito formativo, FRD SOCIOSANITARIO= Factores de riesgo disruptivos ámbito socio sanitario, FRD RESIDENCIAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito residencial; FRD RELACIONAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito relacional, FRD POLÍTICO-CIUDADANO= Factores de riesgo disruptivos ámbito político - ciudadano, AA=autoaceptación; RP= relaciones positivas, AU=autonomía, DE= dominio del entorno, CP=crecimiento personal, PV=propósito con la vida, IS=integración Social, AS=aceptación social, CS=contribución social, Global EBP= bienestar psicológico global.



**Tabla 21.** Correlaciones entre las acumulaciones de factores de riesgo disruptivo en cada uno de los ámbitos y los estilos de afrontamiento que emplean las personas en situación de exclusión social

FACTORES	GRUPO	FRD GLOBAL	FRD ECONÓMICO	FRD LABORAL	FRD FORMATIVO	FRD SOCIO SANITARIO	FRD RESIDENCIAL	FRD RELACIONAL	FRD POLÍTICO CIUDADANO
Afrontamiento racional									
FS	M2	<b>-.245*</b>	-.078	-.071	<b>-.300**</b>	<b>-.266**</b>	-.149	<b>-.209*</b>	.119
RS	M2	-.169	.008	-.086	-.182	<b>-.218*</b>	-.008	-.076	-.059
BA	M2	-.148	-.078	-.066	.051	-.134	.005	-.135	-.141
Afrontamiento emocional									
AN	M2	<b>.217*</b>	.055	.136	<b>.364**</b>	.129	<b>.233*</b>	.048	-.028
EA	M2	<b>.244*</b>	.162	.079	.127	.172	<b>.300**</b>	<b>.229*</b>	.125
EV	M2	.050	-.043	.028	-.039	-.091	<b>.204*</b>	.047	<b>.212*</b>
RE	M2	.067	.094	.152	-.097	-.180	<b>.205*</b>	-.038	<b>.377**</b>

Nota: \*\*p< .01; \* p<.05; muestra en situación de exclusión social, FRD GLOBAL= Factores de riesgo disruptivos de forma global, FRD ECONÓMICO= Factores de riesgo disruptivos ámbito económico, FRD LABORAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito laboral; FRD FORMATIVO = Factores de riesgo disruptivos ámbito formativo, FRD SOCIO SANITARIO= Factores de riesgo disruptivos ámbito socio sanitario, FRD RESIDENCIAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito residencial; FRD RELACIONAL= Factores de riesgo disruptivos ámbito relacional, FRD POLÍTICO-CIUDADANO = Factores de riesgo disruptivos ámbito político - ciudadano, FS=focalización en la solución del problema, RP=reevaluación positiva, BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa, EA= expresión emocional abierta, EV=evitación, RE= religión.

## **5.5 Modelo predictivo de factores de bienestar psicológico, bienestar social, estilos de afrontamiento y la acumulación de factores de riesgos disruptivos por ámbitos en personas en situación de exclusión social**

Una vez determinada la relación de las variables del bienestar psicológico, el bienestar social, los estilos de afrontamiento y la acumulación de factores de riesgo disruptivos por ámbitos, se han llevado a cabo una serie de regresiones múltiples por pasos sucesivos, para establecer modelos que puedan ser útiles para explicar cómo las acumulaciones de factores de riesgo disruptivos en distintos ámbitos pueden convertirse en predictores del bienestar psicológico, bienestar social y de los estilos de afrontamiento en procesos de exclusión social.

La tabla 22 muestra los resultados obtenidos en dichos análisis por las variables de salud autopercebida, bienestar psicológico y bienestar social. Los resultados muestran que el mejor predictor de la escala de GHQ-12 es la acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario, explicando el 13.9 % de la varianza del estado de salud autopercebida.

Por otra parte, el mejor predictor del bienestar psicológico es la acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario, que explica más del 17.4% de la varianza. El análisis por variables de forma independiente muestra que la autoaceptación se explica (17.4% de varianza) cuando la acumulación de factores disruptivos se produce en el ámbito relacional y sociosanitario. Lo mismo ocurre con el dominio del entorno, que se explica con una varianza del 14.3%. El propósito con la vida se explica (varianza del 20.6%) cuando la acumulación de factores de riesgo disruptivos acontece en el ámbito sociosanitario.

Por su parte, los factores de bienestar social, en concreto la integración social, es explicada (varianza del 17.6%) cuando se acumulan factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y relacional y la aceptación social cuando los acontecimientos se acumulan en el ámbito relacional (varianza más baja obtenida: 8.9). Finalmente, se demuestra que la contribución social se explica con una varianza del 13.7%, cuando se acumulan factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y por la cuestión del lugar de nacimiento.

Por tanto, la acumulación de factores de riesgo en el ámbito sociosanitario y relacional tiene un mayor poder predictivo del bienestar psicológico y social en las personas en situación de exclusión social.

Para finalizar, también se pretendió conocer qué ámbitos sociales con mayor acumulación de factores disruptivos predecían mejor los diferentes estilos de afrontamiento. En la tabla 23, se observa que la acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito educativo y en el

ámbito sociosanitario predicen una varianza del 14.8% en el estilo de afrontamiento focalizado en la solución del problema.

Lo mismo ocurre con el estilo de afrontamiento de revalorización positiva, que aunque sólo se predice con una varianza de 4%, también ocurre cuando existe una mayor acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario.

Por otra parte, el acopio de factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial y el lugar de nacimiento explican (varianza del 43.8%) el manejo de estilos de afrontamiento orientados a la evitación, la expresión emocional abierta y la religión. Por otra parte, se evidencia que acumular acontecimientos de riesgo disruptivos en el ámbito formativo predice (varianza del 12.2%) el manejo de la autofocalización negativa.

Por lo tanto, las personas en situación de exclusión social con mayor acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y educativo no manejan estilos de afrontamiento focalizados en la solución del problema. Sin embargo, el acopio de factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial y el lugar de nacimiento, podrían explicar que las personas en situación de exclusión social utilicen estilos de afrontamiento orientados a la emoción.

**Tabla 22.** Análisis de regresión múltiple entre la acumulación de factores de riesgo disruptivo en los diferentes ámbitos sociales con la salud autopercebida y los factores de bienestar psicológico y social en personas en situación de exclusión social

Análisis de regresión	SA		AA		RP		AU		DE		CP		PV		GLB EBP		IS		AS		CS	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
FRD Global	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Económico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Laboral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Formativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Sociosanitario	.139	.373	.131	-.296	-	.047	-.225*	-	.206	-.454	.135	.047	-.367	-.226	.039	-.210*	-	-	-	-	-	-
FRD Residencial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Relacional	-	.043	-.219*	-	.096	-.244*	-	.129	-.292	.089	-.299	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD PLT-CIUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autóctono	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.098	-.244*	-	-	-	-	-	-
Extranjero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Varianza explicada</b>	<b>13.9</b>	<b>17.4</b>	<b>14.3</b>	<b>20.6</b>	<b>13.5</b>	<b>17.6</b>	<b>8.9</b>	<b>13.7</b>	<b>13.9</b>	<b>17.4</b>	<b>14.3</b>	<b>20.6</b>	<b>13.5</b>	<b>17.6</b>	<b>8.9</b>	<b>13.7</b>	<b>13.9</b>	<b>17.4</b>	<b>14.3</b>	<b>20.6</b>	<b>13.5</b>	<b>17.6</b>

Nota: p< .01; \*p< .05; FRD GLOBAL= factores de riesgo disruptivos de forma global, FRD ECONÓMICO= factores de riesgo disruptivos ámbito económico, FRD LABORAL= factores de riesgo disruptivos ámbito laboral; FRD FORMATIVO = factores de riesgo disruptivos ámbito formativo, FRD SOCIOSANITARIO= factores de riesgo disruptivos ámbito sociosanitario, FRD RESIDENCIAL= factores de riesgo disruptivos ámbito residencial, FRD RELACIONAL= factores de riesgo disruptivos ámbito relacional, FRD PLT-CIUD= Factores de riesgo disruptivos ámbito político - ciudadano, AA=autoaceptación: RP= relaciones positivas, AU=autonomía, DE= dominio del entorno, CP=crecimiento personal, PV=propósito con la vida, GLB EBP: global bienestar psicológico, IS=integración Social, AS=aceptación social, CS=contribución social

**Tabla 23.** Análisis de regresión múltiple entre la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales y estilos de afrontamientos en personas en situación de exclusión social

Análisis de regresión	FS		RP		BA		AN		EA		EV		RE	
	$\Delta R^2$ □	$\beta$	Afrontamiento racional		$\Delta R^2$ □	$\beta$	$\Delta R^2$ □	$\beta$	Afrontamiento emocional		$\Delta R^2$ □	$\beta$	$\Delta R^2$ □	$\beta$
			$\Delta R^2$	$\beta$					$\Delta R^2$	$\beta$				
FRD Global	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Económico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Laboral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Formativo	.098	-.248	-	-	.122	.350	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Sociosanitario	.050	-.232*	.040	-.201*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD Residencial	-	-	-	-	.098	.314	.098	.314	.036	.187*	.057	.239	-	-
FRD Relacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRD PLT-CIUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autóctono	-	-	-	-	-	-	-	-	.106	-.330	-	-	-	-
Extranjero	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.141	.381*	-	-
<b>Varianza explicada</b>	<b>14.8</b>		<b>4</b>		<b>12.2</b>		<b>9.8</b>		<b>14.2</b>		<b>19.8</b>			

Nota:  $p < .01$ ; \* $p < .05$ ; FRD GLOBAL= factores de riesgo disruptivos de forma global, FRD ECONÓMICO= factores de riesgo disruptivos ámbito económico, FRD LABORAL= factores de riesgo disruptivos ámbito laboral; FRD FORMATIVO = factores de riesgo disruptivos ámbito formativo, FRD SOCIOSANITARIO= factores de riesgo disruptivos ámbito sociosanitario, FRD RESIDENCIAL= factores de riesgo disruptivos ámbito residencial; FRD RELACIONAL= factores de riesgo disruptivos ámbito relacional, FRD PLT-CIUD= factores de riesgo disruptivos ámbito político - ciudadano, FS=focalización en la solución del problema, RP=reevaluación positiva, BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa, EV=evitación, RE= religión

## 5.6 Diferencias de los niveles de salud autopercebida, factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento entre la muestra de personas en situación de exclusión social (M2) y en situación de inclusión social (M1)

A continuación, se muestran los resultados obtenidos mediante la prueba estadística no paramétrica de Mann - Whitney-Wilcoxon para comprobar diferencias significativas entre las dos muestras estudiadas para cada una de las variables del estudio: salud autopercebida, bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.

### 5.6.1 Diferencias de los niveles de salud autopercebida entre la M1 y la M2

Para conocer si hay diferencias significativas entre ambas muestras en las puntuaciones de salud autopercebida, se ha utilizado la prueba no paramétrica de Mann - Whitney-Wilcoxon para comprobar diferencias significativas entre muestras. La prueba *U* de Mann-Whitney es una excelente alternativa a la prueba *T* para la diferencia de medias cuando no se cumplen los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

En este sentido, en la tabla 24, se identifica la variación de los niveles de salud autopercebida en la M1 y la M2, obteniendo un valor ( $U= 960.50$ ,  $p= .000$ ), que implica la existencia de diferencias significativas entre ambas muestras (M1 y M2). Los resultados demuestran que la salud autopercebida es peor en las personas en situación de exclusión social y que en las personas en situación de inclusión social.

**Tabla 24.** Prueba *U* de Mann-Whitney en salud autopercebida en la muestra en situación de inclusión social (M1) y en la muestra en situación de exclusión social (M2)

Muestra	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Asymp. Sig. (2-tailed)
Salud autopercebida					
M1	107	62.98	6738.50	960.50	.000
M2	103	149.67	15416.5		

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

## 5.6.2 Diferencias de los factores de bienestar psicológico y bienestar social entre la M1 y la M2

Las tablas 25 y 26, muestran la variación de los diferentes factores de bienestar psicológico y social, obteniendo puntuaciones significativas en todos los valores: autoaceptación (U= 1981.50, p = .000), en relaciones positivas (U= 1568, p= .000), en autonomía (U= 3100.50, p= .000), en dominio del entorno (U= 1365, p = .000), en crecimiento personal (U= 3323, p= .000), en propósito con la vida (U= 1976, p= .000), en integración social (U= 3419.50, p= .000), en aceptación social (U= 1038, p= .000) y en contribución social (U= 4297.50, p= .006).

Se observa pues, que existen diferencias significativas en todas las variables de la escala de bienestar psicológico (EBP) y de bienestar social (Keyes), lo que implica que las personas en situación de inclusión social (M1) presentan puntuaciones superiores en autoaceptación, tienen mayor capacidad para mantener su independencia y autonomía personal, manifiestan tener un mayor propósito en la vida y mejor manejo del entorno y sobre las potencialidades para crecer como persona. Las personas en situación de inclusión social mantienen más relaciones sólidas y de confianza con su entorno social.

Sin embargo, las personas en trayectorias de exclusión social (M2) reportan menores puntuaciones en percepción de autoaceptación, autonomía, propósito con la vida, dominio del entorno y capacidades para el crecimiento personal. Además, no disponen de relaciones personales cercanas que puedan enriquecer sus vidas. Las personas en situación de exclusión social (M2) mantienen una relación de menor confianza, aceptación y actitudes positivas hacia las personas de su entorno próximo y manifiestan sentirse miembros menos activos en la sociedad o comunidad a la que pertenecen.

**Tabla 25.** Prueba U de Mann-Whitney en el bienestar psicológico en la muestra en situación de inclusión social (M1) y en la muestra en situación de exclusión social (M2)

Muestra	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Asymp. Sig. (2-tailed)
Autoaceptación					
M1	107	138.48	14817.50	1981.50	.000
M2	103	71.24	7337.59		
Relaciones positivas					
M1	107	142.35	15231	1568	.000
M2	103	67.22	6924		
Autonomía					
M1	107	128.02	13698.50	3100.50	.000
M2	103	82.10	8456.50		
Dominio del entorno					
M1	107	144.24	15434	1365	.000
M2	103	65.25	6721		
Crecimiento personal					
M1	107	125.94	13476	3323	.000
M2	103	84.26	8679		
Propósito con la vida					
M1	107	138.53	14823	1976	.000
M2	103	71.18	7332		
Bienestar psicológico global					
M1	107	146.22	15645.50	1153.50	.000
M2	103	63.20	6509.50		

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social



**Tabla 26.** Prueba U de Mann-Whitney en el bienestar social en la muestra en situación de inclusión social (M1) y en la muestra en situación de exclusión social (M2)

Muestra	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Asymp. Sig. (2-tailed)
Integración social					
M1	107	125.04	13379.50	3419.50	.000
M2	103	85.20	8775.50		
Aceptación social					
M1	107	147.30	15761	1038	.000
M2	103	62.08	6394		
Contribución social					
M1	107	116.84	12501.50	4297.50	.006
M2	103	93.72	9653.50		

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

### 5.6.3 Diferencias de los estilos de afrontamiento entre la M1 y la M2

La tabla 27 muestra los valores de los diferentes estilos de afrontamiento del estrés que emplean la M1 y la M2, obteniendo los valores siguientes: focalización en la solución del problema (U= 4338.50, p= .008), reevaluación positiva (U= 4123, p= .002), búsqueda de apoyo social (U= 4038.50 p= .001), autofocalización negativa (U= 1801, p= .000), expresión emocional abierta (U= 4270, p= .005), evitación (U=4585, p= .035) y religión (U=3226, p= .000). En todos los estilos de afrontamiento existen diferencias significativas entre ambas muestras.

En conclusión, se observa que sí que existen diferencias significativas en el manejo de los estilos de afrontamiento entre ambas muestras. Las personas en situación de inclusión social (M1) parece que afrontan las situaciones de estrés mediante estilos de afrontamiento positivos centrados en el problema (focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social). Sin embargo, las personas en situación de exclusión social (M2) afrontan las situaciones de estrés mediante el manejo de estilos negativos o centrados en la emoción (autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación y religión).

**Tabla 27.** Prueba U de Mann-Whitney en los estilos de afrontamiento en la muestra en situación de inclusión social (M1) y en la muestra en situación de exclusión social (M2)

Muestra	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Asymp. Sig. (2-tailed)
<b>Afrontamiento racional</b>					
Focalización en la solución del problema					
M1	107	116.45	12460.50	4338.50	.008
M2	103	94.12	9694.50		
Reevaluación positiva					
M1	107	118.47	12676	4123	.002
M2	103	92.03	9479		
Búsqueda de apoyo social					
M1	107	119.26	12760.50	4038.50	.001
M2	103	91.21	9394.50		
<b>Afrontamiento emocional</b>					
Autofocalización negativa					
M1	107	70.83	7579	1801	.000
M2	103	141.51	14576		
Expresión emocional abierta					
M1	107	93.91	10048	4270	.005
M2	103	117.54	12107		
Evitación					
M1	107	114.15	12214	4585	.035
M2	103	96.51	9941		
Religión					
M1	107	84.15	9004	3226	.000
M2	103	127.68	13151		

Nota: M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

## 5.7 Relación entre las variables de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento con la salud autopercebida en personas en situación de inclusión y de exclusión social

El objetivo en este caso fue determinar la relación existente entre las variables de bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento con la mala salud autopercebida tanto en la muestra de personas en situación de inclusión social (M1) y en las personas en situación de exclusión social (M2).

La tabla 28 muestra las correlaciones de Spearman obtenidas al relacionar los factores del bienestar psicológico con la salud autopercebida. El bienestar psicológico presenta relaciones globales en la muestra de inclusión social y de forma substancial en la muestra de exclusión social, a excepción del factor de relaciones positivas y del factor de crecimiento personal.

En concreto, se observa que tanto en la muestra en situación de inclusión social (M1) como en la de exclusión social (M2), las correlaciones son negativas entre puntuaciones de una baja salud autopercebida y puntuaciones elevadas en: autoaceptación M1 ( $\rho = -.364$ ;  $p < .01$ ) y M2 ( $\rho = -.351$ ;  $p < .01$ ), en autonomía: M1 ( $\rho = -.373$ ;  $p < .01$ ) y M2 ( $\rho = -.231$ ;  $p < .05$ ), en el dominio del entorno: M1 ( $\rho = -.434$ ;  $p < .05$ ) y M2 ( $\rho = -.339$ ;  $p < .01$ ), en el propósito con la vida: M1 ( $\rho = -.401$ ;  $p < .01$ ) y M2 ( $\rho = -.366$ ;  $p < .01$ ) y en la puntuación global de bienestar psicológico: M1 ( $\rho = -.456$ ;  $p < .01$ ) y M2 ( $\rho = -.412$ ;  $p < .01$ ).

En concreto, en la muestra en situación de inclusión social (M1) se observan también correlaciones negativas entre los niveles de baja salud autopercebida y puntuaciones elevadas en relaciones positivas ( $\rho = -.238$ ;  $p < .05$ ) y correlaciones también negativas entre los niveles de baja salud autopercebida y puntuaciones elevadas en crecimiento personal ( $\rho = -.201$ ;  $p < .05$ ).

Por otra parte, en el bienestar social se observa que el único factor que mantiene una relación con la salud autopercebida en ambas muestras es la integración social: M1 ( $\rho = -.253$ ;  $p < .01$ ) y M2 ( $\rho = -.383$ ;  $p < .01$ ) (véase tabla 29).

**Tabla 28.** Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y las dimensiones de la escala de bienestar psicológico

FACTORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO	GRUPOS	SALUD AUTOPERCEBIDA
Autoaceptación	M1	-.364**
	M2	-.351**
Relaciones positivas	M1	-.238*
	M2	-.179
Autonomía	M1	-.373**
	M2	-.231*
Dominio del entorno	M1	-.434**
	M2	-.339**
Crecimiento personal	M1	-.201*
	M2	-.165
Propósito con la vida	M1	-.401**
	M2	-.366**
Bienestar psicológico global	M1	-.456**
	M2	-.412**

Nota: \*\*p< .01; \* p<.05, M1:muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

**Tabla 29.** Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y las dimensiones de la escala de bienestar social

FACTORES DE BIENESTAR SOCIAL	GRUPOS	SALUD AUTOPERCEBIDA
Integración social	M1	-.253**
	M2	-.383**
Aceptación social	M1	-.116
	M2	-.157
Contribución social	M1	-.156
	M2	-.159

Nota: \*\*p< .01; \* p<.05, M1:muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

Como podemos ver en la tabla 30, en la muestra en situación de inclusión social (M1) existen correlaciones negativas significativas en las puntuaciones en el estilo de focalización en la solución del problema ( $\rho = -.273$ ;  $p < .01$ ) y la baja salud autopercebida. Sin embargo, existen correlaciones positivas entre la baja salud autopercebida y el empleo del estilo de expresión emocional abierta ( $\rho = .234$ ;  $p < .05$ ) y el estilo de afrontamiento basado en la autofocalización negativa ( $\rho = .396$ ;  $p < .01$ ).

En cambio, en la muestra en situación de exclusión social (M2) existe una correlación negativa entre los niveles de salud autopercebida baja (malestar psíquico) y el empleo de los estilos de afrontamiento centrados en la focalización en la solución de problema ( $\rho = -.233$ ;  $p < .05$ ), con el empleo de los estilos de afrontamiento basados en la reevaluación positiva ( $\rho = -.271$ ;  $p < .01$ ), en la búsqueda de apoyo social ( $\rho = -.330$ ;  $p < .01$ ) y en el empleo de los estilos de afrontamiento centrados en la evitación ( $\rho = -.241$ ;  $p < .05$ ).

**Tabla 30.** Resultados del cálculo de las correlaciones entre la salud autopercebida y los estilos de afrontamiento

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	GRUPOS	SALUD AUTOPERCIBIDA
Focalización en la solución del problema	M1	<b>-.273**</b>
	M2	<b>-.233*</b>
Autofocalización negativa	M1	<b>.396**</b>
	M2	.179
Reevaluación positiva	M1	-.028
	M2	<b>-.271**</b>
Expresión emocional abierta	M1	<b>.234*</b>
	M2	.073
Evitación	M1	.053
	M2	<b>-.241*</b>
Búsqueda de apoyo social	M1	.069
	M2	<b>-.330**</b>
Religión	M1	-.006
	M2	-.145

Nota: \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; M1: muestra de inclusión social y M2: muestra de exclusión social

En resumen, existen diferentes factores de bienestar psicológico y de bienestar social, así como ciertos estilos de afrontamiento, que pueden considerarse moduladores saludables en los estados de salud autopercebida.

La autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito con la vida y la integración social son dimensiones del bienestar psicológico y social que se consideran buenas mediadoras en los estados de salud en personas en situación de inclusión social (M1). Por lo que respecta a los estilos de afrontamiento, se destaca que la focalización en la solución del problema es un estilo adecuado y positivo de afrontamiento. Sin embargo, el estilo de afrontamiento basado en la expresión emocional abierta y en la autofocalización negativa son estilos de afrontamiento inadecuados o poco saludables.

Por otra parte, en la muestra de exclusión social (M2) los resultados demuestran que los factores de autoaceptación, autonomía, dominio del entorno y propósito deberían considerarse mediadores saludables. Los estilos de afrontamiento cognitivo (focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social), y el estilo de afrontamiento por evitación, son buenos estilos de afrontamiento para reducir los estados de salud.

## **5.8 Modelos predictivos de la salud autopercebida mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social, estilos de afrontamiento en personas en situación de inclusión social y de exclusión social**

Una vez determinada la relación entre las puntuaciones de salud autopercebida baja (o malestar psíquico) con las variables del estudio, se ha llevado a cabo una regresión múltiple por pasos sucesivos con la finalidad de establecer diferentes modelos predictivos que permitan identificar qué factores del bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento son mejores predictores de los estados de salud autopercebida. Se muestra, por un lado, los resultados de dicho análisis para la muestra de inclusión social (véase tabla 31) y, por otro lado, para la muestra de exclusión social (véase tabla 32).

El modelo predictivo surgido en la muestra de inclusión social demuestra (varianza del 51.9%) que cuando, no se domina la autoaceptación ni el manejo de dominio del entorno, se utiliza la focalización negativa y no se afrontan los acontecimientos a través de la focalización en la solución del problema los estados de salud autopercebida son más bajos o existe un mayor riesgo de malestar psíquico.

En cambio, en la muestra de exclusión social se pone de manifiesto (varianza del 37.1%) que, cuando no existe integración social ni propósito con la vida, no se dispone de relaciones sociales suficientes para buscar apoyo social, ni se maneja el estilo de afrontamiento de reevaluación positiva, los estados de salud autopercebida son más bajos.

Por tanto, existen factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento que tienen mayor poder predictivo en los estados de salud autopercebida. Por ello, conocerlos o e identificarlos podría orientar políticas anticipativas para mejorar los estados de salud en personas en situación de inclusión y facilitar la implementación de políticas reactivas o estratégicas en procesos de exclusión social.

**Tabla 31.** Modelo predictivo de la salud autopercebida de las personas en situación de inclusión social (M1) mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento

Análisis de regresión		SA	
M1	$\Delta R^2$	$\beta$	
<b>Bienestar psicológico</b>			
Autoaceptación	.044	-.256*	
Relaciones positivas	-	-	
Autonomía	-	-	
Dominio de entorno	.224	-.326	
Crecimiento personal	-	-	
Propósito con la vida	-	-	
<b>Bienestar social</b>			
Integración social	-	-	
Aceptación social	-	-	
Contribución social	-	-	
<b>Estilo de afrontamiento</b>			
Focalización en la solución del problema	.060	-.254	
Búsqueda de apoyo social	-	-	
Reevaluación positiva	-	-	
Autofocalización negativa	.191	.368	
Expresión emocional abierta	-	-	
Evitación	-	-	
Religión	-	-	
<b>Varianza explicada</b>	<b>51.9</b>		

Nota:  $p < .01$ ; \* $p < .05$ ; M1=muestra de inclusión social; AA=autoaceptación; RP= relaciones positivas, AU=Autonomía, DE= dominio del entorno, CP=crecimiento personal, PV=propósito con la vida, IS=Integración Social, AS=aceptación social, CS=contribución social, FS=focalización en la solución del problema, RP=reevaluación positiva, BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa, EA= expresión emocional abierta, EV=evitación, RE= religión



**Tabla 32.** Modelo predictivo de la salud autopercebida de las personas en situación de exclusión social (M2) mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento

Análisis de regresión	SA	
	M2	$\Delta R^2$
<b>Bienestar psicológico</b>		
Autoaceptación	-	-
Relaciones positivas	-	-
Autonomía	-	-
Dominio de entorno	-	-
Crecimiento personal	-	-
Propósito con la vida	.038	-.226*
<b>Bienestar social</b>		
Integración social	.145	-.266*
Aceptación social	-	-
Contribución social	-	-
<b>Estilo de afrontamiento</b>		
Focalización en la solución del problema	-	-
Búsqueda de apoyo social	.141	-.364
Reevaluación positiva	.047	-.218*
Autofocalización negativa	-	-
Expresión emocional abierta	-	-
Evitación	-	-
Religión	-	-
<b>Varianza explicada</b>	<b>37.1</b>	

Nota:  $p < .01$ ; \* $p < .05$ ; M2=muestra de exclusión social; AA=autoaceptación; RP= relaciones positivas, AU=Autonomía, DE= dominio del entorno, CP=crecimiento personal, PV=propósito con la vida, IS=Integración Social, AS=aceptación social, CS=contribución social, FS=focalización en la solución del problema, RP=reevaluación positiva, BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa, EA= expresión emocional abierta, EV=evitación, RE= religión



# CAPÍTULO 6

## DISCUSIONES



## 6. Discusiones

El objetivo general de la presente investigación ha sido identificar factores de riesgo disruptivos, factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento que influyen en la salud autopercebida en trayectorias personales de inclusión y exclusión social y reconocer factores psicosociales que pueden convertirse en moduladores en los estados de salud. La finalidad última es proponer una serie de modelos de factores psicosociales que pueden ser moduladores en los estados de salud en trayectorias de inclusión y exclusión social, con el fin de ofrecer herramientas a los especialistas de la intervención social en tanto que permita, diseñar estrategias de intervención, prevención y/o tratamiento a nivel individual y comunitario para mejorar los estados de salud y/o reduzcan las inequidades en salud.

En el presente capítulo se presenta la discusión de los resultados mediante el enunciado de los objetivos específicos con sus respectivas hipótesis de investigación. A continuación, se despliegan las conclusiones derivadas de los mismos y se exponen los dos modelos que han surgido de los resultados obtenidos. Posteriormente se abordan las limitaciones y expectativas para plantear nuevos trabajos de investigación.

### **OBJETIVO 1: Identificar factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de inclusión y de exclusión social**

El objetivo 1 era identificar factores de riesgo disruptivos en cada uno de los ámbitos sociales de las personas en situación de inclusión (M1) y exclusión social (M2). La acumulación de mayores factores de riesgo disruptivos debería estar relacionada con trayectorias vitales en situación de exclusión social (M2).

Los resultados obtenidos demuestran que las personas de la muestra de exclusión social (M2) acumulan muchos más factores de riesgo disruptivos (FRD) que en las personas de la muestra en situación de inclusión social (M1). Estos resultados están en la misma línea que los trabajos de Paugman (2007), Subirats (2004) y Tezanos (1998), que argumentan que los procesos de inclusión-exclusión social son el resultado de una acumulación de situaciones de desventaja en varios ámbitos y que afectan a la vida cotidiana de las personas. Por tanto, se evidencia que las personas en situación de exclusión social pasan por procesos exclusivos en las trayectorias de vida, según se denomina en la literatura científica (Sánchez y Jiménez, 2013).

A pesar de que al plantear este objetivo no se pretendía reconocer que existe un patrón fijo de personas o colectivos excluidos ni de factores que lleven irremediablemente a la exclusión social, al como señalan algunos estudios demoscópicos (Diputació de Barcelona, 2012), los resultados obtenidos en esta tesis demuestran que existen ejes de desigualdad y combinaciones de factores de riesgo disruptivos para la muestra de exclusión social (M2) que son más recurrentes:

- En relación a las variables sociodemográficas, se observan tres que son más determinantes:

- País de nacimiento o de procedencia (la inmigración es un eje de desigualdad social).
- Haber vivido una ruptura o no disponer de ningún vínculo afectivo (más de 80% de las personas en situación de exclusión social (M2) combinan estos dos factores).
- No haber finalizado los estudios o solo haber obtenido estudios básicos (el 75% de las personas en situación de exclusión (M2) demuestran no tener la formación reglada obligatoria)

- Acumulación de factores de riesgo disruptivos que son recurrentes en trayectorias de exclusión social (M2):

- Presentan graves carencias de formación especializada (86.4%).
- Personas que no pueden satisfacer las necesidades básicas o se encuentran en situación de privación material severa (94.2%) y por ende se ven abocadas a depender de ayudas sociales (84.5%).
- La mayoría de las personas en situación de exclusión social tienen inestabilidad laboral permanente (88.3%) o, bien cronicidad de desempleo (79.6%).
- Más del 80% de estas personas se encuentran en situación de aislamiento social, disponiendo de una débil red social de apoyo, que apenas les permite disponer de vínculos de inserción comunitaria.

Aunque los resultados han evidenciado que, en la muestra de inclusión social, la acumulación de factores de riesgo disruptivos es insignificante ( $\bar{x} = 6.4$ ), también se ha demostrado que existen diferentes variables sociodemográficas que intervienen en estas trayectorias.

Para la M1 se destacan, las siguientes variables sociodemográficas:

- El nivel de estudios: más del 67% de las personas en situación de inclusión social tienen niveles de estudio superiores.
- Mayor estabilidad sentimental o en las relaciones de pareja: casi el 60% de las personas verbalizan estar casada o en pareja.
- La capacidad económica: más del 66% de las personas de la muestra de inclusión social demuestran tener ingresos superiores a 20.000€.

Por otra parte, también se han identificado factores de riesgo disruptivos recurrentes en trayectorias de inclusión social:

- A nivel laboral, son tres los factores de riesgos que se encuentran en mayor medida en trayectorias de inclusión social: encontrarse en situación de desempleo (49.5%), en desempleo de larga duración (17.85%) o perder el trabajo (36.4%).
- Sufrir la muerte sobrevenida de alguien (42%).
- Tener que interrumpir la vida laboral para cuidar de alguien (38.3%) y reducir el sueldo por baja de maternidad (26.2%).

Finalmente, con los resultados, también se ha podido deducir que los factores de riesgo disruptivos que ocurren en mayor medida tanto en trayectorias de inclusión y exclusión social se focalizan en el ámbito laboral (situación de desempleo y desempleo de larga duración, pérdida del puesto de trabajo, precariedad laboral) y en el ámbito relacional (ruptura de la red relacional). Eso significa que los problemas derivados del ámbito laboral y relacional son, en gran parte, determinantes en el continuum integración-exclusión social.

Todo ello es congruente con la teoría de Castel, que analiza la relación de los individuos con el trabajo o, la ausencia de esa relación. Este autor, no concibe el trabajo como una relación técnica de producción, sino como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Castel (1997) en Sánchez y Jiménez (2013) considera que la exclusión social, más que un estado es un proceso: el paso de una zona de vulnerabilidad o precariedad en el empleo y en las relaciones sociales, hasta una zona definida por la ausencia de trabajo y distanciamiento social. El mismo autor, propone un nuevo término para definir la exclusión social -*desafiliación social*-, que consiste en un proceso en el cual la persona se encuentra disociada de las redes sociales, que, a su vez, son el elemento clave para disponer de la protección necesaria ante las adversidades o la falta de oportunidades en la vida. De esta, manera, se ratifica que la exclusión es un proceso en el que los individuos pierden el sentimiento de pertenencia a la sociedad y estaría estructurada en base a dos ejes fundamentales: la inserción ocupacional y las relaciones sociales.

Juárez y Renés (1995) también reconocen diferentes zonas en los procesos de dualización entre la zona de integración y exclusión social, los cuales se desarrollan y se yuxtaponen según la posición que la persona ejerce en el mercado laboral; según el soporte social del que disponga y del sentido que la persona le otorgue a la vida.

Tezanos (1999) coincide tanto con Castel (1997) como con Juárez y Renes (1995) cuando define el concepto de inclusión social como el acceso en igualdad de condiciones y de oportunidades a los servicios, recursos y espacios necesarios para el desarrollo personal y colectivo. Este mismo autor enfatiza y expone que la plena participación social del individuo en la sociedad se produce cuando participa activamente dentro del mercado productivo y reproductivo, dentro del espacio de la ciudadanía, y dentro del espacio relacional y de los vínculos sociales.

No es objeto de esta tesis debatir si utilizar el termino de exclusión social o desafiación social es más adecuado. Pero sí que estamos de acuerdo en que la exclusión social debe de entenderse como un proceso y con la idea de que las trayectorias de vida son un continuum entre inclusión y exclusión social; que varía en función de un número indeterminado de factores (factores de riesgo disruptivos), con múltiples combinaciones entre ellos, obteniendo como resultado trayectorias de vida diferentes y diversas (Castel, 1997; Jiménez, 2008; Paugman, 2007, Pérez, Rodríguez y Trujillo, 2002; Tezanos, 1998).

Compartiendo los argumentos de estos autores, se considera que los principales ejes para prevenir la exclusión social deberían orientarse a la promoción de la inserción ocupacional, las relaciones sociales y la integración en la comunidad. Todo ello nos remite a los conceptos claves de acción comunitaria, ciudadanía social y gobernanza.

De todo ello, se desprenden algunas consideraciones que deberían contemplarse para reducir a largo plazo las desigualdades crónicas:

- Fortalecer la formación profesional y facilitar el acceso a la educación superior generando nuevas medidas de conciliación entre trabajo, estudios y familia.
- Generar un tejido productivo potente para evitar trabajos poco cualificados y precarios.
- Promocionar el trabajo comunitario para fortalecer las redes relaciones y los lazos con la comunidad.

Es necesario romper con la visión economicista de la exclusión social y axiomatizar la dimensión relacional de la exclusión social en las políticas de inclusión y cohesión social. Defendemos, pues, que la intervención social en los procesos de exclusión social, deben de abandonar el posicionamiento residual tan arraigado desde la imposición del modelo de bienestar basado en la beneficencia (hacerse cargo de satisfacer las necesidades individuales) y a su vez, orientarse a promover la autonomía funcional y la integración relacional primaria de carácter familiar y comunitaria, tal como afirma Fantova (2015).

A nivel de conclusión, los resultados nos invitan a una reflexión sobre el modelo de intervención social en procesos de exclusión social y así, considerar la necesidad de plantear un nuevo perfil profesional de la intervención social que acoja las praxis de las diferentes disciplinas del ámbito social (trabajadores sociales, educadores sociales, pedagogos sociales, psicólogos...).

Es necesario que se entienda la multidimensional de los procesos y trayectorias de exclusión social de manera transversal y desde la perspectiva de la intersectorialidad en las políticas sociales.

**OBJETIVO 2: Estudiar la relación existente entre la salud autopercebida, factores de bienestar psicológico, factores de bienestar social y estilos de afrontamiento con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social**

La hipótesis 2 plantea que, a mayor acumulación de factores de riesgo disruptivos, mayor repercusión en la salud autopercebida, el bienestar psicológico y social y menor disponibilidad de estilos de afrontamiento cognitivo en trayectorias de exclusión social.

En el primer objetivo ya se alude, a que las personas en situación de exclusión social acumulan, con mayor incidencia, factores de riesgo disruptivos (Tezanos, 2004; Subirats, 2004). Ahora en este segundo objetivo, es demostrar si existe relación entre acumular más factores de riesgos disruptivos en los diferentes ámbitos sociales con la salud autopercebida, el bienestar psicológico-social y el manejo de estilos de afrontamiento.

Los resultados demuestran que, en situaciones de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario se relaciona con niveles de salud autopercebida baja (véase tabla 19).

Por otra parte, en relación a las diferentes variables del bienestar psicológico y social, los resultados evidencian que, en la submuestra de personas en situación de exclusión social, la acumulación de factores de riesgo disruptivos generalmente está relacionada con el hecho de manifestar menor autoaceptación, menos dominio del entorno, menos propósito con la vida y con el bienestar psicológico de manera global. Por otra parte, también se correlaciona con manifestar menos aceptación social y menos niveles de integración social (véase tabla 20).

Concretamente, para cada uno de los factores de bienestar psicológico y social, los resultados señalan que manifestar un nivel de autoaceptación baja tiene relación con acumular factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario, relacional, formativo, residencial y laboral. No dominar de forma adecuada el entorno tiene relación con acumular factores de riesgo disruptivos en el ámbito relacional y sociosanitario. Por último, vivir sin propósitos y sin objetivos en la vida, se correlaciona con acumular factores de riesgos disruptivos en el ámbito laboral y sociosanitario.



No obstante, concretamente con los factores de bienestar social, se observa que la integración social, se encuentra correlacionada con la acumulación de factores de riesgo disruptivos en el ámbito laboral, formativo, sociosanitarios, residencial y relacional, la aceptación social con el acopio de factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial y relacional, y finalmente, la contribución social con acumular acontecimientos vitales en el ámbito formativo, sociosanitario y político-ciudadano.

Estos resultados son congruentes con los encontrados por Lupien, King, Meaney y McEwen (2001), los cuales exponen que, a mayor acumulación de acontecimientos vitales, más cambios o reajustes ante la situación de estrés y, por ende, mayor repercusión en los procesos adaptativos psicológicos y del bienestar. Otros estudios han sugerido que el bienestar psicosocial y los estados de salud se encuentran estrechamente relacionados con los procesos de inclusión social. Gracia y Herrero (2016) muestran cómo los residentes de zonas desfavorecidas presentan menores niveles de integración social en la comunidad cuando estos se comparan con los residentes de áreas más ricas. En la misma línea, Peterson (2006) describe cómo un buen nivel de Psicología positiva mantiene relación con el conjunto de experiencias positivas como el placer, los valores y los talentos, las relaciones positivas, el acceso a la educación y el sentimiento de integración social.

Finalmente, en relación con las correlaciones que han surgido entre el acopio de factores de riesgo disruptivos y los diferentes estilos de afrontamientos cognitivo indican que: cuando las personas en situación de exclusión social no se focalizan en solucionar los problemas éstas acumulan mayores factores disruptivos de manera global, en el ámbito formativo, sociosanitario y relacional. Sin embargo, acumular mayores factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario se encuentra relacionado con no dominar el estilo de afrontamiento basado en la reevaluación positiva (véase tabla 21).

En relación con los estilos de afrontamientos de tipo emocional, se ha constatado que las personas en situación de exclusión social tienen más propensión a evitar el problema y a utilizar la religión como vía de escape cuando existe mayor acopio de factores de riesgo disruptivos en el ámbito residencial y político ciudadano. Por otra parte, el manejo del estilo de afrontamiento orientado en la autofocalización negativa se relaciona con el hecho de acumular acontecimientos vitales en el ámbito formativo y residencial. Finalmente, las personas que se expresan de forma hostil suelen acumular mayores factores de riesgo disruptivo en el ámbito residencial y relacional.

Los datos obtenidos, son congruentes con los estudios de Turner, Wheaton y Lloyd (1995) cuando examinaron la distribución social de la exposición al estrés para probar así, la hipótesis de que las diferencias en la exposición al estrés vienen determinadas en función de la clase social. Por

otra parte, en el estudio de Dohrenwend (2000) se constata cómo el conjunto de experiencias estresantes se relaciona con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social, la posición socioeconómica, el sexo, el grupo étnico y la edad.

Otros autores han resaltado que las personas de clase baja son más propensas que las personas de clase alta a mostrar síntomas de angustia. Además, cuanto más alto es el nivel de estrés, mayor es la diferencia en el malestar según la clase social (Brown et al., 1978; Langner y Michael, 1963). Estos hallazgos implican que la estratificación social es un factor determinante en el funcionamiento psicológico y en los estados de la salud mental (Kessler y Cleary, 1980; Pino y López-Ibor, 1995).

Durante las dos últimas décadas, la investigación sobre la relación entre el estatus socioeconómico y el estrés psicológico ha sido extensa. En la mayoría de los estudios, el problema se ha centrado exclusivamente en hipotetizar sobre cómo, a mayor exposición de experiencias de vida estresantes, mayores son las tasas de estrés en las clases más bajas. Por ejemplo, en los estudios de Dohrenwend (1973) y Myers et al. (1972), se pone de manifiesto cómo la angustia emocional puede resultar de la exposición a experiencias estresantes de manera continua.

Existen pocos estudios actualizados que hayan analizado la influencia que tiene la exclusión social de forma global en los estilos de afrontamiento. Normalmente, dichos estudios, se suelen focalizar en colectivos concretos y con problemáticas específicas, los cuales adoptan marcos teóricos diferentes que el de la presente investigación. Por ejemplo, los estudios focalizados en relacionar el afrontamiento con los procesos de asimilación cultural y los procesos migratorios (Obeid, Haddad, Salame, Kheir y Hallit, 2019). Los orientados a colectivos especialmente vulnerables como víctimas de violencia de género (Bhandari, 2019), donde se demostró que las mujeres que se han visto forzadas a ejercer la prostitución manejan estilos de afrontamiento desadaptativos, centrados principalmente en la emoción y la evitación.

Estas afirmaciones confirman la hipótesis de partida: a mayor acumulación de factores de riesgo en los diferentes ámbitos sociales, existe una mayor repercusión en la salud autopercebida, el bienestar psicológico y social y menos pericia en el manejo de estilos de afrontamiento cognitivo.

De esta manera, se concluye que, la manera en que las personas se enfrentan al conjunto de factores de riesgo disruptivos, mediante la disposición o el acceso a recursos y oportunidades, es la clave para superar con éxito situaciones de desventaja social o, en su defecto, desencadenar mayor riesgo de vulnerabilidad.

**OBJETIVO 3: Establecer un modelo predictivo de la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento mediante el análisis de la acumulación de factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales en personas en situación de exclusión social**

El objetivo 3 era establecer un modelo predictivo de la salud autopercebida, el bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento mediante el análisis de la acumulación de factores de riesgo disruptivos. Una vez identificadas las dimensiones del bienestar psicológico, bienestar social y los estilos de afrontamiento relacionados con la acumulación de factores de riesgo disruptivos (objetivo 2), se pretende predecir, mediante diferentes modelos, qué ámbitos de la exclusión social explican mejor los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento.

En este sentido, en consonancia con el estudio de Ryan y Deci (2000), los resultados apuntan a que la acumulación de factores disruptivos en el ámbito sociosanitario y relacional predice en mayor medida el poco manejo de recursos psicosociales y cognitivos de bienestar psicológico y social en trayectorias de exclusión social, con varianzas que oscilan entre el 10% y el 20% (véase tabla 22).

Estos resultados también se confirman en los postulados que defienden la influencia del componente social y relacional en las trayectorias de vida. La perspectiva del curso de vida (*life course*) considera que los individuos están implicados en secuencias de acontecimientos cronológicamente normativos, en entornos y papeles sociales estructurados por las influencias contextuales y ambientales (Bronfenbrenner, 1987).

Esta afirmación permite reconocer la capacidad que tienen los individuos de adaptarse en el curso de vida e individualizar sus trayectorias vitales a través de las influencias y oportunidades de los diferentes sistemas ecológicos (McCartney y Phillips, 2006; Jindal-Snape, 2006). Según este enfoque, las transiciones vividas están influenciadas por factores sociales e históricos, pero sobretudo, están percibidas a través de la interacción social (Mead, 1973; Elder, 1998).

Hace tiempo que la Psicología Social y Comunitaria se ha interesado en definir el apoyo social bajo dos perspectivas; por una parte, la cuantitativa-estructural y, por otra la cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. La segunda se enfoca en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe (Sánchez, 1999).

Independientemente del tipo de apoyo, ya sea recibido o percibido, la literatura científica pone en evidencia que el apoyo social se concibe como un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y la satisfacción que sienten con la vida (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000).

Existen dos explicaciones teóricas sobre el incremento de los niveles de apoyo social y, a su vez del bienestar. Por una parte, la *explicación de efecto directo*, que defiende que cualquier incremento en los niveles de apoyo social aumentaría de forma inmediata los niveles de bienestar (Lin y Ensel, 1989; Barrón y Chacón, 1992). Por otra parte, la *explicación del efecto amortiguación*, defendida por Cassel (1974) y Cobb (1976), que considera que el apoyo social actúa como moderador de las situaciones de estrés.

Las investigaciones realizadas por Brown y Harris (1978), Berkman (1995) y Davis, Morris y Kraus (1998) señalan que el aislamiento social, la soledad o la pérdida de apoyo social están sólidamente relacionado con el riesgo de sufrir una enfermedad. De igual forma, se confirma en los resultados, que a menores niveles de apoyo social se asocian con una mayor incidencia de síntomas de deterioro en la salud y con mejores indicadores de bienestar psicológico. También, se evidencia la necesidad de fomentar el bienestar psicológico y social y promocionar la integración social como proceso dinámico que aumente la participación, establezca o consolide las redes relacionales y genere sentimientos de solidaridad y reciprocidad, que desemboquen en la promoción del bien común y de los procesos de inclusión social.

Para acabar, citar los modelos predictivos surgidos al relacionar la acumulación de factores de riesgo disruptivos y los estilos de afrontamiento. Los resultados apuntan a que las personas en situación de exclusión social que acumulan factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y formativo pronostican con una varianza de 18.8% el poco manejo de estilos de afrontamiento focalizados en la solución del problema y la reevaluación positiva.

También se reconoce, que la acumulación de factores disruptivos en el ámbito residencial y el eje de desigualdad del lugar de nacimiento, con una varianza de 43.8%, predice en mayor medida el manejo de estilos de afrontamiento de tipo emocional, como la evitación, la expresión emocional abierta y la religión. Sin duda alguna, los resultados confirman la hipótesis planteada de investigación y son coherentes con los estudios de Aldwin (1994) y Hammen (2005), que demuestran que la acumulación de eventos estresantes, de carácter positivo o negativo, correlacionan con el mantenimiento de los síntomas de estrés.

Se concluye y se valida la hipótesis tercera, cuando afirmaba, que las personas en situación de exclusión social, ante la acumulación de factores de riesgo disruptivos, dominan en menor grado dimensiones de bienestar psicológico y social y manejan en menor medida estilos de afrontamiento de tipo cognitivo.

**OBJETIVO 4: Evaluar los niveles de salud autopercebida y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión social y de exclusión social.**

El objetivo 4 era evaluar los niveles de salud autopercebida y establecer las diferencias entre las personas en situación de inclusión (M1) y exclusión social (M2). Con los resultados, se pretende corroborar si las personas en situación de exclusión social indican peores puntuaciones en los estados de salud autopercebida en comparación con las personas en trayectorias de inclusión social.

Los resultados confirman la hipótesis planteada, evidenciando que la puntuación media de salud psicológica en trayectorias de exclusión social es mayor ( $\bar{x}=22.5$ ) que en la muestra de inclusión social ( $\bar{x}=10.2$ ), lo que se traduce en que las personas en situación de exclusión social manifiestan una salud autopercebida baja o niveles de malestar psicológico altos.

Según Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Llandrich (2011), las puntuaciones a partir del valor 14 son consideradas como niveles de salud autopercebida baja o de malestar psíquico. Obteniendo un valor de ( $\bar{x}=22.5$ ) en la muestra en situación de exclusión social, se corrobora que esta manifiesta una salud autopercebida muy baja, por lo tanto, un nivel alto de malestar psíquico. La diferencia entre ambas muestras se ha identificado a través de la realización de la prueba U de Mann-Whitney. Así pues, se ha podido comprobar que, efectivamente, existían diferencias significativas entre ambas muestras obteniendo un valor ( $U= 960.50$ ,  $p= .000$ ).

Los resultados concuerdan con el enfoque de los Determinantes Sociales en Salud, al reconocer el papel de las desigualdades sociales en salud y, en hallar una relación estrecha entre los estados de salud y las oportunidades y recursos de las personas en función de su clase, género, territorio o grupo étnico.

En concreto, Whitehead y Dahlgren (1991) exponen que las desigualdades sociales en salud son consecuencia de las diferencias genéticas, los estilos de vida, el conjunto de redes sociales y comunitarias y del conjunto de condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en las trayectorias de vida. Estos autores, en su modelo, establecen que las personas que se encuentran en situaciones socioeconómicas desfavorecidas están más expuestas a riesgos en los estados de salud y en manifestar problemas de salud mental y hábitos poco saludables.

De la misma manera, en el modelo conceptual de producción de las inequidades en salud de Diderichsen y Hallquvist (1998) y, en el modelo sociopsicológico de López de Roda y Sánchez (2001), se demuestra cómo que la posición social está influenciada por los factores sociales y ambientales y estos, a su vez, están relacionados con los factores mediadores psicológicos y psicosociales que influyen en los estados de salud mental y en el bienestar. El modelo que mejor explica la relación entre el binomio inclusión - exclusión social y la desigualdad social en salud, es el modelo SEKN creado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en el año 2008. En este modelo se focalizan las relaciones de poder desigual que se establecen en las cuatro dimensiones sociales (política, social, cultural y económica) y, se hacen evidentes las dinámicas que pueden generar procesos de exposición diferencial en los estados de salud mental.

En nuestro territorio, también existen estudios que han demostrado la vinculación estrecha entre la desigualdad socioeconómica y la mala salud mental. En el estudio de Borrell y Benach, (2006) se analiza la evolución de las desigualdades en salud en Cataluña y se confirma que los colectivos más perjudicados son la población de las clases desfavorecidas, las mujeres y las personas inmigrantes provenientes de países de renta baja, y que viven en las áreas geográficas con mayor privación material. Benach, Daponte, Borell, Artazcoz y Fernández (2004), demuestran que, las zonas de España dónde se acumula un tercio de las personas sin empleo ni alfabetización, son también las zonas con mayor tasa de mortalidad y peor calidad de vida.

En la literatura científica se habla, pues, de una vinculación estrecha entre la desigualdad socioeconómica y la mala salud mental, pero, lamentablemente, aún persiste una gran confusión sobre el significado de los abordajes biomédicos y social en el análisis de las diferencias en salud entre los estados de pobreza y exclusión social.

Por tanto, se propone intervenir en las políticas de salud pública desde una mirada transversal y intersectorial, con la finalidad de formular nuevas estrategias de promoción del modelo de atención integral de salud y de atención social, basado en un enfoque de carácter comunitario, concediendo una especial atención a los perfiles con mayor desigualdad social (Sapolsky, 2005; Wilkinson y Pickett, 2010).

**OBJETIVO 5: Extraer las puntuaciones para cada dimensión del bienestar psicológico y bienestar social y establecer si hay diferencias entre personas en situación de inclusión y de exclusión social**

El objetivo 5 era calcular y estudiar si existen diferencias en las puntuaciones a los test de bienestar psicológico y social entre las personas en situación de inclusión (M1) y exclusión social (M2). La hipótesis de la investigación relacionada con este objetivo es reconocer si existen diferencias entre las puntuaciones en los diferentes factores de bienestar psicológico y social en trayectorias de inclusión y exclusión.

En este sentido, los resultados demuestran que las personas en situación de exclusión social puntúan en menor medida en todos los factores del bienestar psicológico y social (véase tabla 22).

En coherencia con el enfoque de Ryff (1989), se considera que las personas en situación de exclusión social tienen una menor percepción de autoaceptación, menos autonomía, menos propósito con la vida, menor dominio del entorno y menor capacidades para desarrollar el crecimiento personal. Además, no disponen de relaciones personales cercanas que enriquezcan sus vidas ni se sienten aceptadas socialmente.

De igual forma, los resultados obtenidos demuestran que las personas en situación de exclusión social mantienen menos confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los demás y manifiestan sentirse miembros poco activos en la sociedad o comunidad a la que pertenecen.

No se han encontrado estudios que explícitamente establezcan una relación concreta entre los diferentes factores de bienestar psicológico y los procesos de exclusión social como proponemos en este estudio. Aun así, en el modelo sociopsicológico de López de Roda y Sánchez (2001) se reconoce que, al igual que la posición social (influenciada por los factores sociales y ambientales), influye en los estados de salud mental y en los estados depresivos, también lo hace en el bienestar psicológico.

En el estudio de Escarbajal-Frutos, Izquierdo-Rus y López-Martínez (2014) se constata que las personas que se encuentran en situación de exclusión social puntúan niveles del bienestar psicológico bajo.

De esta manera, se ratifica la hipótesis de que las personas en trayectorias de exclusión social movilizan menos recursos psicosociales y cognitivos en comparación con las que están en situación de inclusión social. Por ello, pueden tener dificultades en el mantenimiento de un nivel de bienestar psicológico y social óptimo.

**OBJETIVO 6: Identificar diferencias en estilos de afrontamiento que utilizan las personas en situación de inclusión y de exclusión social.**

El objetivo 6 era evaluar los estilos de afrontamiento y establecer las diferencias entre las personas en situación de inclusión (M1) y exclusión social (M2). La hipótesis de partida planteaba que las personas en situación de exclusión social manejan estilos de afrontamiento diferentes que las personas que están en situación de inclusión social.

Los resultados del estudio demuestran que las personas en situación de exclusión social utilizan estilos de afrontamiento negativos o centrados en la emoción (autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación y religión) a la hora de afrontar los problemas, en lugar de utilizar estilos de afrontamiento positivos o centrados en la solución (focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social). Otros estudios también establecen que, ante las demandas internas y externas de los desafíos amenazantes, los colectivos en riesgo de exclusión social utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para revertir la amenaza.

En el estudio de Obeid, Haddad, Salame, Kheir, Hallit (2019) se demuestra que las personas con bajos ingresos económicos muestran puntuaciones más bajas con el uso de estilos de afrontamiento orientados en la solución del problema.

Deane et al. (2020), también encontró que familias mexicano-estadounidenses que residen en comunidades urbanas pobres, manejan estilos de afrontamiento orientados en la emoción (evasión, agresividad y afrontamiento negativo) para responder ante los factores estresantes y de riesgo que les acontecen. En este sentido, defienden que los estilos de afrontamiento y las secuelas psicológicas varían dependiendo de los factores de riesgo que se van acumulando.

Concretamente, los resultados ponen de manifiesto que la religión, tal como defiende Pargament y Brant (1998) y la autofocalización negativa son de los estilos de afrontamiento que en mayor medida utilizan las personas en situación de exclusión social.

Por otro lado, también se constata que la muestra de exclusión social utiliza en menor medida la búsqueda de apoyo social como estilo basado en obtener el respaldo de otras personas ante los problemas o intentar buscar apoyo para su resolución. En el estudio de Attig (2007) se afirma que las personas en situación de exclusión social disponen de pocas redes relacionales para compartir los problemas y poder recibir apoyo o ayuda para resolverlos.

Sin embargo, la muestra de inclusión social manifiesta un manejo adecuado de los estilos de afrontamiento basados en la solución del problema. Endler y Parker (1990), a través del inventario multidimensional de afrontamiento, identifican que los estilos de afrontamiento de



estilo cognitivo orientados a la solución de los problemas deben de considerarse como estilos de afrontamiento más adaptativos y óptimos.

De la misma manera, en el estudio de Steiner, Erikson, Hernández y Pavelski (2002), se demuestra que el enfoque de afrontamiento basado en la solución de los problemas correlaciona negativamente con los indicadores de problemas de salud y con conductas de riesgo para la salud. A esta tendencia también apuntan los resultados obtenidos en el objetivo 4, dado que ponen de manifiesto que la muestra en situación de inclusión social tiene un mayor grado de salud autopercebida.

Por tanto, se confirma la hipótesis 6, ya que se ha evidenciado que las personas en trayectorias de exclusión social utilizan estilos de afrontamiento orientados a la emoción y no tanto estilos de afrontamiento de carácter cognitivo. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de promover el entrenamiento de estilos de afrontamiento saludables con el objetivo de instaurar mejores habilidades para resolver los problemas de la vida y afrontarlos con mayor adaptación al medio en personas en situación de exclusión social.

**OBJETIVO 7: Estudiar la relación existente entre la salud autopercebida con el bienestar psicológico, el bienestar social, así como con los estilos de afrontamiento en procesos de inclusión y de exclusión social**

El objetivo 7 era determinar la relación entre salud autopercebida con los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento tanto en personas en situación de inclusión social como en situación de exclusión social. La hipótesis de partida planteaba que las puntuaciones más bajas de bienestar psicológico y social, así como el manejo de estilos de afrontamiento emocional, influyen de forma negativa en los niveles de salud autopercebida.

La confirmación de esta hipótesis puede tener implicaciones positivas para una investigación como esta, que pretende encontrar factores protectores ante las situaciones de inclusión social, para promover la prevención, y ante las trayectorias de vida de exclusión social para intervenir. Por esta razón, se indaga sobre qué factores del bienestar psicológico, bienestar social y qué estilos de afrontamiento deben considerarse moduladores saludables con la finalidad última de incorporarlos como elementos clave en las intervenciones sociales o en los proyectos de promoción de la salud.

En el planteamiento de las hipótesis, nos basamos en la teoría de Robitsckek y Keyes (2009), quienes afirman que las personas con un nivel alto de bienestar psicológico y social experimentan mayor calidad de vida. Por lo que puede resultar muy interesante identificar dimensiones del bienestar psicológico y social que puedan convertirse en buenos amortiguadores en la salud mental.

El conjunto de resultados nos muestra que existen factores de bienestar psicológico y social que pueden considerarse como moduladores positivos en los estados de salud autopercebida. Por una parte en la muestra de inclusión social se destaca que tanto la autoaceptación ( $\rho = -.364$ ;  $<.01$ ), las relaciones positivas ( $\rho = -.238$ ;  $<.05$ ), la autonomía ( $\rho = -.373$ ;  $<.01$ ), el dominio del entorno M1 ( $\rho = -.434$ ;  $<.01$ ), el crecimiento personal ( $\rho = -.201$ ;  $\rho <.05$ ), el propósito con la vida M1 ( $\rho = -.401$ ;  $<.01$ ) y la integración social ( $\rho = -.253$ ;  $<.01$ ) son buenos factores mediadores y moduladores del malestar psicológico o de la salud autopercebida.

Sin embargo, en la muestra de exclusión social, los resultados demuestran que los factores que mayor relación mantienen con la salud autopercebida y, por tanto, pueden considerarse indicadores positivos de la salud mental, son: autoaceptación ( $\rho = -.351$ ;  $\rho <.01$ ), autonomía ( $\rho = -.373$ ;  $\rho <.01$ ), dominio del entorno ( $\rho = -.434$ ;  $\rho <.01$ ) y propósito con la vida ( $\rho = -.401$ ;  $\rho <.01$ ) y la integración social ( $\rho = -.383$ ;  $\rho <.01$ ).

Estos resultados, en coherencia con los de otros estudios (Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Ryff y Singer, 2008) corroboran que los factores de bienestar psicológico y social (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida e integración social) pueden convertirse en moduladores saludables.

En este contexto se puede ubicar el estudio de Oramas, Santana y Vergara (2006), el cual afirman que el bienestar psicológico es una variable medidora en las relaciones del sujeto con su entorno, que se manifiesta en el proceso de la interacción de este con el medio a partir de los recursos psicológicos con que cuenta para afrontar las demandas externas e internas. De la misma forma, Blanco y Díaz (2005) y Bilbao (2008) demuestran que para el bienestar psicológico y social deben considerarse indicadores de salud mental positivos y, a su vez, reivindican su potencial para la evaluación de un buen ajuste psicológico.

Por otra parte, los resultados revelan que ciertos estilos de afrontamiento también deben considerarse factores moduladores saludables en la población en general. Lo refuerza el hecho de que, en la muestra de inclusión social, se identifica que tanto el estilo de afrontamiento de la autofocalización negativa ( $\rho = .396$ ;  $<.01$ ) como el de la expresión emocional abierta ( $\rho = .234$ ;  $<.05$ ), guardan una relación positiva con niveles bajos de salud autopercebida. Sin embargo, parece claro que el estilo de afrontamiento focalizado en la solución del problema ( $\rho = -.273$ ;  $<.01$ ) aparece como un modulador no relacionado con estados de salud psicológica.

Por el contrario, en trayectorias de exclusión social, se ha constatado que la focalización en la solución del problema ( $\rho = -.233$ ;  $<.01$ ), la reevaluación positiva ( $\rho = -.271$ ;  $<.01$ ), la búsqueda de apoyo social ( $\rho = -.330$ ;  $<.01$ ) y la evitación ( $\rho = -.241$ ;  $<.05$ ) son estilos de afrontamiento que correlacionan de forma negativa.

Los hallazgos encontrados en esta la investigación, concuerdan, por una parte, con los estudios de Sandín, Chorot, Segura y Pardo (1988), que constatan que aquellos estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción como la evitación, la autofocalización negativa, la resignación y utilizar la descarga emocional abierta correlacionan de manera positiva y significativa con la sintomatología somática. Por otra parte, Sandín y Chorot (1993) exponen que los estilos de afrontamiento centrados en la solución del problema deben considerarse como recursos adaptativos y saludables.

Por tanto, se desprende de los resultados que los estilos de afrontamiento cognitivos y orientados en la solución del problema, reducen tanto el estrés como sus consecuencias y que, a su vez, se asocian a una disminución de la sintomatología psicofisiológica en los niveles cognitivo, emocional, conductual y físico (González-Cabanach, Souto-Gestal, González-Doniz y Franco, 2018; Pozos-Radillo, Preciado-Serrano, Plascencia-Campos, Valdez-López y Morales-Fernández, 2016).

En consecuencia, tanto el bienestar psicológico como social y los estilos de afrontamiento cognitivos son buenos indicadores de la salud mental, en trayectorias de inclusión y exclusión social. Esto constituye un dato importante pues, ya se ha demostrado que las personas en situación de exclusión social manifiestan un nivel alto de malestar psíquico, puntúan en menor medida en todos los factores de bienestar psicológico y social, y además no disponen de las habilidades para manejar los problemas de forma racional. Por tanto, conocer cuales son mejores mediadores de los estados de salud, desde el punto de vista de la prevención y la promoción de la salud, sería importante de cara a mitigar las inequidades en salud de colectivos con especial vulnerabilidad social.

Un buen planteamiento en la prevención y actuación ante este problema sería incorporar en las intervenciones sociales los postulados de la Psicología Positiva y Comunitaria (Fredrickson, 2009) y generar un debate entre los profesionales de la acción social y la atención sanitaria sobre la promoción de la salud psicológica y la salud mental en particular. Se propone pues, reivindicar la importancia de generar programas psicoeducativos que refuercen el bienestar psicológico y los estilos de afrontamiento que han resultado ser amortiguadores saludables en los estados de salud autopercebida, tanto en las personas en situación de inclusión social (para trabajar la prevención) como en personas en situación de exclusión social (para promocionar y mejorar estados más saludables).

**OBJETIVO 8: Establecer un modelo predictivo de salud autopercebida en procesos de inclusión social y exclusión social mediante el análisis de los factores de bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento**

Una vez determinada la relación entre las puntuaciones de salud autopercebida con las de bienestar psicológico, el bienestar social y los estilos de afrontamiento, el siguiente paso fue hipotetizar sobre si existen factores de bienestar psicológico y social, así como estilos de afrontamiento y ejes de desigualdad, que expliquen una mayor varianza entre la salud autopercebida en trayectorias de exclusión e inclusión social.

En trayectorias de inclusión social, el modelo predictivo surgido, con una varianza del 51.9%, demuestra que cuando no se domina la autoaceptación ni el dominio del entorno, se utiliza la focalización negativa y no se utiliza el afrontamiento orientado a la solución del problema, el grado de la salud autopercebida es más bajo.

Sin embargo, en las trayectorias de exclusión social, se demuestra con una varianza del 37.1% que los estados de malestar psicológicos son peores cuando una persona no está integrada socialmente, no tiene propósito con la vida y no dispone de redes sociales para apoyarse ni maneja el estilo de afrontamiento de reevaluación positiva, los estados de malestar psicológicos son peores.

Estos resultados son coherentes con Frankl (2005), que destaca que disponer de un fuerte propósito en la vida es una dimensión de la existencia humana muy importante para avituallar a las personas con un sentido de vitalidad, motivación y resiliencia. También, Barrón y Sánchez (2001), definen la integración como un factor positivo determinante en los estados de salud.

En relación con el estilo de la búsqueda de apoyo, Caplan (1974) puso de manifiesto que este estilo de afrontamiento se relaciona con los estados de salud positiva. Con el paso del tiempo, ha surgido un fuerte interés en demostrar el crucial papel del apoyo social en los estados de salud y su influencia en la salud psicológica. Estudios como los de Thoits (1984) y Barrón y Chacón (1990) coinciden en que el apoyo social es crucial para la protección de los estados de salud.

Por otra parte, Sandín y Chorot (2003) exponen que la reevaluación positiva es uno de los estilos de afrontamiento que permiten reconocer y aceptar los problemas planteados, utilizando los recursos positivos y la capacidad de aprender de las dificultades y de los retos (Sandín y Chorot, 2003).

El conjunto de resultados refuerza la idea de Buendía (1994), quien afirma que las personas integradas en su ambiente social son las que gozan de niveles más altos de bienestar psicológico. Estos derivan principalmente de las experiencias positivas, la estabilidad y la integración en una

red social donde puedan apoyarse, así como de la evitación de experiencias negativas que pudieran incrementar la aparición de trastornos psicológicos o físicos.

Aunque el modelo predictivo no establece un nexo causal entre las variables de bienestar psicológico y social, ni con los estilos de afrontamiento, sí que se confirma la hipótesis de que existen dimensiones del bienestar psicológico, bienestar social y estilos de afrontamiento que deben de considerarse factores amortiguadores del estrés de forma independiente, pero también acumulada, tanto en trayectorias de inclusión y exclusión social, con varianzas de explicación notorias.

A partir de esos resultados, la propuesta está focalizada en orientar políticas anticipatorias para mejorar los estados de salud de personas en situación de inclusión social e implementar políticas reactivas o estratégicas en trayectorias de vida de exclusión social. Asimismo, se reivindica, llevar a cabo intervenciones y proyectos psicoeducativos basados en la promoción de la salud, técnicas de exposición y entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y aceptación. También se enfatiza en el fortalecimiento del apoyo social y de las relaciones sociales, lo cual incluye la acción comunitaria, el fomento del sentimiento de pertinencia y, por ende, la integración e inclusión social.



# **CAPÍTULO 7**

## **CONCLUSIONES**



## 7. Conclusiones (versión en español)

Este estudio, se basa en los postulados salutogénicos y el enfoque holístico de los Determinantes Sociales en Salud, la Psicología Positiva (Ryff, 1989, 1998; Robitsckek y Keyes, 2009) y en los modelos procesuales de adaptación a situaciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 2008). Con los resultados obtenidos se ha pretendido formular una interpretación explicativa sobre qué determinantes psicosociales afectan más a las desigualdades sociales en salud. El objetivo general ha sido investigar cómo el cúmulo de factores de riesgo disruptivos, factores de bienestar psicológico, factores de bienestar social y estilos de afrontamiento influyen en la salud autopercebida en procesos de inclusión y exclusión social.

A raíz de los resultados concluimos las siguientes afirmaciones:

- Existen ejes de desigualdad y combinaciones de factores de riesgo disruptivos para la muestra de exclusión social que son más recurrentes y determinantes: el lugar de nacimiento, haber vivido una ruptura o no disponer de una red relacional sólida, carencia de formación especializada, situarse en situación de privación material severa, tener que recurrir a ayudas sociales de forma recurrente, cronicidad de desempleo y largos períodos de inestabilidad y precariedad laboral.
- Los factores de riesgo disruptivos que ocurren en mayor medida tanto en trayectorias de inclusión y exclusión social se focalizan en el ámbito laboral (situación de desempleo, desempleo de larga duración, pérdida del puesto de trabajo y precariedad laboral) y en el ámbito relacional (red relacional débil y ruptura afectiva).
- En las personas en situación de exclusión social, a mayor acumulación de factores de riesgo, menos niveles de salud autopercebida, menos autoaceptación, menos dominio del entorno, menos propósito con la vida, menos aceptación social y menos niveles de integración social. También se destaca que la acumulación de factores de riesgos disruptivos mantiene relación con el manejo de estilos de afrontamiento orientados en la negatividad y en la expresión emocional abierta.
- Las personas en situación de exclusión social que acumulan factores de riesgo disruptivos en el ámbito sociosanitario y relacional predicen en mayor medida el poco manejo de recursos psicosociales y cognitivos de bienestar psicológico y social. En relación a los estilos de afrontamiento, se constata que las personas en situación de exclusión social que acumulan factores de riesgos disruptivos en el ámbito sociosanitario y formativo pronostican una varianza alta cuando no dominan estilos de afrontamiento de tipo cognitivo.



- Las personas en situación de exclusión social manifiestan una salud autopercebida baja o niveles de malestar psíquico.
- Las personas en situación de exclusión social tienen menos autoaceptación, menos autonomía, menos propósito con la vida, menos dominio del entorno y menos capacidades para desarrollar el crecimiento personal. Además, no disponen de relaciones personales cercanas que enriquezcan sus vidas ni se sienten aceptadas socialmente.
- Las personas en situación de exclusión social utilizan estilos de afrontamiento negativos o centrados en la emoción (autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación y religión) a la hora de afrontar los problemas, en lugar de utilizar estilos de afrontamiento cognitivos o centrados en la solución del problema.
- Se ha demostrado que los recursos psicosociales y cognitivos como la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el propósito con la vida, la integración social y el afrontamiento focalizado en la solución de problema son buenos factores mediadores o moduladores de la salud autopercebida o del malestar psicológico en trayectorias de inclusión social.
- Se ha constatado que los recursos psicosociales y cognitivos como la autoaceptación, la autonomía, el dominio del entorno, la integración y el afrontamiento de tipo emocional y evitativo se relacionan de forma directa en manifestar niveles de salud autopercebida bajos o malestar psíquico en trayectorias de exclusión social.
- En trayectorias de inclusión social, el modelo predictivo surgido, con una varianza del 51.9%, demuestra que cuando no se domina la autoaceptación ni el dominio del entorno, se utiliza la focalización negativa y no se utiliza el afrontamiento orientado a la solución del problema, el grado de la salud autopercebida es más bajo.
- En las trayectorias de exclusión social, se demuestra con una varianza del 37.1% que los estados de malestar psicológicos son peores cuando una persona no está integrada socialmente, no tiene propósito con la vida, no dispone de redes sociales para apoyarse ni es capaz de manejar el estilo de afrontamiento de reevaluación positiva.

Con las conclusiones obtenidas, se ha podido extraer dos modelos explicativos de determinantes psicosociales de salud en ambos procesos sociales: modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de inclusión social y el modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión social. En ambos modelos, se resaltan aquellos factores protectores de la salud que pueden convertirse en recursos resilientes.

En la figura 28, se propone el modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de inclusión social.

En un primer nivel, se muestra que las personas en situación de inclusión social no acumulan tantos factores de riesgo disruptivos. En un segundo nivel, se reflejan que las personas en situación de inclusión social, a diferencia de las personas en situación de exclusión social, tienen un mayor manejo de las variables de bienestar psicológico y social y manejan estilos de afrontamiento saludables.

Finalmente, en un tercer nivel, se ilustran aquellos factores protectores de bienestar psicológico y social (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito de vida e integración social) y los estilos de afrontamiento saludables (como la focalización en la solución del problema ) y poco saludables (autofocalización negativa y expresión emocional abierta) que deberían considerarse moduladores del bienestar y de la salud.

Por otra parte, como se observa en la figura 29, se propone el modelo de determinantes psicosociales en desigualdades en salud en trayectorias de exclusión.

En primer lugar, se sitúa el conjunto de factores de riesgo disruptivos que surgen en el ciclo de vida: las personas en situación de exclusión social se enfrentan a mayor cantidad de factores de riesgo disruptivos, los cuales exigen diferentes tipos de respuesta, por lo que han de movilizar sus recursos para actuar con efectividad ante el estrés psicosocial.

Acumular más factores de riesgo se encuentra relacionado con disponer de menos recursos psicosociales y cognitivos que dificulten el buen funcionamiento psicológico: poca autoaceptación, poca percepción de dominio del entorno, falta de dirección con el propósito de vida, escasas o nulas relaciones sociales positivas y un sentimiento de no integración ni aceptación social.

También se observa que las personas en situación de exclusión social manejan estilos de afrontamiento poco saludables. La acumulación de factores de riesgo disruptivo se relaciona con manejar en menor medida el estilo de afrontamiento orientado a la focalización en la solución

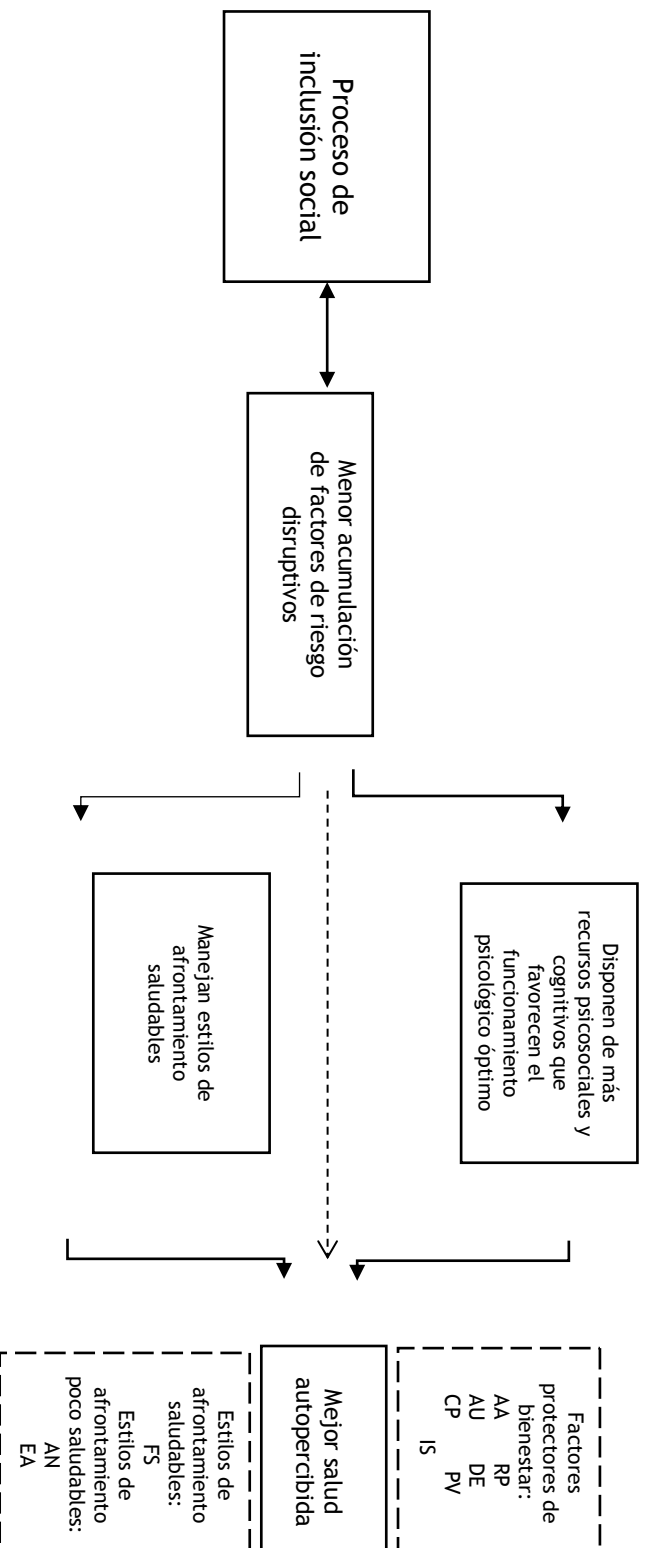
del problema y, en mayor medida al estilo de afrontamiento orientado a la negatividad y en expresar las emociones de forma abierta.

El modelo acaba por exponer aquellos factores que deberían considerarse como protectores de bienestar (autoaceptación, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida e integración social) y destaca aquellos estilos de afrontamiento saludables (focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social), que favorecerían la mejora de los estados de salud, y aquellos que han resultado desadaptativos (evitación).

En base a lo mencionado con anterioridad existen elementos para afirmar que existen factores psicosociales que juegan un papel determinante en los estados de salud tanto en trayectorias de inclusión y exclusión social.

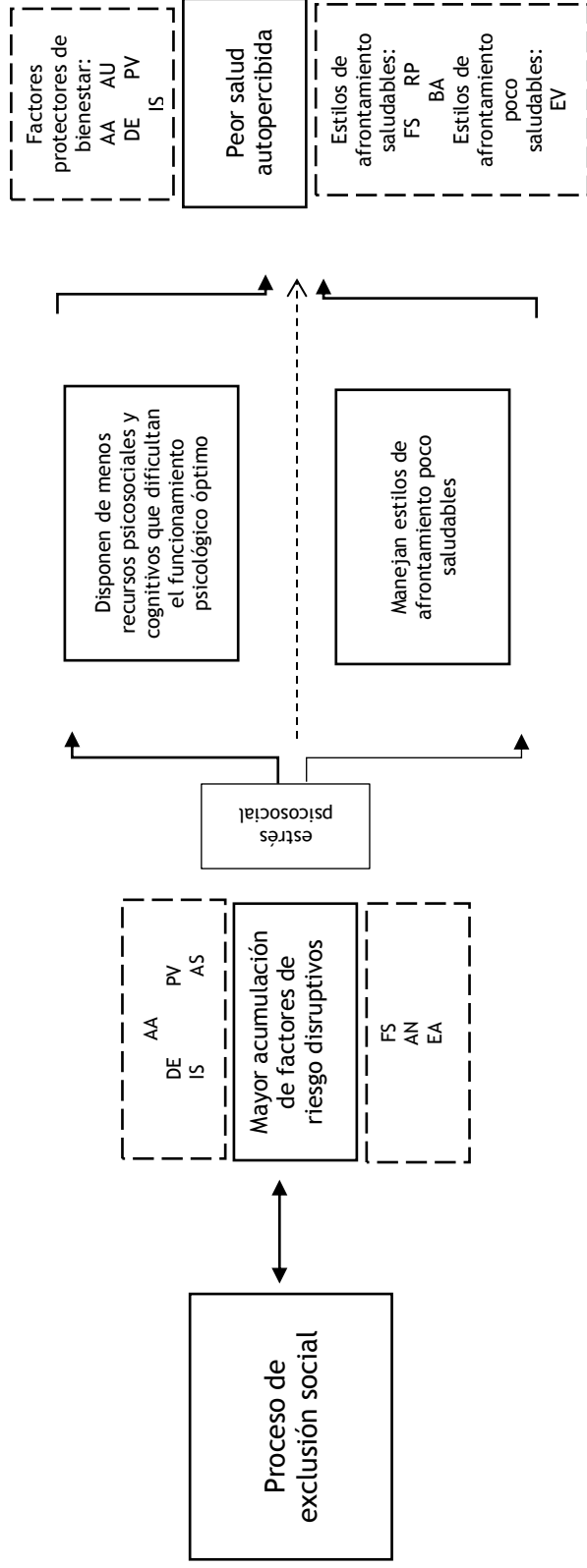
Los resultados de este estudio se suman modestamente a la incipiente línea de trabajos que reivindican el enfoque salutogénico basado en la Psicología Positiva. Este marco epistemológico, enfatiza los aspectos positivos de las personas y aquellos factores que más favorecen la adaptación a los acontecimientos vitales adversos y mejoran la calidad de vida y el bienestar (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

A nivel práctico, los resultados indican la necesidad de potenciar las dimensiones de bienestar psicológico y bienestar social y los estilos de afrontamiento positivos que han resultado reveladores en los modelos propuestos y tiene el potencial de convertirse en buenos recursos resilientes para los especialistas de la intervención social. Nuestros resultados, serán útiles en la medida en que permitan diseñar guías o modelos de intervención, prevención y/o tratamiento a nivel individual y comunitario, con la finalidad de mejorar el ajuste psicológico y los estados de salud, de forma general en la población, pero más concretamente en personas en situación de exclusión social.



Nota: SA=salud autopercebida; AA=autoaceptación; RP= relaciones positivas; AU=autonomía; DE= dominio del entorno; CP=crecimiento personal; PV=propósito con la vida; IS=integración social, AS=aceptación social; CS=contribución social; FS=focalización en la solución del problema; RP=reevaluación positiva; BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa; EA= expresión emocional abierta; EV=evitación; RE= religión.

**Figura 28.** Modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de inclusión social



Nota: SA=salud autopercibida; AA=autoaceptación; RP= relaciones positivas; AU=autonomía; DE= dominio del entorno; CP=crecimiento personal; PV=propósito con la vida; IS=integración social, AS=aceptación social; CS=contribución social; FS=evitación en la solución del problema; RP=reevaluación positiva; BA= búsqueda de apoyo social, AN= autofocalización negativa; EA= expresión emocional negativa; EV=evitación; RE= religión.

Figura 29. Modelo de determinantes psicosociales de salud en procesos de exclusión social



# CHAPTER 7

## CONCLUSIONS



## 7. Conclusions (versión en inglés)

This study is based on the salutogenesis postulates and the holistic approach of the Social Determinants of Health, Positive psychology (Ryff, 1989, 1998; Robitschek and Keyes, 2009) and the procedural models of adaptation to stressful situations (Lazarus and Folkman, 1984; Sandín, 2008). The results obtained have been used to formulate an explanatory interpretation of which are the main psychosocial determinants that affect social inequalities in health. The general objective has been to investigate how the accumulation of disruptive risk factors, dimensions of psychological-social well-being and coping styles influence self-perceived health in trajectories of social inclusion and exclusion.

From the results we conclude the following statements:

- There are axes of inequality and combinations of disruptive risk factors for the sample of social exclusion that are more recurrent and decisive: country of birth or origin, having experienced a breakup or not having a solid relational network, lack of specialized training, being in a situation of severe material deprivation, having to resort to social assistance on a recurrent basis and chronicity of unemployment and long periods of instability and precariousness of work.
- The disruptive risk factors which occur to a greater extent both in trajectories of social inclusion and exclusion are focused on the labour sphere (situation of unemployment, long-term unemployment, loss of employment and labour precariousness) and in the relational sphere (weak relational network and emotional break).
- In people in a situation of social exclusion, the greater the accumulation of risk factors, the lower the levels of self-perceived health, the less self-acceptance, the less control over their environment, the less purpose with live and the less social acceptance and lower levels of social integration. It is also highlighted that the accumulation of risk factors is related to the management of coping styles oriented towards negativity and open emotional expression.
- People in a situation of social exclusion who accumulate disruptive risk factors in the socio-health and relational fields are more likely to predict poor management of psychological and cognitive resources of psychological and social well-being. With regard to coping styles, it has been observed that socially excluded people who accumulate disruptive risk factors in the socio-health and educational fields predict a high variance when they do not master cognitive coping styles.



- People in a situation of social exclusion show low self-perceived health or high levels of psychological distress.
- People in a situation of social exclusion have a lower perception of self-acceptance, less autonomy, less purpose in life, less control of the environment and less ability to develop personal growth. Furthermore, they do not have close personal relationships that enrich their lives, nor do they feel socially accepted.
- People in situations of social exclusion use many more negative or emotion-centred coping styles (negative self-focus, open emotional expression, avoidance and religion) when dealing with problems, instead of using cognitive or problem-centred coping styles.
- It has been demonstrated that psychosocial and cognitive resources such as self-concept, positive relationships, autonomy, mastery of the environment, personal growth, purpose to life, social integration and problem-focused coping have been shown to be good mediators or modulators of self-perceived health or psychological distress in social inclusion trajectories.
- It has been shown that psychosocial and cognitive resources such as self-acceptance, autonomy, mastery of the environment, integration and emotional and avoidant coping are directly related to low levels of self-perceived health or psychological distress in trajectories of social exclusion.
- In social inclusion trajectories, the predictive model that emerged, with a variance of 51.9%, shows that when self-acceptance and environmental mastery are not acquired, negative focus is used and solution-oriented coping is not used, the degree of self-perceived health is lower.
- In social exclusion trajectories, it is demonstrated with a variance of 37.1% that psychological states of discomfort are worse when a person is not socially integrated, has no purpose with life and does not have social networks to support him/her or handle the positive re-evaluation coping style, then psychological states of discomfort are worse.

With the conclusions obtained, it has been possible to extract two explanatory models of psychosocial determinants of health in both social processes: the model of psychosocial determinants of health in social inclusion processes and the model of psychosocial determinants of health in social exclusion processes. In both models, those protective factors of health that can become resilient resources are highlighted.

In figure 30, the model of psychosocial determinants of health in the process of social inclusion. On a first level, it is shown that people in a situation of social inclusion do not accumulate as many disruptive risk factors. On a second level, it is reflected that people in a situation of social inclusion, unlike people in a situation of social exclusion, have a better handling of the variables of psychological and social well-being and that they manage healthy coping styles.

Finally, at a third level, we illustrate those protective factors of psychological and social well-being (self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, personal growth, purpose in life and social integration) and healthy coping styles (such as focus on problem solving and positive reassessment), which should be considered as modulating well-being and health.

On the other hand, in Figure 31 shows the model of psychosocial determinants of health in the process of social exclusion.

Firstly, there is the set of disruptive risk factors that arise in the life cycle: people in a situation of social exclusion face a greater number of disruptive risk factors, which require different types of response, so they have to mobilise their resources to act effectively when facing psychosocial stress. The accumulation of more risk factors is related to having fewer psychosocial and cognitive resources that hinder good psychological functioning: little self-acceptance, little perception of environmental mastery, lack of direction with the purpose in life and a feeling of no integration or social acceptance.

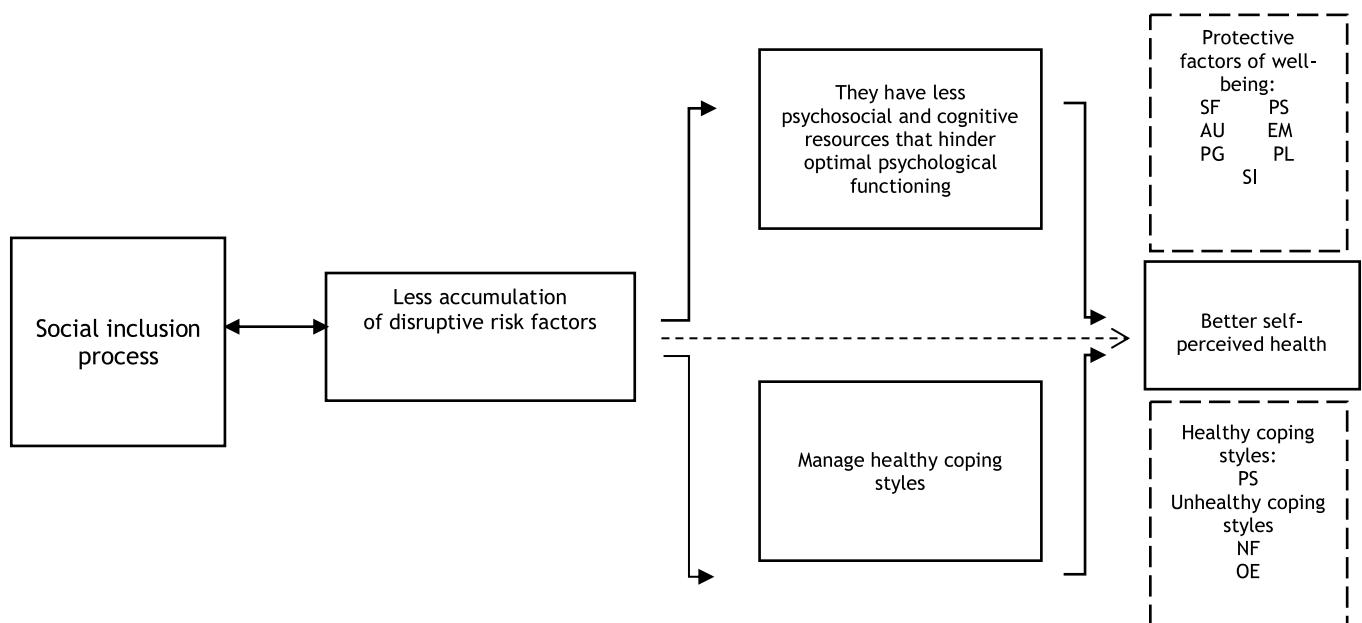
It is also observed that people in a situation of social exclusion manage unhealthy coping styles. The accumulation of disruptive risk factors is related to the lesser handling of problem-oriented coping style and more to the negative auto-focused coping style and overt emotional expression.

The model ends up exposing those factors that should be considered as welfare protectors (self-acceptance, autonomy, control of the environment, life purpose and social integration) and highlights those healthy coping styles (focus on the solution of the problem, positive re-evaluation and search for social support), which would favour the improvement of health states, and those that have turned out to be not adaptive (avoidance).

Given the above, there are elements to affirm that there are psychosocial factors that play a determining role in health conditions both in trajectories of social inclusion and exclusion. The results of this study modestly add to the incipient line of work calling for the salutogenesis approach based on positive psychology. This epistemological framework emphasises the positive

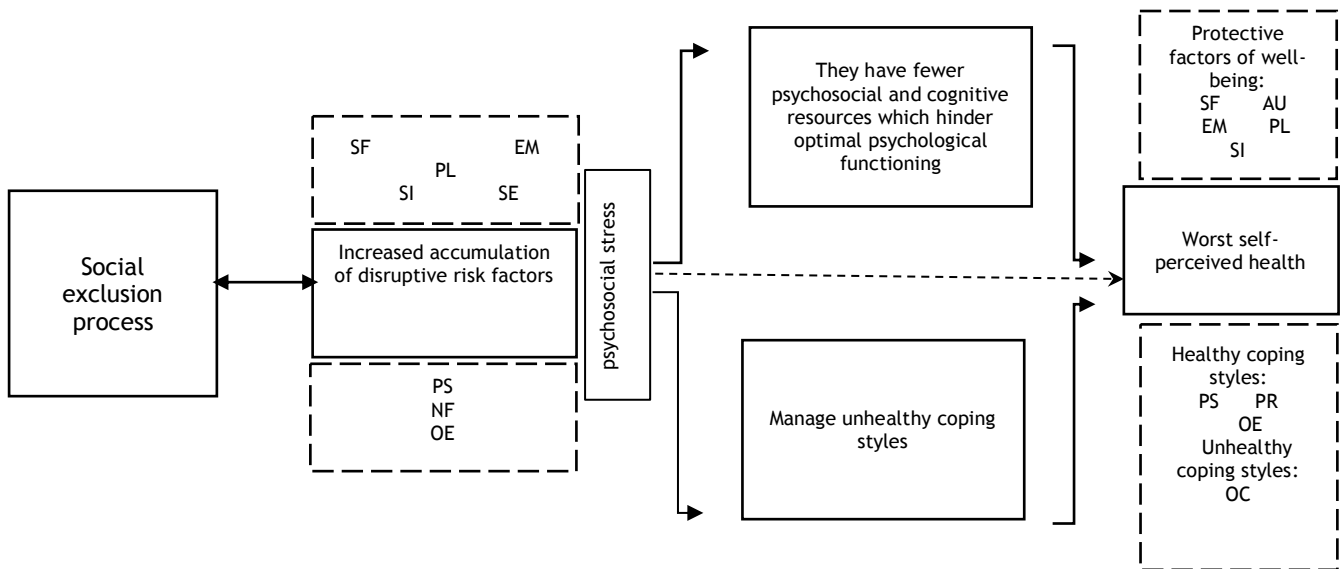
aspects of people and those factors that favour the adaptation to adverse life events and improve quality of life and well-being (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000).

On a practical level, the results indicate the need to enhance the dimensions of psychological-social well-being and positive coping styles that have been revealed in the proposed models and have the potential to become good resilient resources for social intervention specialists. Our results will be useful insofar as they allow for the design of guidelines or models of intervention, prevention and/or treatment at individual and community level, with the aim of improving psychological adjustment and health conditions in the population in general, but more specifically in people in a situation of social exclusion.



Note: SH= self-perceive health; SF=self-acceptance; PG=personal growth; PL=purpose in life; EM=environmental mastery; AU=autonomy; PO=positive relations with others; SC=social coherence; ST=social actualization, SI=social integration; SC=social contribution; SE=social acceptance; PS=problem-solving coping; NF=negative auto-focused coping; SS=social support seeking; OE=overt emotional expression; AC=avoidance coping; PR=positive reappraisal; RG= religious coping

Figura 30. The model of psychosocial determinants of health in the process of social inclusion



Note: SH= self-perceive health; SF=self-acceptance; PG=personal growth; PL=purpose in life; EM=environmental mastery; AU=autonomy; PO=positive relations with others; SC=social coherence; ST=social actualization, SI=social integration; SC=social contribution; SE=social acceptance; PS=problem-solving coping; NF=negative auto-focused coping; SS=social support seeking; OE=overt emotional expression; AC=avoidance coping; PR=positive reappraisal; RG= religious coping

**Figura 31.** The model of psychosocial determinants of health in the process of social exclusion

# **CAPÍTULO 8**

## **LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**



## 8. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En este último apartado, se presentan las limitaciones del estudio y, a continuación, las futuras líneas de investigación, los cuales podrán ayudar a resolver nuevos retos e interrogantes, en el ámbito de la investigación científica y de la intervención social.

Durante el estudio se han encontrado las siguientes dificultades:

**LIMITACIÓN 1:** Se asume que el tamaño de las muestras (M1 n=107; M2 n=103) es la principal limitación del estudio, por diversas causas:

- Aun trabajando en servicios sociales y manteniendo una estrecha relación con el personal técnico del ámbito social, ha resultado muy complicado recibir más derivaciones. La saturación de los servicios sociales a raíz de la crisis de 2008, parece irreversible. El incremento de las peticiones de ayuda por parte de la ciudadanía y la imposibilidad legal de realizar nuevas contrataciones conlleva una sobrecarga de trabajo de los equipos técnicos, que en ocasiones solo pueden atender las emergencias más inmediatas, dejando de lado tanto el trabajo grupal y comunitario como el de planificación y evaluación.
- No obstante, el tamaño de la muestra es superior a otros estudios publicados con similares características. Son inexistentes los estudios que analicen la población en exclusión social de forma general y muy escasos los que cuentan con una muestra grande. Mayoritariamente, los estudios se basan en colectivos y en perfiles concretos y suelen estar bastante focalizados en problemáticas determinadas.
- En relación a la muestra de personas en situación de inclusión social, el acceso ha resultado más fácil. El tamaño de esta muestra ha estado determinado por el perfil de la muestra de exclusión social, ya que se ha buscado explícitamente que ambas muestras tengan un tamaño similar. Aunque se intentó que ambas muestras tuvieran las mismas características sociodemográficas, ha sido muy difícil encontrar el mismo número de personas respecto a la variable del lugar de nacimiento, dado que, algunas variables sociodemográficas también son determinantes en la población de exclusión social.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FUTURA 1:** Se propone realizar estudios réplica con una muestra más amplia, de características similares y en contextos comparables para favorecer la generalización de los resultados y poder realizar otros análisis estadísticos. Por el tamaño de la muestra no se ha podido identificar en concreto qué factores de riesgo disruptivos influyen en los estados de salud autopercebida, aunque hubiera sido interesante de constatar. Por esta razón, se proyecta exponer al departamento de *Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya*, la extensión de este proyecto de investigación para realizar un estudio de cohorte mucho más amplio. Así se podría evidenciar qué factores de riesgo disruptivos predecirían con mayor varianza los estados de salud autopercebida y los niveles de bienestar psicológico y social.

**LIMITACIÓN 2:** Se asumen las limitaciones derivadas de los instrumentos utilizados. Por una parte, se ha empleado la clasificación de los ámbitos de exclusión social, ciclo de vida y acontecimientos vitales (Diputación de Barcelona, 2012), con el fin de identificar los principales factores de riesgo disruptivos en los diferentes ámbitos sociales y ejes de desigualdad. Como ya se ha comentado en el apartado correspondiente, esta clasificación no pretende constituir un análisis exhaustivo, sino que se concibió para ser utilizada como un *checklist*. Esta clasificación ha sido impulsada por el *Institut de Govern i Polítiques públiques* (Instituto de Gobierno y Políticas públicas) (IGOP) de la *Universitat Autònoma de Barcelona* y tiene su fundamento teórico en los postulados de Laparra y Aguilar (1995), FOESSA (2008), Jiménez (2008), Subirats (2004) y Tezanos (1999).

Por otra parte, se ha empleado el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (*The 12-Item General Health Questionnaire*) (GHQ-12), dado que es una de las herramientas más utilizadas a nivel internacional y porque el objetivo no era demostrar ninguna sintomatología de salud mental en concreto, sino evaluar la afectación de los niveles de salud de forma genérica. Aún así, si el objetivo de cualquier otra investigación fuera indagar más concretamente sobre las diferentes sintomatologías psicológicas, recomendaría replicar este mismo estudio, utilizando instrumentos más específicos como el *General Health Questionnaire* (Cuestionario de Salud General] (GHQ-28) o *The Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45) (Cuestionario de evaluación de los síntomas (SA-45).

Finalmente, respecto al Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), se decidió su utilización hace ya cuatro años (cuando se diseñó el estudio) porque se consideró que era uno de los instrumentos en versión española más reconocidos, al basarse en los postulados internacionalmente reconocidos de Lazarus y Folkman (1984).

Sin embargo, en estos momentos, se usaría el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory) (CSI), en su adaptación española (Cano, Rodríguez, y García, 2007) que actualmente utiliza el presente grupo de investigación, por su alta fiabilidad.

Por otra parte, aun asumiendo el riesgo del sesgo por “deseabilidad social” presente en la mayoría de estudios cuantitativos, en este caso, se considera en este caso que los resultados obtenidos en la muestra en situación de exclusión social, tienen un impacto de deseabilidad social mínimo, ya que la investigadora principal ha realizado de forma exhaustiva todas y cada una de las entrevistas con las diferentes personas, ofreciéndoles una atención individualizada y el apoyo necesario para que entendieran perfectamente qué se les estaba preguntando, garantizando la confidencialidad y evitando en todo momento realizar juicios de valor, que pudieran alterar los resultados.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FUTURA 2:** Sería necesario validar la clasificación propuesta para los ámbitos de exclusión social, ciclo de vida y acontecimientos vitales (Diputación de Barcelona, 2012) o, diseñar y validar un único instrumento de clasificación de factores de riesgo, homologado y global, que pueda ser común a nivel nacional e internacional para posibilitar las comparaciones. También sería conveniente promocionar los diagnósticos sociales compartidos y establecer unas bases de *big data* global que aporten datos valiosos para que en base a las evidencias científicas generadas, se puedan introducir mejoras el campo de la intervención social.

En estos últimos años, diferentes estudios y organismos públicos se han esforzado por disponer de parámetros comunes para compartir, comparar y establecer bases de datos nacionales e internacionales. Un claro ejemplo es la implementación de la Matriz de Autosuficiencia (SSM-CAT (i ES), una herramienta para contribuir a la mejora de la gestión de casos, hacer un mejor seguimiento y evaluación y ajustar los programas de intervención. Aun así, todavía queda bastante camino por recorrer.

**LIMITACIÓN 3:** Como se ha adelantado en la limitación 1, a través de la revisión bibliográfica no se han encontrado estudios similares referidos a personas en situación de exclusión social de forma global en la mayoría de las variables estudiadas en este estudio. En la mayoría de ocasiones, se trata de grupos o colectivos concretos, y por esta razón, en ocasiones ha resultado difícil establecer comparaciones con estudios similares.



**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FUTURA 3:** Es necesario continuar indagando y promover estudios desde una perspectiva multicausal de la exclusión social y romper con los postulados de la sociología clásica, que se focaliza en los perfiles de la pobreza y teoriza sobre los sistemas de diferenciación social (clases, estratos, castas, y otros) y de desigualdad (y sus respectivas raíces); sin prestar demasiada atención a las condiciones específicas de vida o a los procesos exclusógenos, que afectan de manera global.

Para avanzar en el campo científico y en la reactivación de políticas públicas para la inclusión y la cohesión social, es una condición indispensable superar el enfoque de la pobreza o la exclusión social de manera aislada, y no tratarla como si fuera un simple producto circunstancial de una determinada coyuntura histórica. Este estudio ha permitido disponer de una base de datos amplia con la que continuar explorando y realizando otros análisis (que no se han podido mostrar aquí), que pueden resultar de interés a la comunidad científica.

Creemos y defendemos la apuesta y el despliegamiento del PLACI y proponemos un trabajo conjunto entre el departamento de *Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya* y el departamento de *Salut de la Generalitat de Catalunya*, para sumar esfuerzos y trabajar la inclusión social y la salud como elementos transversales e intersectoriales dentro de las políticas públicas.

**LIMITACIÓN 4:** Podría resultar muy interesante plantear un diseño longitudinal o usar el método de series temporales, para poder comparar momentos y cohortes generacionales, comprobar la influencia de los distintos contextos ambientales y estudiar los cambios evolutivos.

Así mismo, sería interesante complementar el estudio con una exploración de carácter cualitativo. Durante el intercambio en la Universidad de Dundee, y bajo la supervisión de la Dr. Jindal-Snape, se diseñó una propuesta de investigación futura para ampliar los conocimientos obtenidos en este estudio. Esta propuesta, a desarrollar conjuntamente con dicha universidad escocesa, pretende enfocarse desde la perspectiva del ciclo de vida y las transiciones. Su objetivo es conocer de qué manera las personas en trayectorias de exclusión social perciben y expresan su transición y qué factores de los diferentes subsistemas de desarrollo favorecen o repercuten negativamente en su proceso de inclusión-exclusión social.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FUTURA 4:** Se cree necesario continuar indagando en esta línea, ampliando los conocimientos e incorporando una perspectiva cualitativa, que atienda de forma concreta los procesos exclusión-inclusión social desde la perspectiva del ciclo de vida.

**LIMITACIÓN 5:** Aunque los modelos predictivos no establecen un nexo causal ente las variables de bienestar psicológico y social, así como los estilos de afrontamiento, sí que se ha podido constatar que existen factores del bienestar psicológico y bienestar social y estilos de afrontamiento, con niveles de varianza significativos, que debieran de considerarse como factores amortiguadores del estrés en trayectorias de inclusión y exclusión social.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FUTURA 5:** Se cree necesario diseñar e implementar programas de intervención social y programas psicoeducativos que refuercen los estados de salud y el bienestar de forma preventiva, pero de forma más focalizada en trayectorias de exclusión social.

Se propone utilizar el cuestionario de bienestar psicológico de Ryff y el de bienestar social de Keyes para conocer el grado de bienestar en personas en situación de exclusión social y reforzar aquellas dimensiones relacionadas con los estados de salud autopercebida y mejorar así la calidad de vida. Así pues, se propone diseñar intervenciones para reducir las inequidades de salud y mejorar el impacto del bienestar y la calidad de vida, teniendo en cuenta los dos modelos que se presentan en esta tesis, con la finalidad de proyectar y diseñar, estrategias de intervención, prevención y/o tratamiento.

# CAPÍTULO 9

## REFERENCIAS



- Acheson, D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health*. London: Stationery Office.
- Acton, G. (2003). Measurement of Impulsivity in a Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 38, 67-83. DOI: <https://doi.org/10.1081/JA-120016566>
- Ajuntament de Barcelona (2017). *Marc de la intervenció comunitària als Centres de Serveis Socials de Barcelona*. Disponible en: [https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/116971/1/marc\\_Intervencio\\_comu\\_IMSS.pdf](https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/116971/1/marc_Intervencio_comu_IMSS.pdf)
- Aldwin, C. (1994). *Stress, coping and development*. London: The Guilford Press.
- Alonso, L.E. (1999). *Trabajo social y ciudadanía*. Madrid: Trotta.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Aspinwall, L. G. y Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15. DOI: 10.1007/s12160-009-9153-0
- Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *International Journal of Social Psychology*, 7(1),53-59.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a New Modernity*. Londres: Sage.
- Behrman, J. R.; Gaviria, A. y Székely, M. (2003). Social Exclusion in Latin America: Perception, reality and implications. En J.R. Behrman, A. Gaviria. y M. Székely, *Who's in and Who's Out: social exclusion in latin American* (p. 45-67) Washington: BID.
- Benach, J.; Daponte, A.; Borrell, C.; Artazcoz, A. y Fernández, E. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: V. Navarro (Ed.). *El Estado de Bienestar en España* (p. 477-519). Madrid: Tecnos.

- Berkman, L.F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
- Bhandari, S. (2019). Coping strategies in the face of domestic violence in India. *Women's Studies International Forum*, 74, 204-209.  
DOI: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.wsif.2019.04.007>
- Bilbao, M. (2008). *Creencias Sociales y Bienestar: valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. (Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.)  
Disponible en: <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/180318>
- Blanco A. y Díaz D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. 17(4), 582-589. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1313984>
- Borrell, C. y Benach, J. (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- Bouchard, L.; Albertini, M.; Batista, R. y Montigny, J. (2015). Research on health inequalities: a bibliometric analysis (1966-2014). *Social Science & Medicine*, 141, 100-108.  
DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.07.022
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, G.W. y Harris, T. (Eds.) (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Routledge.
- Brugué, Q.; Gomà, R. y Subirats, J. (2002). De la pobreza a la exclusión social. *Revista Internacional de Sociología*, 33, 7-45. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2002.i33.728>
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Byrne, D. (1999): *Social exclusion*. Buckingham: Open University Press.
- Caplan, G. (1964). *Principies of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

- Carpio, C.; Pacheco, V.; Flores, C. y Canales, C. (2000). La naturaleza conductual de la comprensión. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(1), 25-34. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/274451699/La-naturaleza-Conductual-de-La-Comprension>
- Carr, M. y Chen, M. (2004). Globalization, social exclusion and gender. *International Labour Review*, 143(1-2), 129-160. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2004.tb00548.x>
- Casas, F. y Aymerich, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (Dirs.). *Gerontología. Actualizaciones, innovación y propuestas* (p. 117-146). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Cassaretto, M.; Chau C.; Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 364-392. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849/6983>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial Processes and "Stress": Theoretical Formulation. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2>
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En M. J. Acevedo y J. C. Volnovich (Eds.). *El espacio institucional* (p. 37-54). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Clements, K. y Turpin, G. (1996). The Life Events Scale for Students: Validation for use with British samples. *Personality and Individual Differences*, 20(6), 747-751. DOI: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00005-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00005-0)
- Clert, C. y Wodon, Q. (2001). The Targeting of Government Programs in Chile. En E. Gacitúa-Marió y Q. Wodon. *Measurement and Meaning. Combining Quantitative and Qualitative Methods for the Analysis of Poverty and Social Exclusion in Latin America* (p. 43-68). Washington: World Bank.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S.; Underwood, L. G. y Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford: University Press.
- Cohen, S.; Janicki-Deverts, D. y Miller, G.E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685-1687. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2001). *Libro verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*. Disponible en: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=ES>
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 3, 393-403.
- Cortes-Franch, I. y González, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Informe SESPAS 2014. *Sociedad Española de Salud Pública y administración Sanitaria*, 28(1), 1-6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Davis, M.H.; Morris, M.M. y Kraus, L.A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Deane, K. C.; Richards, M.; Bocanegra, K.; Santiago, C.; Scott, D.; Zakaryan, A. y Romero, E. (2020). Mexican American urban youth perspectives on neighborhood stressors, psychosocial difficulties, and coping: En sus propias palabras. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1780-1791. DOI: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s10826-019-01683-3>
- Díaz, D. y Blanco, A. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

- Díaz, D.; Rodríguez-Carvajal, R.; Blanco, A.; Moreno-Jiménez, B.; Gallardo, I.; Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psichotema*, 18 (3), 572-577.
- Diderichsen, F. y Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of societal position and social context. En B. Arve-Parès (Ed.). *Inequality in Health - Swedish Perspective* (p. 25-39). Stockholm: Swedish Council for Social Research.
- Diderichsen, F.; Evans, T. y Whitehead, M. (2002). Bases sociales de las disparidades en salud. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth. (Eds.). *Desafío a la falta de equidad en salud. De la ética a la acción* (p. 13-25). Washington D.C.: The Rockefeller Foundation.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicator Research*, 31, 103-157. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01207052>
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. En E. Diener (Ed.). *The science of well-being* (p. 11-58). New York: Spring.
- 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, 1-43. DOI:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diputació de Barcelona (2012). *Guia Metodològica Revisada dels Plans Locals d'Inclusió i Cohesió Social*. Col·lecció documents de treball. Sèrie Benestar Social. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Dodge, R.; Daly, A.P.; Huyton, J. y Sanders, L.D. (2012). The Challenge of Defining Wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2, 222-235. DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Dohrenwend, B.P.; Raphael, K.G.; Schwartz, S.; Stueve, A. y Skodol, A. (1993). The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events. En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 174-199). Nueva York: Free Press.



- Dohrenwend, B. S. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(2), 225-235. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0035718>
- Dohrenwend, B.P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implication for theory and reserarch. *Journal of Health Social Behavior*, 41(1), 1-19. DOI: 10.2307/2676357
- Dunn, H.L. (1959). High-Level Wellness for Man and Society. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 49(6), 786-792. DOI: 10.2105/AJPH.49.6.786
- Durán, M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698512>
- Elder, G.H. (1998). The life course and developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12. DOI: 10.2307/1132065
- Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854. DOI: 0.1037//0022-3514.58.5.844
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedical science. *Science*, 196(4286), 126-129.
- Eronen, S. y Nurmi, J.E. (1999). Life events, predisposing cognitive strategies and well-being. *European Journal of Personality*, 13, 129- 148.
- 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>
- Esteban, M. y Losa, A. (2015). *Guía básica para interpretar los indicadores de desigualdad, pobreza y exclusión social*. EAPN:España.
- Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

- Fantova, F. (2015). Identidad y estrategias de los Servicios sociales. *Documentación Social*, 175, 105-132. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7054291/identidad-y-estrategia-de-los-servicios-sociales>
- Fernández, M.D. y Díaz, M.A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndrome clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 129-135. Disponible en: <https://www.aepcp.net/arc/05.2001%282%29.Fernandez-Diaz.pdf>
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.). Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción (p. 98-106). Madrid: Pirámide.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Pimley, S. y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging*, 2(2), 171-184. DOI:10.1037//0882-7974.2.2.171
- Frankl, V. (2005). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial.
- Freire, C.; Ferradás, M. D.; Valle, A.; Núñez, J. C. y Vallejo, G. (2016). Profiles of Psychological Well-being and Coping Strategies among University Students. *Frontiers in Psychology*, 7, 1554. DOI: <https://doi.org//10.3389/fpsyg.2016.01554>
- French, S. L.; Gekoski, W. L. y Knox, V. J. (1995). Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. *Social Indicators Research*, 35(1), 1-25. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01079235>
- García-Altés, A.; Rodríguez-Sanz, M.; Pérez, G. y Borell.C. (2008). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autonomas. *Cuadernos económicos de ICE*, 75, 115-128. Disponible en: <http://www.revistasice.com/index.php/CICE/article/view/5933/5933>
- García-Altés, A.; Ruiz-Muñoz, D.; Colls, C.; Mias, M y Martín-Bassols, N. (2018). Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents. *Journal of epidemiology and community health*, 72(10), 871-879.
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.

Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/242241780\\_La\\_categoria\\_bienestar\\_psicologico\\_Su\\_relacion\\_con\\_otras\\_categorias\\_sociales/link/02860b550cf2effb422cd8f0/download](https://www.researchgate.net/publication/242241780_La_categoria_bienestar_psicologico_Su_relacion_con_otras_categorias_sociales/link/02860b550cf2effb422cd8f0/download)

Generalitat de Catalunya. (2016). *Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)*. Disponible en: [http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2017/05/PIAISS\\_document\\_desplegament\\_2017\\_2020.pdf](http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2017/05/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf)

Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla interdepartamental de salut (PINSAP)*. Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre\\_lagencia/pinsap/01Els\\_Plans/PINSAP\\_2017-2020/PINSAP\\_2017-2020-Completo.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/01Els_Plans/PINSAP_2017-2020/PINSAP_2017-2020-Completo.pdf)

Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J. (Eds.) (1994). *Handbook of human stress and immunity*. Nueva York: Academic Press.

Goldberger, L. y Breznitz, S. (1993). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.

Goldblatt, O.; Siegrist, J.; Lundberg, O.; Marinetti, C.; Farrer, L. y Costongs, C. (2015). *Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project*. London: UCL Institute of Health Equity.

González, M. (2004). *El bienestar psicológico en l'adolescència: la perspectiva de les ciències de la complexitat*. (Tesis doctoral). Universitat de Girona. Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/4674/tmhc.pdf?sequence=5>

González-Cabanach, R.; Souto-Gestal, A.; González-Doniz, L. y Franco, V. (2018). Perfiles de afrontamiento y estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 421-433. DOI: <https://doi.org/10.6018/rie.36.2.290901>

Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.

Greenlee, R. y Lantz, J. (1993). Family coping strategies and rural Appalachian working poor. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 15(2), 121-137. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00892451>

- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual review of clinical psychology*, 1, 293-319. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hernández-Pedreño, M. (2008). Pobreza y exclusión social en las sociedades del conocimiento. En M. Hernández Pedreño (Coord.). *Exclusión social y desigualdad* (p. 89-95). Murcia: Editum.
- Herrera, E. (2012). Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales: una senda definida como parte de la solución. *Actas de la Dependencia*, 6, 51-61.
- Herrero, J.; Turner, E.; Fuente, A. y Lila, M. (2012). Desorden social, integración social y bienestar subjetivo en inmigrantes latinoamericanos en España. *Anales de Psicología*, 28, 505-514.
- Hessel, S. (2011). *Indignados*. Barcelona: Destino.
- Hesselink, A.; Penninx, B.W.; Van der Windt, D.; Van Duin, B.; Vries, P.; Twisk, J.; Bouter, L y Van Eijk, J. (2004). Effectiveness of an education programme by a general practice assistant for asthma and COPD patients: Results from a randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 55(1), 121-128. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.08.007>
- Himle, J.; Weaver, A.; Levine, D.L.; Steinberger, E.; Bybee, D.; Vinka, S.; Miller, R.; Laviolette W. y Nicoll, K. (2020). Social anxiety and work: a qualitative investigation in a low-income, minority sample. *Social Work in Mental Health*, 18(8), 1-29. DOI: 10.1080/15332985.2020.1742850
- Holmes T. y Rahe R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Jakab, Z. (2012). Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. What's in it for me?. En *Regional Committee for Europe, sixty-second session*. (p. 16-22). Malta: WHO Regional Committee for Europe.
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios pedagógicos*, 34(1), 173-186. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052008000100010>

- Jindal-Snape, D. (2006). *A-Z of transition*. Dundee: Ref Globe Press.
- Juárez, M. y Renes, V. (1995). Población, estructura y desigualdad social. En F. Salinad (Dir.). *V Informe sociológico sobre la situación social en España* (p. 67-132). Madrid: Síntesis.
- Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcomes: A review of the literature*. Centre for Social Research and evaluation. New Zealand: Ministry of Social Development.
- Kessler, R. y Cleary, P. (1980). Social class and psychological distress. *American Sociological*, 45, 463-478. DOI: 10.2307/2095178
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/191073958/Keyes-C-L-M-1998-Social-well-being-Social-psychology-quarterly-121-140>
- Kohn, M.L. (1976). The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 133(2), 177-180. DOI: 10.1176/ajp.133.2.177
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Langner, T. y Stanley, T.M. (1963). *Life Stress and Mental Health*. New York: The Free Pres.
- Laparra, M.; Obradors A.; Pérez-Eransas, B.; Sarasa, S.; Renes, V.; Pérez-Yruela, M.; Subirats, J. y Trujillo, M. (2007): Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2376685>
- Larson, J.S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56, 123-36. DOI: <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. En W.D. Gentry (Ed.). *Handbook of behavioral medicine* (p. 282-325). New York: Guilford Press.

- Lemkow, L.; Tejero, E. y Torradella, L. (2000). *Costos biogràfics en la lluita pel benestar*. Barcelona: Mediterrània.
- Levitas, R. (2007). Los límites de la agenda social europea: revisión de las políticas de inclusión social. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 173- 193.
- Lewis, O. (1961). *Antropología de la pobreza: Cinco familias*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Liem, R. y Liem, J. (1978). Social Class and Mental Illness Reconsidered: The Role of Economic Stress and Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(2), 139-156. DOI: 0.2307/2136530
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Linley, A.; Joseph, A.; Harrington, S. y Wood, A. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. DOI: 10.1080/17439760500372796
- López, M. J.; Rosales, J. C.; Chávez, M.L.; Byrne, S. y Cruz, J. M. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: El papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21(1), 90-96. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3600.pdf>
- López de Roda, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/28112079\\_Estructura\\_social\\_apoyo\\_social\\_y\\_salud\\_mental/link/0fcfd50a22a6adbd3e000000/download](https://www.researchgate.net/publication/28112079_Estructura_social_apoyo_social_y_salud_mental/link/0fcfd50a22a6adbd3e000000/download)
- Lucas, R.; Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. DOI: 10.1037//0022-3514.71.3.616
- Lupien. S.; King. S.; Meaney. M. y McEwen. B. (2001). Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. *Development and Psychopathology*, 13(3), 653-676. DOI: 10.1017/s0954579401003133

- Lyubomirsky, S.; King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Marmot, M. y G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322(7296), 1233-1236. DOI: 10.1136/bmj.322.7296.1233
- Marmot, M. y Allen, J.J. (2014). Social determinants of health equity. *American journal of public health*, 104(4), 517-519.
- Matteson, M.T. y Ivancevich, J.M. (1989). *Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial*. México: Trillas.
- McCartney, K. y Phillips, D. (2006). *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Mead, M.G. (1973). *Espíritu, persona y sociedad, desde el punto de vista del conductismo social*. Méjico: Paidós.
- Meyer, A. (1950). The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. En A. Meyers y E.G. Winters. (Ed.). *The collected papers of Adolf Meyer* (p. 234-245) Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Michaelson, J.; Abdallah, S.; Steuer, N.; Thompson, S.; Marks, N.; Aked, J.; Gordon, C. y Potts, R. (2009). *National Accounts of Well-Being: Bringing Real Wealth onto the Balance Sheet*. London: NEF.
- Miller, T.W. (Ed.) (1997). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison: International Universities Press.
- Moos, R.H. y Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 212-230). New York: Free Press.
- Morales, F.M. y Trianes, M.V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 275-286. DOI: 10.1989/ejep.v3i2.65

- Moreno, L. (2002). Estado del Bienestar y mallas de seguridad. En L. Moreno (Ed.). *Pobreza y exclusión: la "malla de seguridad" en España*, (p. 17-50). Madrid: CSIC.
- Motrico, E.; Rodero-Cosano, M. L.; Álvarez-Gálvez, J.; Salinas-Pérez, J. A. y Moreno-Peral, P. (2017). Measures for the assessment of stressful life events in the Spanish adult population: A systematic review. *Anales de Psicología*, 33(3), 556-567. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.236631>
- Myer, J.K.; Lindenthal, J.J.; Pepper, M.P. y Ostrander, D.R. (1972). Life events and mental status: a longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 398-406.
- Obeid, S.; Haddad, C.; Salame, W.; Kheir, N. y Hallit, S. (2019). Xenophobic attitudes, behaviors and coping strategies among lebanese people toward immigrants and refugees. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 703-709. DOI: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/ppc.12415>
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-256. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3378/337829507002>
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. El informe mundial de Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud del mundo. Ginebra: The World's Health Report*. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdfMS](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdfMS)
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2004). *Cambiamos el rumbo de la historia*. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf)
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la igualdad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.



- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2008). *Understanding and Tackling Social Exclusion*. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf)
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2010). *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS - Organización Mundial de la Salud. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *EU: Health Programme 2014-2020*. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/funding/programme/2014-2020\\_es](https://ec.europa.eu/health/funding/programme/2014-2020_es)
- Oramas, A.; Santana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo en la salud mental. *Revista Cubana de Salud y trabajo*, 7(1-2), 34-39.
- Palomino, P.A.; Grande, M.L. y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la social del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91. DOI: <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Palou, B. (2011). Análisis de los elementos configurativos de la ciudadanía como condición para la integración de la juventud de origen magrebí en Cataluña. *Revista De Investigación Educativa*, 30(1), 181-195. <https://doi.org/10.6018/rie.30.1.116121>
- Pargament, K.I. y Brant, G.R. (1998). Religion and coping. En H. G. Koenig. (Ed.). *Handbook of religion and mental health* (p. 111-128). San Diego: Academic Press.
- Pastor, E. (2015). *Trabajo Social con Comunidades*. Madrid: Universitas.
- Paugam, S. (2007). *Las formas elementales de la pobreza*. Madrid: Alianza Editorial.

- Peace, R. (2001). Social exclusion: a concept in need of definition? *Social Policy. Journal of New Zealand*, 16, 17-36. Disponible en: <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj16/social-exclusion-a-concept-in-need-of-definition.html>
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pérez, M.; Rodríguez, G. y Trujillo, M. (2002). *Pobreza y exclusión social en Andalucía*. Córdoba: Consejo Superior de Investigaciones Científica.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Petterson, S. y Burke, A. (2003). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Development*, 72(6), 1794-1813. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00379>
- Phillips, A. C.; Carroll, D. y Der, G. (2015). Negative life events and symptoms of depression and anxiety: stress causation and/or stress generation. *Anxiety, stress, and coping*, 28(4), 357-371. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1005078>
- Pino, M. y López-Ibor J.J. (1995). Psychosocial factors and adaptation mechanisms in stressful events. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 23(3), 124-129.
- Pozos-Radillo, E.; Preciado-Serrano, L.; Plascencia-Campos, A.; Valdez-López, R. y Morales-Fernández, A. (2016). Psychophysiological Manifestations Associated With Stress in Students of a Public University in México. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, 29(2), 79-84. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcap.12142>
- Puente-Martínez, A.; Ubillos-Landa, S.; García-Zabala, M. y Páez-Rovira, D. (2019). “Mouth wide shut”: Strategies of female sex workers for coping with intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(16), 3414-3437. DOI: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1177/0886260516670180>
- Rahe, R.H y Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4(1), 3-15. DOI: 10.1080/0097840X.1978.9934972

- Raya, E. (2004). Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto. *Revista de Ciencias Sociales*, 9, 1-9.
- Raya, E. (2005). Categorías sociales y personas en situación de exclusión. Una aproximación desde el País Vasco. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(2), 247-267. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1414806>
- Regidor, E.; Ronda, E.; Pascual, C.; Martínez, D.; Calle, M. E. y Domínguez, V. (2006). Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: A case study. *American Journal of Public Health*, 96, 102-108. DOI: 10.2105/AJPH.2004.053983
- Rice, P.L. (1998). El afrontamiento del estrés: estrategias cognitivo-conductuales. En V. Caballo. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (p. 323-358). Madrid: Siglo XXI.
- Robitschek, C. y Keyes, C. (2009). The structure of Keyes' model of mental health and the role of personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321-329. DOI: 0.1037/a0013954
- Rocha, K.; Pérez, K.; Rodríguez-Sanz, M.; Borrell, C. y Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas del instrumento de cribado general. Health Questionnaire (GHQ-12) en población general Española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: An eudaimonic approach to psychological wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Sánchez, E. (1999). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13, 537-544.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (p. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.

- Sandín, B. (2008). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2009). Estrés y trastornos emocionales. En A. Belloch, B y Sandín, F. Ramos. (Eds.). *Manual de psicopatología, Vol.2*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to life events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 15(4), 48-54.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario del Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y situación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.  
DOI: 10.5944/rppc.vol.12. num.3.2007.4044
- Sandín, B.; Chorot, P.; Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (1994). Stress behavior types, personality, alexithymia, coping and statetrait anger expression. *Stress News*, 5(4), 2-8.  
Disponibile en: [https://www.resea00rchgate.net/publication/216466251\\_personality\\_and\\_anger\\_expression\\_among\\_college\\_students\\_and\\_nda\\_cadets\\_a\\_comparative\\_study](https://www.resea00rchgate.net/publication/216466251_personality_and_anger_expression_among_college_students_and_nda_cadets_a_comparative_study)
- Sandín, B.; Chorot, P.; Segura, A. y Pardo, A. (1988). Estrés, coping y síntomas somáticos. En *IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento*. 10-12 de marzo. Gandía: Asociación Española de Terapia del Comportamiento.
- Sapolsky, R. (2005). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza.
- Seiffge-Krenke, I. y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 617-630.  
DOI: 10.1023/A:1026440304695
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive Psychology, positive prevention and positive therapy. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Sen A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 302-309. DOI: 10.1590/S1020-49892002000500005

- Sheldon, K. M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Solar, O. y Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion, paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization.
- Steiner, H.; Erickson, S. J.; Hernandez, N. L. y Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30(5), 326-335. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00326-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00326-3)
- Subirats, J. (Dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundació la Caixa.
- Subirats, J. y Gallego, R. (2011). Descentralización política y equidad. Regímenes de bienestar en España, *EkonomiGerizan*, 18, 87-102. Disponible en: [http://www.fcavn.es/Castellano/Publicaciones/Ekonomi\\_Gerizan/18.asp](http://www.fcavn.es/Castellano/Publicaciones/Ekonomi_Gerizan/18.asp)
- Subirats, J. y Gomà, R. (Dir.) (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Barcelona: Plataforma de ONGs de Acción Social.
- Suh, E.; Diener, E. y Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091-1102. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1091>
- Taylor S.E.; Kemeny, M.E.; Reed, G.M.; Bower, J.E. y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109. DOI:10.1037//0003-066x.55.1.9
- Taylor, S.E. (1986): *Health Psychology*. Nueva York: Random House.
- Tezanos, J. F. (1998). La exclusión social en España. *Temas para el Debate*, 49, 63-97.

- Tezanos, J. F. (2002). Desigualdad y exclusión en las sociedades tecnológicas. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, 35-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=253629>
- Tezanos, J. F. (Coord.) (2004). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema.
- Thoits, P. (1984). Explaining Distributions of Psychological vulnerability: lack of social support in the face of life stress. *Social Forces*, 63(2), 453-481.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/sf/63.2.453>
- Thoits, P. (1995). Coping, and Social Support Processes: Where are We? What Next?. *Journal of Health and Social Behavior*. Extra Issue, 53-79. DOI: 10.2307/2626957
- Trouillot, M.R (2000). Exclusión Social en el Caribe. En E. Gacitúa, C. Sojo y S.H. Davis (Eds.). *Exclusión Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe* (p. 111-147). Costa Rica: FLACSO, Banco Mundial.
- Trujillo, M. y Carbonero, D. (2005). *La medición de la desigualdad, la pobreza y la exclusión social en Andalucía*. Córdoba: Instituto de Estudios Sociales Avanzados.  
DOI: 10.13140/RG.2.1.1396.5049
- Turner, R.J.; Wheaton, B. y Lloyd, D.A. (1995). The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*, 60(1),104-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2096348>
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.  
Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1278>
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C.Vázquez y G. Hervás (Eds.). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (p. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C.; Hervás, G.; Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veenhoven, R. (2001). Calidad de vida y felicidad: No es exactamente lo mismo. En G. De Girolamo (Ed.). *Salud y calidad de vida* (p. 67-95). Torino: Il Pensamiento científico.

Vega, J.; Solar, O. e Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En F. Marín y L. Jadue (Eds.). *Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la Perspectiva de la Equidad* (p. 9-18). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo, MINSAL. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/331984362>

Vielma-Rangel, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.  
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=356/35617102003>

Wahlbeck, K y Awolin, M (2009). *The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review*. Disponible en: [https://www.academia.edu/5725300/The\\_Impact\\_of\\_Economic\\_Crises\\_on\\_the\\_Risk\\_of\\_Depression\\_and\\_Suicide\\_A\\_Literature\\_Review](https://www.academia.edu/5725300/The_Impact_of_Economic_Crises_on_the_Risk_of_Depression_and_Suicide_A_Literature_Review)

Whitehead M. y Dahlgren G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.

Zeidner, M. y Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping: Theory, research, and applications*. New York: Wiley.

Zubieta, E.; Fernández, O. y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.  
Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-1.pdf>

Zuckerman, L. A.; Oliver, J. M.; Hollingsworth, H. H. y Austrin, H. R. (1986). A comparison of life events scoring methods as predictors of psychological symptomatology. *Journal of Human Stress*, 12(2), 64-70. DOI: <https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936769>





# CAPÍTULO 10

## ANEXOS



## Anexo 10.1 Formulario para identificar los factores de riesgo disruptivos

LLISTAT DE FACTORS DE RISC DISRUPTIUS	SÍ	NO
1. Vas patir pobresa econòmica quan eres petit/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incapacitat de pagament de les despeses de la llar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pèrdua d'ajudes socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cronificació i dependència d'ajudes socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pèrdua de la independència econòmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Explotació infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pèrdua del lloc de treball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estar en situació d'atur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atur de llarga duració	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Precarietat laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Assetjament laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pèrdua del permís laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Exercir la prostitució	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Interrupció vida laboral per cuidar d'algú (maternitat, dependents...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Reducció del sou per maternitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Retirada prematura del mercat laboral (abans del 35-50 anys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Abandonament escolar (deixar d'anar a l'IES)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Desescolarització (no anar a l'escola en edat d'assistir-hi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vas fer absentisme durant l'etapa acadèmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tenir necessitats educatives especials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tenir problemes d'atenció/aprenentatge a l'escola/IES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Canvis d'escoles freqüents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Fracàs escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Assetjament escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Manca de formació especialitzada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Impossibilitat de comptabilitzar els estudis amb la feina/o família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Malaltia física, lesió o accident greu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Malaltia greus o cròniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Problemes de salut mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Reconeixement de la discapacitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Reconeixement de la dependència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Problemes de drogodependència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Abusos i addiccions (joc, alcohol...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Embarassos no desitjats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Malalties de transmissió sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sobrecàrregues familiars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tractaments de fecunditat/inseminacions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Mobilitat geogràfica freqüent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Desnonament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Assetjament residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Condicions d'habilitat deficient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Pèrdua de la casa per separació/divorci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Pèrdua de la independència residencial (rellogar o compartir habitacions...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Abandonament patern/matern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Desatenció familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Trencament afectiu (pèrdua familiar, trencament relació de parella, impossibilitat de reagrupament familiar, llars monoparentals...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Haver patit maltractament físic, psíquic o abús sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Xarxa relacional feble/aïllament social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Trencament de la xarxa relacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Acolliment en una família adoptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Canvis de la unitat de convivència (centres d'acollida, família d'acollida....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Mort sobreenviduda d'algun parent proper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Procés migratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Estar em situació irregular per immigració	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Delinqüència i problemes judicials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Impossibilitat de tenir fills/es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Internament en institucions: presons, centres d'acollida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Problemes en la manifestació de la identitat sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.- Haver estat víctima d'actes discriminatoris, homòfons, racistes o d'aporofòbia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.- Haver presenciat guerres, exilis...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Creus que hi algun episodi que t'hagi marcat molt en la teva vida que no s'hagi considerat anteriorment? (Quin o Quins)** \_\_\_\_\_

## Anexo 10.2 Escala de salud mental de Goldberg

Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido alguna molestia o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque la respuesta que mejor considere.

**1.- ¿Has podido concentrarte bien en lo que haces?**

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

**2.- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

**3.- ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos

**4.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho más

**5.- ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

**6.- ¿Has sentido que no puede superar sus dificultades?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

**7.-¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos

**8.-¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?**

- Más capaz que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos capaz que lo habitual
- Mucho menos

**9.- ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

**10.- ¿Has perdido la confianza en sí mismo?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

**11.-¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?**

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más

12.-¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Más feliz que lo habitual
- Aproximadamente lo mismo que lo habitual
- Menos feliz que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

## Anexo 10.3 Escala de bienestar psicológico de Ryff

Por favor conteste las siguientes afirmaciones, con una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 6 (totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesita hablar	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona activa al realizar mis proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5	6
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5	6
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre sí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6

23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5	6
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que puede confiar en mí	1	2	3	4	5	6
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6



## Anexo 10.4 Escala de bienestar social de Keyes

Por favor conteste las siguientes afirmaciones, con una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (totalmente de acuerdo)

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad	1	2	3	4	5
2. Creo que la gente me valora como persona	1	2	3	4	5
3. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de mis amistades me escucharían	1	2	3	4	5
4. Me siento cercano a otra gente	1	2	3	4	5
5. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio	1	2	3	4	5
6. Creo que la gente no es de fiar	1	2	3	4	5
7. Creo que las personas piensan en sí mismas	1	2	3	4	5
8. Creo que no se debe confiar en la gente	1	2	3	4	5
9. Creo que la gente es egoísta	1	2	3	4	5
10. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto	1	2	3	4	5
11. Las personas no se preocupan de los problemas de los otros	1	2	3	4	5
12. Creo que puedo aportar algo al mundo	1	2	3	4	5
13. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad	1	2	3	4	5
14. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad	1	2	3	4	5
15. No tengo ni tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad	1	2	3	4	5
16. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5

## Anexo 10.5 Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Lea con detenimiento las diferentes formas de afrontamiento y señale en qué medida usted ha empleado cada una de estas formas de afrontamiento del estrés.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargue mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos como me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen salir mal	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigos para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la iglesia, mezquita ...	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4

24. Comprendí que otras cosas, diferentes al problema eran para mí, más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remedaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que “ no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
32. Me irrité con algunas personas	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicará cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentar el problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la iglesia, mezquita... a rezar o poner velas	0	1	2	3	4

## Anexo 10.6 Justificante de colaboración de los recursos y entidades colaboradoras

### Anexo 10.6.1 Justificante: Institut Municipal de Serveis Socials

**Institut Municipal  
de Serveis Socials**  
som al teu costat



A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS  
SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat **"Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social"** que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virigli, la Sra. **Jessica Cantos Egea**.

#### **COL-LABORO I AUTORITZO**

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball en el Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona en els termes exposats en la documentació aportada.

Director Gerent Institut Municipal de Serveis Socials.

Tarragona, 4 de Setembre de 2018

## Anexo 10.6.2 Justificante: Ayuntamiento de Valls

A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS

SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat "**Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social**" que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virgili, la **Sra. Jessica Cantos Egea**.

### **COL-LABORO I AUTORITZO**

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball a l'àrea Serveis Socials de Tarragona en els termes exposats en la documentació aportada.



Laura López Castelló

Tècnica del Pla d'Inclusió Social de l'Ajuntament de Valls

Tarragona, 4 de Febrer de 2019

## Anexo 10.6.3 Justificante: Fundació Formació i Treball

A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS  
SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat "Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social" que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virgili, la Sra. Jessica Cantos Egea.

### COL-LABORO I AUTORITZO

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball a la Fundació Formació i Treball en els termes exposats en la documentació aportada.



Marc Badia Català  
Tècnic d'inserció sociolaboral

**Formació  
i Treball**  
*la manera antiga*  
Ramón Llull, 430-438  
08930 Sant Adrià de Besòs  
Barcelona  
660229846

Tarragona, 14 de Juliol de 2019

## Anexo 10.6.4 Justificante: Asociación Juventut y Vida



ASSOCIACIÓ SOCIOEDUCATIVA  
**JOVENTUT I VIDA**

Nº Registre d'Associacions: 36938 NIF: G-43938125

Nº Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials: S08473

Entitat privada d'iniciativa social, nº de registre Benestar Social i Família: E04925

C. Vint-i-quatre, 16 Baixos

43100 Tarragona

Tel. 977 333 250 e-mail: joventutivida@joventutivida.org

[www.joventutivida.org](http://www.joventutivida.org)

A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS  
SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat "**Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social**" que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virigli, la **Sra. Jessica Cantos Egea**.

### COL·LABORO I AUTORITZO

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball en l'Associació Joventut i Vida en els termes exposats en la documentació aportada.



Raquel Quílez Valdevira  
Gerent Menjador Social Bonavista  
Associació Socioeducativa Joventut i Vida

Tarragona, 2 de Desembre de 2019

## Anexo 10.6.5 Justificante: Càritas

A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS

SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat "Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social" que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virgili, la Sra. Jessica Cantos Egea.

### COL-LABORO I AUTORITZO

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball en la institució de Càritas Interparroquial de Tarragona en els termes exposats en la documentació aportada.

Carmen Cervantes Garcia



Directora de Càritas Interparroquial de Tarragona

Tarragona, 16 d' Octubre de 2018



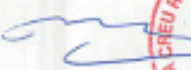
## Anexo 10.6.6 Justificante: Cruz Roja Tarragona

A l'atenció de: DR. JORDI TOUS PALLARÉS  
SRA. JESSICA CANTOS EGEA

Després de rebre la carta de presentació i la revisió del dossier aportat per realitzar el projecte de tesis doctoral titulat "Determinantes psicosociales en desigualdades sociales en salud en trayectorias de inclusión-exclusión social" que ha de portar a terme l'alumna de doctorat de la Universitat Rovira i Virigli, la Sra. Jessica Cantos Egea.

### COL-LABORO I AUTORITZO

A la Sra. Jessica Cantos Egea al desenvolupament d'aquest treball a la institució Creu Roja Tarragona en els termes exposats en la documentació aportada.

  
Xavier Ribera Guirao  
Secretari Provincial

Tarragona, 9 de Març de 2019



## Anexo 10.7 Autorización de la Diputación de Barcelona



Àrea d'Atenció a les Persones

**Benestar Social**  
Gerència de Serveis de Benestar Social  
Servei d'Acció Social  
Pg. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona  
Tel. 934 022 471 - Fax 934 022 492  
s.accio@dba.cat - www.diba.cat

Francesc Hernandez Torres, Cap del Servei d'Acció Social de la Gerència de Serveis de Benestar Social,

### AUTORITZO

Per demanda de la Sra. Jessica Cantos Egea a fer ús de la "Guia metodològica revisada de Plans locals d'inclusió social" editada per la Diputació de Barcelona, amb la finalitat expressada per la interessada d'utilitzar la classificació que es fa dels àmbits d'exclusió social, cicles de vida i disruptions a la Taula 4 en el marc de l'estudi que està realitzant "d'anàlisi dels factors psicosocials de salut i benestar en trajectòries d'exclusió social". Fent constància de la procedència de la informació de forma expressa en el citat estudi.

I perquè així consti, a petició de la interessada i als efectes oportuns, signo aquest document a Barcelona en data 2 d'abril de 2019.



Diputació de Barcelona | Àrea d'Atenció a les Persones  
Gerència de Serveis de Benestar Social  
Servei d'Acció Social  
Francesc Hernandez Torres  
Cap del Servei d'Acció Social

## Anexo 10.8 Consentimiento informado

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CÓDIGO DE LA INVESTIGACIÓN:

El/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_

Declaro/a que he sido informado/a del estudio en el que se solicita mi participación y acepto mi participación voluntaria en el mismo.

Los responsables de la investigación me han explicado que mis aportaciones serán absolutamente confidenciales y los datos obtenidos serán para uso con fines científicos.

Me han informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Así mismo, si lo quisiera, podría solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente,

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

Tarragona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

