

**LA SALUD MENTAL  
ENTRE LA POBLACIÓN EXCLUIDA  
DE LA DIÓCESIS DE MADRID**

**LA SALUD MENTAL  
ENTRE LA POBLACIÓN EXCLUIDA  
DE LA DIÓCESIS DE MADRID**

**MADRID, FEBRERO DE 2005**

Agradecemos la inestimable y desinteresada colaboración para el desarrollo del Trabajo de Campo a la Red de trabajadores de Cáritas de la Diócesis de Madrid y los trabajadores del Área Social del Instituto de Reajuste e Inserción Social de la Comunidad de Madrid, sin cuya ayuda hubiera sido imposible la realización de la presente investigación.

*Dircción:* RAÚL FLORES MARTOS.

*Coordinación:* MERCEDES RUIZ CUBERO.

*Análisis y Redacción:* RAÚL FLORES MARTOS Y MERCEDES RUIZ CUBERO.

*Trabajo de Campo:* RED DE TRABAJADORES DE CÁRITAS BAJO LA DIRECCION DE  
MERCEDES RUIZ CUBERO.

RED DE ENTREVISTADORES DE EDIS BAJO LA DIRECCIÓN DE  
M.<sup>a</sup> DEL PRADO FERNÁNDEZ ESCUADRO.

*Proceso de Datos:* RAÚL FLORES MARTOS, RUTH GARCIA LÓPEZ Y PILAR ARTEAGA VIÑA.

*Edición:* M.<sup>a</sup> NIEVES MORAL MONTERO.

© CÁRITAS MADRID

Martín de los Heros, 21  
28008 MADRID

I.S.B.N.: 84-609-4324-0

Depósito Legal: M. 6.242-2005

Imprime: Gráficas Arias Montano, S. A.  
28935 MÓSTOLES (Madrid)

Impreso en España - Printed in Spain

# ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
<i>Apuntes sobre exclusión social</i> .....	17
<i>Exclusión social y salud mental</i> .....	19

## FASE I

### ANÁLISIS SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA EDDDES

1. <i>INTRODUCCIÓN</i> .....	25
2. <i>CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</i> .....	27
3. <i>ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</i> .....	31
4. <i>RASGOS DE EXCLUSIÓN ENTRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL</i> .....	43

## FASE II

### SONDEO A LA POBLACIÓN EXCLUIDA DE LA DIÓCESIS DE MADRID

1. <i>INTRODUCCIÓN</i> .....	47
2. <i>PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO ..</i>	49
3. <i>HÁBITAT DE LA POBLACIÓN OBJETIVO</i> .....	53
4. <i>SITUACIÓN DE CONVIVENCIA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO</i> .....	57

	<u>Págs.</u>
5. <i>SITUACIÓN ECONÓMICA Y LABORAL DE LA POBLACIÓN OBJETIVO</i> .....	61
6. <i>UTILIZACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS</i> .....	69
7. <i>APOYO SOCIAL Y FAMILIAR</i> .....	77
8. <i>ESTADO DE SALUD</i> .....	83
9. <i>SALUD MENTAL ENTRE LA POBLACIÓN EXCLUIDA</i> .....	87
9.1. <i>Introducción</i> .....	87
9.2. <i>Instrumento y Procedimiento</i> .....	88
9.3. <i>Resultados de la aplicación del SCL-90-R</i> .....	90
9.4. <i>Perfil de las personas con enfermedad mental</i> .....	92
9.5. <i>Polipatología en el SCL-90-R</i> .....	107
<i>CONCLUSIONES</i> .....	109
<i>BIBLIOGRAFÍA</i> .....	115
<i>ANEXO: CUESTIONARIO</i> .....	119

## ÍNDICE DE GRÁFICOS. FASE I

		<i>Págs.</i>
Gráfico 1.	Población con EM, según género. Comunidad de Madrid, 1999 .....	27
Gráfico 2.	Población con EM, según edad y género. Comunidad de Madrid, 1999 .....	28
Gráfico 3.	Población con EM, según número de personas que componen el hogar. Comunidad de Madrid, 1999 .....	28
Gráfico 4.	Población con EM, según relación de parentesco con el sustentador principal. Comunidad de Madrid, 1999.....	29
Gráfico 5.	Población con EM, según satisfacción en la demanda de ayudas. Comunidad de Madrid. 1999 .....	30
Gráfico 6.	Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según género. Comunidad de Madrid, 1999 .....	32
Gráfico 7.	Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según edad. Comunidad de Madrid, 1999 .....	33
Gráfico 8.	Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según estado civil. Comunidad de Madrid, 1999 .....	34
Gráfico 9.	Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según nivel de estudios. Comunidad de Madrid, 1999 .....	35
Gráfico 10.	Población con EM, según relación con la actividad económica. Comunidad de Madrid, 1999.....	36
Gráfico 11.	Población con discapacidad no EM, según relación con la actividad económica. Comunidad de Madrid, 1999 .....	37
Gráfico 12.	Población sin discapacidad, según relación con la actividad económica. Comunidad de Madrid, 1999 .....	37

	<u>Págs.</u>
Gráfico 13. Población con EM, población con discapacidad no EM, según posesión de certificado de minusvalía. Comunidad de Madrid, 1999.....	38
Gráfico 14. Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según fuente principal de ingresos. Comunidad de Madrid, 1999.....	39
Gráfico 15. Ingresos medios mensuales por hogar de la población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad. Comunidad de Madrid, 1999 (en euros) ....	40
Gráfico 16. Ingresos medios mensuales por persona de la población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad. Comunidad de Madrid, 1999 (en euros) .....	40
Gráfico 17. Población con EM, población con discapacidad no EM y población sin discapacidad, según ingresos mensuales por personas. Comunidad de Madrid, 1999.....	41

## ÍNDICE DE TABLAS. FASE II

		<i>Págs.</i>
Tabla 1.	Distribución según edad .....	50
Tabla 2.	Población entrevistada según nivel de estudios .....	51
Tabla 3.	Población entrevistada según lugar de origen.....	52
Tabla 4.	Población entrevistada según hábitat.....	53
Tabla 5.	Convivencia (Multirespuesta) .....	59
Tabla 6.	Índices globales y dimensionales del SCL-90-R .....	90
Tabla 7.	Índices globales y dimensionales del SCL-90-R, según género, edad, hábitat y relación con la actividad económica.....	91
Tabla 8.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por la severidad de los síntomas percibidos.....	94
Tabla 9.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por obsesión-compulsión.....	96
Tabla 10.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por baja autoestima .....	98
Tabla 11.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por trastornos depresivos .....	100
Tabla 12.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por ansiedad.....	102
Tabla 13.	Características sociodemográficas de las personas en grave riesgo o afectadas por la severidad de los síntomas percibidos.....	106
Tabla 14.	Características sociodemográficas de las personas afectadas por cuatro o más dimensiones del SCL-90-R .....	108



## ÍNDICE DE GRÁFICOS. FASE II

	<i>Págs.</i>
Gráfico 1. Distribución según género .....	49
Gráfico 2. Distribución según edad y género .....	50
Gráfico 3. Nivel de estudios según género .....	51
Gráfico 4. Lugar de origen, según género.....	52
Gráfico 5. Hábitat de la población entrevistada, según género .....	54
Gráfico 6. Superficie de la vivienda, entre la población entrevistada	54
Gráfico 7. Estado civil de la población entrevistada.....	57
Gráfico 8. ¿Tiene hijos? .....	58
Gráfico 9. Tenencia de hijos/as y convivencia, según género .....	58
Gráfico 10. Convivencia real y convivencia ideal (Multirespuesta) .....	60
Gráfico 11. ¿A qué te dedicas? ¿Trabajas en algo? .....	61
Gráfico 12. ¿Tienes contrato? .....	62
Gráfico 13. Fuente principal de ingresos .....	63
Gráfico 14. Ingresos medios mensuales por trabajo, según variables de clasificación (en euros) .....	64
Gráfico 15. Ingresos medios por pensiones al mes, según variables de clasificación (en euros) .....	65
Gráfico 16. Ingresos medios mensuales del hogar, según variables de clasificación (en euros) .....	66
Gráfico 17. Ingresos medios mensuales por persona, según variables de clasificación (en euros) .....	67
Gráfico 18. Ingresos mensuales por persona, según género.....	68
Gráfico 19. Acudió a centros de servicios sociales.....	70
Gráfico 20. Frecuencia con la que acude a centros de servicios socia- les .....	70
Gráfico 21. Resolvieron su problema en los centros de servicios socia- les .....	71

Gráfico 22.	Acudió a centros de Cáritas.....	71
Gráfico 23.	Frecuencia con la que acude a centros de Cáritas.....	72
Gráfico 24.	Resolvieron su problema en los centros de Cáritas.....	72
Gráfico 25.	Acudió a centros de la Cruz Roja u otros.....	73
Gráfico 26.	Frecuencia con la que acude a centros de la Cruz Roja u otros.....	73
Gráfico 27.	Resolvieron su problema en los centros de la Cruz Roja u otros.....	74
Gráfico 28.	Población que conoce los servicios.....	75
Gráfico 29.	Población que utiliza los servicios.....	75
Gráfico 30.	Población que no utiliza los servicios pero los necesita...	76
Gráfico 31.	Población con deficiencias de apoyo social (IGAS<30), según variables de clasificación.....	79
Gráfico 32.	Distribución de la población, según el mantenimiento de contacto con su familia .....	80
Gráfico 33.	¿Cuánto tiempo hace que no ha visto a un familiar próximo? .....	80
Gráfico 34.	Distribución de la población, según grado de satisfacción con la ayuda que recibe de la familia en caso de necesidad .....	81
Gráfico 35.	¿Sientes que tu familia te quiere?.....	82
Gráfico 36.	Población que ha consumido de modo continuado y problemático alguna sustancia, según género.....	84
Gráfico 37.	Población que ha consumido de modo continuado y problemático alguna sustancia, según lugar de origen.....	85
Gráfico 38.	Estado de salud general, según género y edad .....	85
Gráfico 39.	Personas en grave riesgo o afectadas por somatizaciones (en SOM T>60).....	93
Gráfico 40.	Personas en grave riesgo o afectadas por obsesión-compulsión (en OBS T>60) .....	95
Gráfico 41.	Personas en grave riesgo o afectadas por baja autoestima (en SIA T>60).....	97
Gráfico 42.	Personas en grave riesgo o afectadas por depresión (en DEP T>60) .....	99
Gráfico 43.	Personas en grave riesgo o afectadas por ansiedad (en ANS T<60).....	101
Gráfico 44.	Personas en grave riesgo o afectadas por síntomas de hostilidad (en HOS T>60) .....	103
Gráfico 45.	Personas en grave riesgo o afectadas por síntomas de ansiedad fóbica (en FOB T>60).....	103

Gráfico 46. Personas en grave riesgo o afectadas por ideación paranoide (en PAR T>60) .....	104
Gráfico 47. Personas en grave riesgo o afectadas por psicoticismo (en PAR T>60) .....	105
Gráfico 48. Personas en grave riesgo o afectadas por la severidad de los síntomas percibidos (en GSI T>60).....	105
Gráfico 49. Distribución de la población excluida, según número de dimensiones del SCL-90-R que afectan o sitúan en grave riesgo .....	107

## APUNTES SOBRE EXCLUSIÓN SOCIAL

En las sociedades actuales existe un número creciente de personas que se van quedando en los márgenes, donde se alargan los periodos de desempleo, o sólo acceden a trabajos precarios y de tiempo parcial con escasa remuneración. Esto conduce a un modelo dual de ciudadanía, donde las garantías constitucionales de empleo, seguridad social y bienestar dejan de tener significado<sup>1</sup>.

Al hablar del fenómeno de exclusión social debemos situarnos en las diferentes dinámicas de nuestra sociedad, en la que existe una gran dualidad entre los procesos de integración y los de exclusión. Esta «sociedad dualizada»<sup>2</sup> se caracteriza, fundamentalmente, en que cada día se amplía la brecha entre los que se encuentran integrados y los que se encuentran en espacios de vulnerabilidad, grave riesgo y/o exclusión.

Cuando hablamos de exclusión es difícil que nuestro pensamiento no se dirija única y exclusivamente a problemas económicos, sin embargo la exclusión social va más allá de ser una situación de carencia económica, se trata de una dinámica que expulsa continuamente al margen. Cuando nos hemos referido anteriormente a la sociedad dualizada y a la dinámica de expulsión, nos encontramos con que el problema no es sólo el de las desigualdades entre los de «arriba» de la pirámide social y los de «abajo» sino también la distancia, entre los que participan en su dinámica y los que son rechazados hacia sus márgenes, por lo tanto son procesos en los que forman parte, tanto el cuerpo social como las personas afectadas<sup>3</sup>.

La definición que aparece en el Libro Blanco de la Política Social Europea indica que la exclusión no significa únicamente ingresos insuficientes, va más allá incluso de la participación en el mundo del trabajo; se manifiesta en dominios

---

<sup>1</sup> TEZANOS, J. F. «Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicamente avanzadas. Un marco para el análisis», en *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Ed. Sistema. Madrid, 2001.

<sup>2</sup> Hemos analizado el concepto a través de TEZANOS, J. F. *op. cit.*, págs.11-50.

<sup>3</sup> AYALA CAÑÓN, L. y RENES AYALA, V. «El estudio de la pobreza en España», en *Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe general*. Edis y otros. Fundación FOESSA. Madrid, 1998.

como la vivienda, la educación, la salud, el acceso a los servicios y no sólo concierne a los individuos con grandes dificultades, sino a los grupos sometidos a la discriminación, a la segregación o a la debilidad de los vínculos o relaciones sociales tradicionales.

El proceso de exclusión nos lleva a pensar en el mínimo que necesitamos para poder vivir, efectivamente es un dato sujeto a un periodo histórico concreto y un tipo de sociedad concreta. Por ello, desde el comienzo subscribimos el problema a la sociedad occidental actual, en la que estamos asistiendo a modificaciones sociopolíticas de carácter estructural que están íntimamente relacionadas, profundos cambios socioeconómicos que han significado un aumento del desempleo, vulnerabilidad y precariedad.

No obstante, todavía no hemos hablado de lo que significa estar en el proceso de exclusión y cuál es esa dinámica social en la que cada vez más personas se sumergen rompiendo casi todos los nexos con la sociedad «integrada». Pues bien, este proceso se caracteriza, sobre todo, por ser una construcción continua de barreras que impiden el acceso a una vivienda digna, educación y empleo estable; asimismo implica una pérdida constante de redes y apoyos sociales y afectivos. Un pequeño déficit en alguno de estos aspectos puede estar potenciando déficits posteriores, y así se introducen en una espiral de expulsión que les aleja continuamente de los espacios de integración. En esta espiral se crean escenarios donde parece que existe un no retorno al establecimiento de lazos sociales y culturales, se trata de densas barreras que les impiden beneficiarse de los bienes económicos y sociales, de igual manera, que lo hace la población «normalizada».

La entrada en la espiral de la exclusión imprime una huella, la de la estigmatización, la señalización del que está más allá del margen, del que está *fuera* y no participa de la sociedad, del que ya no posee una identidad social y se siente despojado de sus derechos como ciudadano y se encuentra demasiado alejado de los factores esenciales de ciudadanía social<sup>4</sup>.

Todo este entramado de carencias, barreras, fronteras y espirales... conforman las diferentes dimensiones de la exclusión, creando problemáticas que se retroalimentan y enquistan la propia situación de exclusión obstaculizando las posibilidades e intentos de integración de las personas que padecen esta situación.

---

<sup>4</sup> TEZANOS, J. F. *op. cit.*, págs.11-50. Concepto de H. MARSHALL analizado por J. F. TEZANOS EN el que la conquista de la ciudadanía social no sólo implica derechos civiles y políticos, sino también «todo ese espectro que va desde el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad, al derecho a participar plenamente del patrimonio social y vivir la vida de un ser civilizado de acuerdo a los estándares predominantes en la sociedad». «Las instituciones conectadas más directamente con ello —añadirá— son el sistema educativo y los servicios sociales».

## EXCLUSIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL

En páginas anteriores nos hemos aproximado al complejo fenómeno de la exclusión social, sin embargo la investigación que nos ocupa versa sobre exclusión social y salud mental. Entendiendo como salud mental el equilibrio de las relaciones entre un individuo, su grupo social y todo su entorno. No hace falta volver a recordar el concepto de exclusión social para que podamos entender la interrelación existente entre los dos conceptos, y la interdependencia de los diferentes componentes con las situaciones de empleo, afectividad, vivienda, autoestima...

Para la OMS las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales a la pobreza. Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo<sup>5</sup>.

No es baladí, por tanto, intentar analizar la salud mental de la población excluida, ya existen algunos precedentes más cercanos, en Madrid, sobre todo centrados en las personas sin hogar, como colectivo que pudiera estar sufriendo el mayor grado de exclusión. No obstante, el presente estudio además de reflejar la situación de las personas situadas más allá de la frontera social denominada de la «inclusión», pretendemos reflejar el escenario que comparten esas personas con las que se sitúan en la frontera, es decir, en la franja virtual del riesgo en exclusión o situación de alta vulnerabilidad.

---

<sup>5</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.

Según el estudio realizado en Madrid por Muñoz, Vázquez y Cruzado sobre personas sin hogar y salud mental, obtuvieron que el 37% de las personas entrevistadas sufría un trastorno depresivo, el 6% deterioro cognitivo y un 4% sufre esquizofrenia<sup>6</sup>. Estos datos no hacen sino reforzar nuestro punto de partida, la relevancia de analizar las situaciones de exclusión social y salud mental de las personas que se encuentran en esta situación porque son procesos independientes, pero de alguna forma conectados.

De hecho las intervenciones dirigidas a la inserción social de las personas en exclusión señalan que existe, al menos, un elemento que obstaculiza el trabajo y es el de cierto deterioro mental que, en muchas ocasiones no está diagnosticado, y alude tanto a situaciones anteriores como a situaciones que vive y que le generan ese deterioro.

De lo que intentaremos dar cuenta en las páginas siguientes es que la experiencia de la exclusión añade situaciones altamente estresantes, que las situaciones a las que se exponen no pueden hacer sino reforzar una patología existente o desencadenar otras. En realidad, son situaciones y procesos independientes que se retroalimentan, es decir, la incapacitación que puede provocar, en un momento dado, la enfermedad mental puede estar agravando una situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. Además, siempre debemos tener muy presente que estamos hablando de situaciones multidimensionales y por lo tanto, de múltiples problemáticas con altos niveles de malestar, donde la enfermedad mental puede ya estar presente, puede agravarse o comenzar.

#### CIRCULO VICIOSO DE LA POBREZA Y LOS TRASTORNOS MENTALES



FUENTE: Informe sobre la salud en el mundo 2001. OMS.

<sup>6</sup> MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C., VÁZQUEZ, J. J. *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Ed. Témpora. Madrid, 2003.

En este sentido, la asesora de programas de igualdad de oportunidades del Área de Promoción Económica de la Diputación Económica de la Diputación de Barcelona Gloria Wilhelmi, asegura que las teorías contra la exclusión parten de la idea de combatir, primero, el mito de la incapacidad y desenmascara así la estigmatización como un atentado contra derechos fundamentales<sup>7</sup>.

Por otra parte, somos conscientes de la dificultad del tema objeto de estudio, la dificultad de aproximarnos e introducirnos en situaciones tan diferentes, sin esperar que no se nos escape algún matiz de realidades tan diversas y complejas.

Intentaremos analizar si en el proceso de exclusión existen elementos que favorecen el deterioro mental y la enfermedad mental. Asimismo veremos, si una vez instalados en la espiral de exclusión parece que las situaciones que han vivido y las que viven no hacen más que favorecer la retroalimentación de los procesos de deterioro mental; y si además la propia situación de exclusión refuerza, alimenta o favorece el deterioro mental o los posibles problemas de salud mental, y cómo puede suponer un serio freno a los intentos de inserción social.

---

<sup>7</sup> LORENTE, E. «La exclusión laboral de los enfermos mentales». *El País*, 11 mayo de 2004.



**FASE I**

**ANÁLISIS SOBRE LA SALUD MENTAL  
EN LA EDDDES**

## I. INTRODUCCIÓN

La primera fase de la investigación tiene como objetivo prioritario, la descripción general de la población madrileña afectada por enfermedad mental (EM) y la profundización en aquellos rasgos que pudieran indicar una situación de exclusión social. Para alcanzar este objetivo, se ha trabajado en el análisis de los datos que sobre salud mental se encontraban presentes en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES)<sup>8</sup> de 1999. La EDDES constituye la fuente estadística más reciente, completa y fiable sobre salud y discapacidad.

La EDDES aporta información sobre diferentes planos relacionados con la salud, entre otros, permite la distinción de la población afectada por distintas deficiencias, entre ellas, a las personas afectadas por deficiencias mentales y más concretamente, a aquellas que se ven aquejadas por problemas de salud mental.

El criterio que se ha seguido para identificar el colectivo de la investigación, ha sido el seleccionar como **población objetivo solamente a aquellas personas que tienen una enfermedad mental diagnosticada y que residen en la Comunidad de Madrid**; no se ha incluido, por tanto, aquellas que de forma subjetiva crean o consideran que puede padecer EM, pero que no cuenten con una certificación médica.

Cuando en las sucesivas páginas hablemos de la población con enfermedad mental («Población con EM»), nos estaremos refiriendo sola y exclusivamente a aquella población que reside en la Comunidad de Madrid y que sufre una enfermedad mental y ésta le ha sido diagnosticada de manera oficial. En los capítulos siguientes será relativamente frecuente contrastar la información de la población investigada con dos colectivos de interés: por un lado, la población que sufre cualquier tipo de discapacidad, pero que no le ha sido diagnosticada una enfermedad mental, a la que se le denomina como «Población discapacitada, no EM»; y por otro lado, la «Población sin discapacidad». Toda la información que se ofrece ha sido extraída de la EDDES, a través de la explotación estadística de los microdatos del módulo de discapacidad.

---

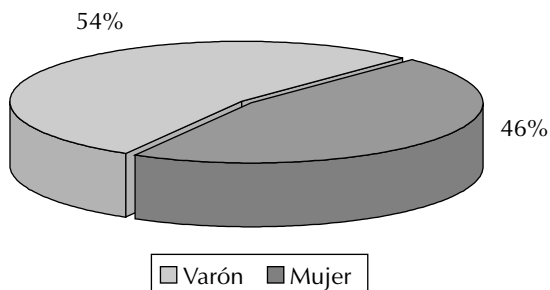
<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. Microdatos. Madrid, 1999.

## 2. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Aproximadamente, 16.700 personas de la Comunidad de Madrid tienen diagnosticada una enfermedad mental (EM). El 26% de las personas que han sido diagnosticadas de enfermedad mental, no solo padecen la deficiencia origen de su enfermedad, sino que sufren alguna otra deficiencia añadida.

Por otra parte, si pasamos de las deficiencias a las discapacidades, que son las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona, encontramos que por término medio cada persona con EM se encuentra afectada por nueve discapacidades relativas a actividades de la vida diaria; principalmente de las siguientes categorías: comunicarse, aprender y desarrollar tareas, desplazarse fuera del hogar y de relación con otras personas. De hecho, aproximadamente dos terceras partes de la población con EM posee el certificado de minusvalía

GRÁFICO 1  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN GÉNERO.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999



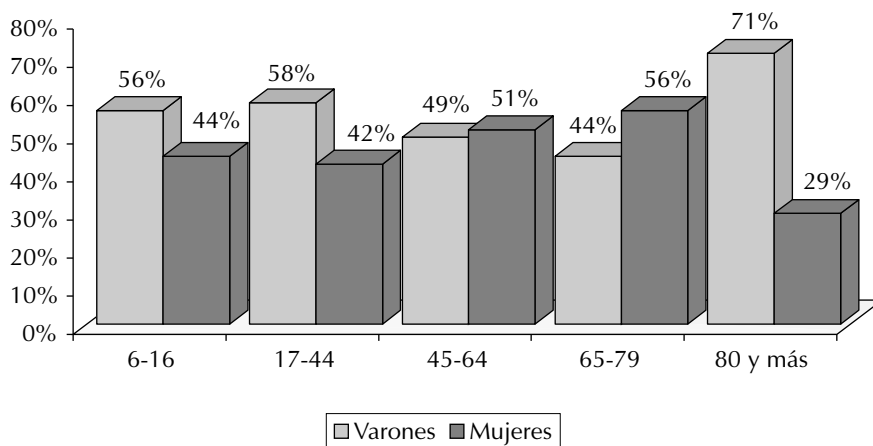
Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Entre las personas con EM que forman parte de nuestro estudio, se da una mayor proporción de varones, que de mujeres.

Es una población relativamente joven, con una edad media de 46 años.

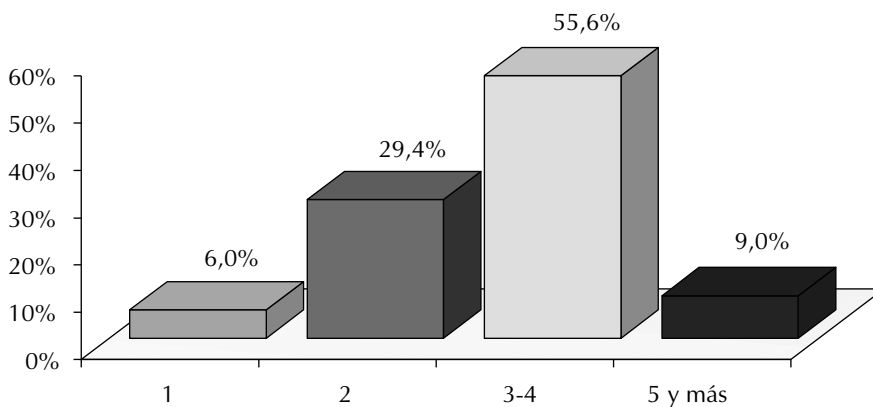
Existe un desequilibrio en la distribución por **edad y género** que se refleja en una mayor presencia de varones en las edades más jóvenes (de 6 a 44 años), y un mayor peso de las mujeres en edades comprendidas entre los 45 y los 79 años.

GRÁFICO 2  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN EDAD Y GÉNERO.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

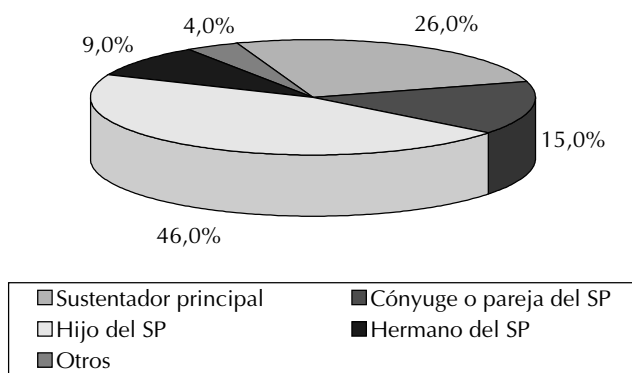
GRÁFICO 3  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS  
QUE COMPONEN EL HOGAR. COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Los hogares en los que residen las personas con EM, tienen una dimensión media de 3 miembros, son muy pocas las personas que viven solas (6%) y la mayor parte de los hogares, aproximadamente el 56%, están compuestos por 3 y 4 personas.

GRÁFICO 4  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN RELACIÓN DE PARENTESCO  
CON EL SUSTENTADOR PRINCIPAL.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Casi la mitad de las personas con EM, residen con alguna figura paterna, es decir, son los hijos del **sustentador principal**. El siguiente grupo en importancia, un 26%, es el de las personas con EM que son los sustentadores principales.

Destacan dos datos en la dimensión del **estado civil**, por un lado la proporción de personas solteras es alta (58%), y por otro, existe un elevado porcentaje de personas separadas o divorciadas (8%).

En cuanto al **nivel de estudios**, conviene destacar que la tasa de analfabetismo es notablemente alta, cercana al 44%, y con una buena parte de analfabetismo absoluto. Como contrapunto, son relativamente pocas las personas que realizan estudios secundarios, y aún menos las que acceden a estudios universitarios. Por lo que respecta a la formación complementaria a la que han accedido, cabe destacar que casi el 10% ha realizado o realiza cursos de formación ocupacional.

Una buena parte de la población con EM se declara como incapacitada para trabajar; la mayoría, el 44%, es perceptora de alguna pensión de invalidez, por lo que la **población activa**, queda notablemente reducida y no alcanza ni el 10% del conjunto. Dentro de la población ocupada, se registra un alto índice de temporalidad en el empleo, el 35% de los ocupados tienen contratos eventuales.

Esta tasa de actividad tan exigua, se encuentra estrechamente relacionada con la discapacidad inherente a la enfermedad del colectivo estudiado. Buena prueba

de este hecho es que el 25% de las personas con EM han visto como ha cambiado su relación con la actividad económica por motivo de la discapacidad. En la mayoría de los casos, este cambio ha supuesto el paso de ser una población ocupada a percibir una pensión por invalidez.

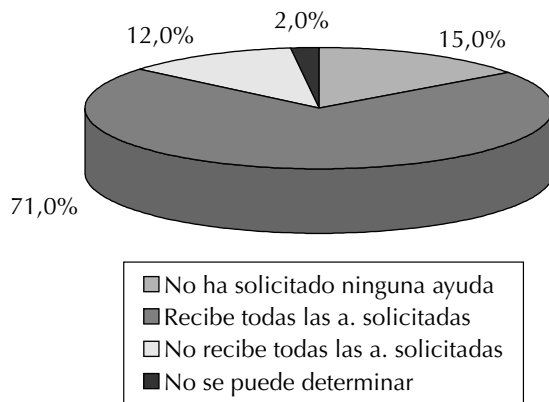
La patente inactividad entre las personas con EM encuentra un reflejo perfecto en la **fuentes principal de ingresos regulares** de los hogares, de hecho, casi el 60% de éstos tienen pensiones como fuente principal de ingresos.

La media de ingresos mensuales por hogar y mes de la población con EM es muy baja, aproximadamente 910 €, apenas alcanza el 60% de los ingresos mensuales de los hogares de la población general de la Comunidad de Madrid. Conviene destacar que la mitad de las familias disponen de menos de 780 € de ingresos mensuales.

En cuanto a los **ingresos mensuales** por persona, se mantienen los indicadores negativos, la media es de 310 €, encontrándose más del 66% de la población por debajo de esta media.

Ya se ha comprobado la alta dependencia que esta población tiene de los recursos del sistema de asistencia social, de hecho, el 63% de la población con EM recibe o ha recibido algún tipo de ayuda económica o beneficios fiscales por motivos de discapacidad. En cualquier caso, la demanda es amplia y diversa, y todavía hoy no se satisface por completo.

GRÁFICO 5  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN SATISFACCIÓN  
EN LA DEMANDA DE AYUDAS. COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

El 85% de la población con EM ha solicitado alguna ayuda. La mayor parte de los que han solicitado algún tipo de ayuda, las recibe, aunque un 12% del conjunto, no recibe todas las ayudas solicitadas.

### 3. *ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL*

Una de las hipótesis iniciales planteadas para esta investigación es que la población con EM sufre, de manera especial, el fenómeno de la exclusión social. Dicho de otra manera, se pretende validar o refutar la idea de que la proporción de exclusión social entre las personas con EM, resulta muy superior a la proporción de exclusión social que registra la población sin EM.

Pero en el desarrollo del planteamiento metodológico, nos encontramos con dificultades añadidas, por ejemplo, la posibilidad de que la exclusión social fuera un fenómeno igual de operante en población con EM y en población con otra discapacidad distinta de ésta.

Por los motivos expuestos se ha hecho necesario, el análisis comparado de la población con EM, con la población con discapacidad distinta de la EM, y con la población sin discapacidad.

En las páginas siguientes se exponen las principales características demográficas:

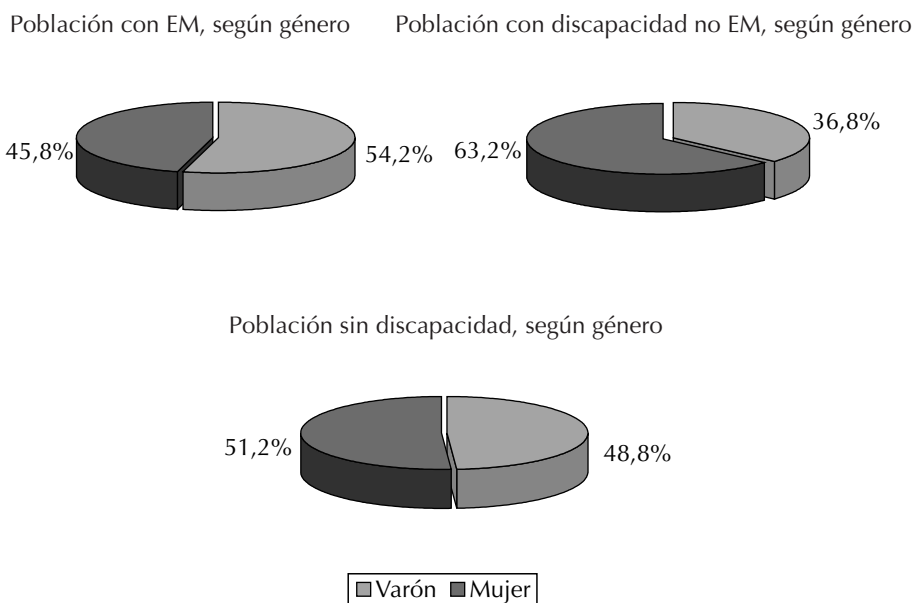
- Género.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel de estudios.
- Relación con la actividad económica.
- Posesión del certificado de minusvalía.
- Fuente principal de ingresos monetarios regulares.
- Ingresos económicos mensuales por hogar.
- Ingresos económicos mensuales por persona.

En las variables expuestas se presentan los datos de los tres colectivos comparados y se persigue la identificación de indicadores que pudieran ser importantes para determinar la validez de la hipótesis inicial.

## GÉNERO

El 54% de las personas con EM son varones y el 46% mujeres. Si contrastamos la variable género en función de otros dos colectivos, el de personas con discapacidad distinta de la enfermedad mental, y el de personas sin discapacidad; los resultados son los que se aprecian a continuación.

GRÁFICO 6  
POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM  
Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN GÉNERO.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

La distribución de género de la población con EM se asemeja más a la de la población sin discapacidad, existiendo diferencias importantes con respecto a la población con discapacidad no EM, en este último colectivo las mujeres representan casi dos tercios de la población, el 63%.

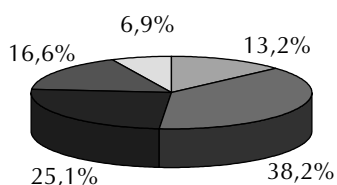
## EDAD

La población con EM es relativamente joven, su edad media es de 46 años, 18 años por debajo de la edad media de las personas con otro tipo de discapacidad (64 años), y sensiblemente más alta que la de la población sin discapacidad (39 años).

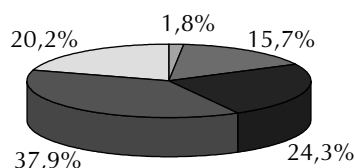


GRÁFICO 7  
POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  
NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN EDAD.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999

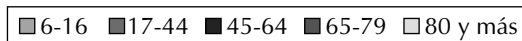
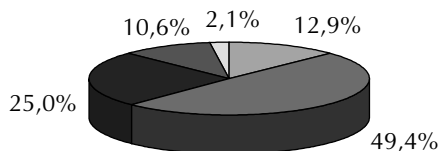
Población con EM, según edad



Población con discapacidad no EM, según edad



Población sin discapacidad, según edad



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

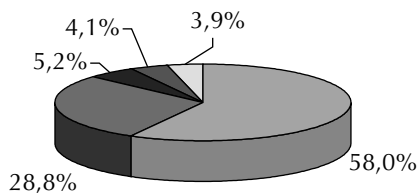
Las personas afectadas por EM pertenecen a edades bastante más jóvenes que aquellas que tienen otro tipo de discapacidad. Sirva como ejemplo, que el 51% de la población con EM tiene entre 6 y 44 años, y sólo el 17% de la población con otra discapacidad se encuentra en ese mismo tramo de edad.

## ESTADO CIVIL

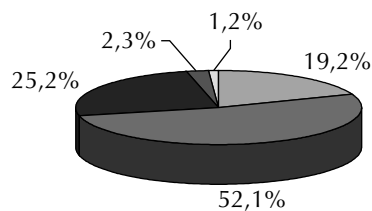
El 29% de las personas con EM se encuentran casadas. Un alto porcentaje de esta población es soltera (58%), al mismo tiempo, que existe una tasa de población separada-divorciada (8%) notablemente superior a la media poblacional.

GRÁFICO 8  
 POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  
 NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL.  
 COMUNIDAD DE MADRID, 1999

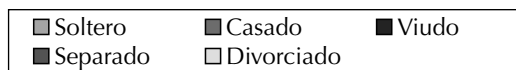
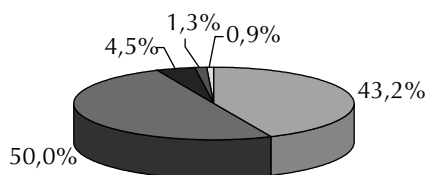
Población con EM, según estado civil



Población con discapacidad,  
 no EM según estado civil



Población sin discapacidad, según estado civil



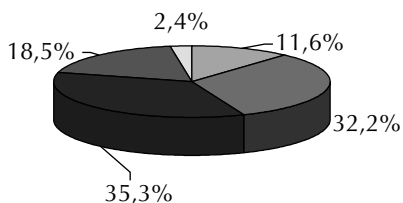
Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

## NIVEL DE ESTUDIOS

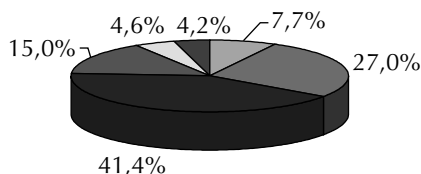
El nivel de estudios de la población con EM es comparativamente el más bajo de los tres colectivos contrastados. La tasa de analfabetismo es alta (12%) y la población sin estudios es numerosa. En conjunto, el 44% de las personas con EM carece de estudios primarios.

GRÁFICO 9  
POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  
NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999

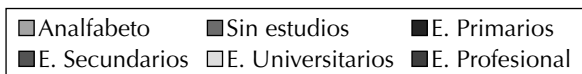
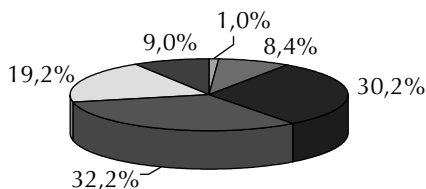
Población con EM, según nivel de estudios



Población con discapacidad no EM, según nivel e estudios



Población sin discapacidad, según nivel de estudios



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

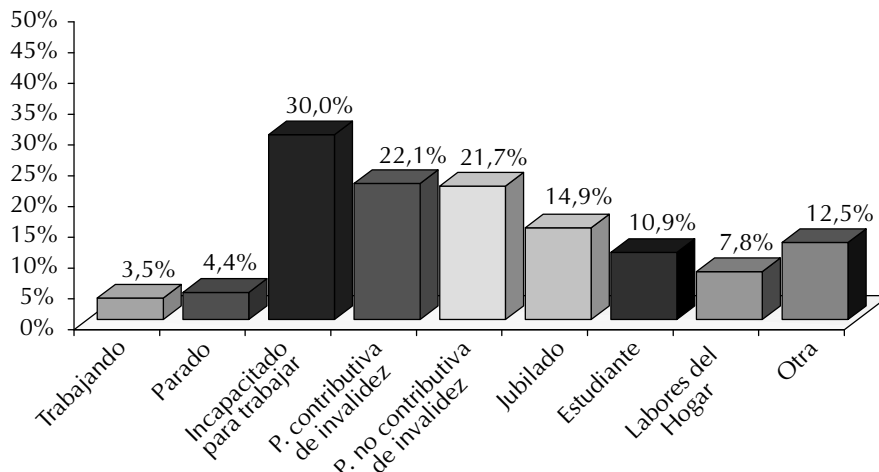
El nivel de estudios entre las personas con EM es inferior al que se registra entre la población con discapacidad no EM, colectivo en el que el analfabetismo, aún siendo importante, es más bajo, o en el que la población sin estudios también es más baja.

Sólo el 2% de las personas con EM ha cursado estudios universitarios, mientras que sí lo ha hecho el 5% de las personas con discapacidad de otro tipo, y el 19% de la población sin discapacidad.

## RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

Poco más de un 3% son las personas con EM que declaran estar trabajando, la gran mayoría se declara como incapacitado para trabajar (30%) y/o afirma estar recibiendo una pensión de invalidez (44%). Un 4% se encuentra en situación de desempleo y un 11% se encuentra realizando estudios.

GRÁFICO 10  
POBLACIÓN CON EM, SEGÚN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999



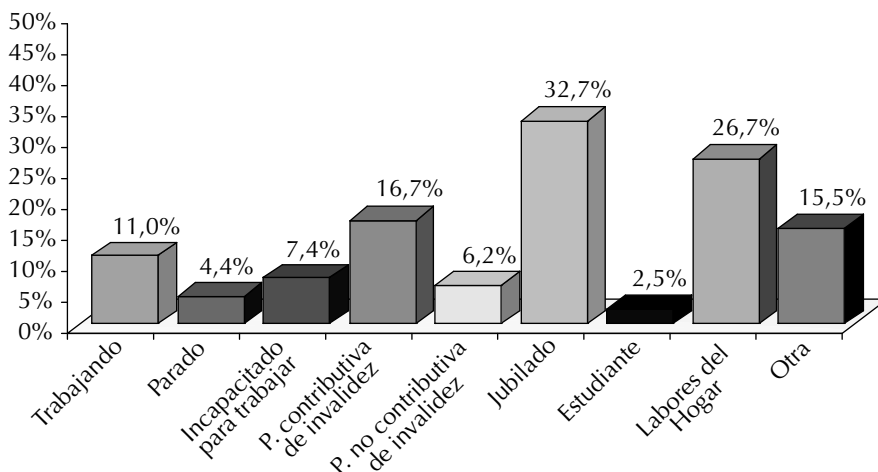
Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Las diferencias entre las personas con EM y el resto de la población discapacitada son importantes; el porcentaje de población con EM ocupada es del 3%, frente al 11% de las personas con otra discapacidad. Un fenómeno igual de preocupante se produce entre la población que se encuentra incapacitada para trabajar, el 7% de las personas con otras discapacidades, y el 30% entre la población con EM.

Los datos son ampliamente distintos en cuanto a la percepción de pensiones de invalidez, donde el colectivo de personas con EM registra tasas muy altas, especialmente en el apartado de pensiones de invalidez no contributivas. La proporción de personas en ambos colectivos que se encuentran en situación de desempleo es exactamente igual.

Si sumamos las personas que trabajan y aquellas que se encuentran desempleadas, obtenemos una aproximación a la población activa, que para las personas con EM sería del 8% y para el resto de la población discapacitada del 15%.

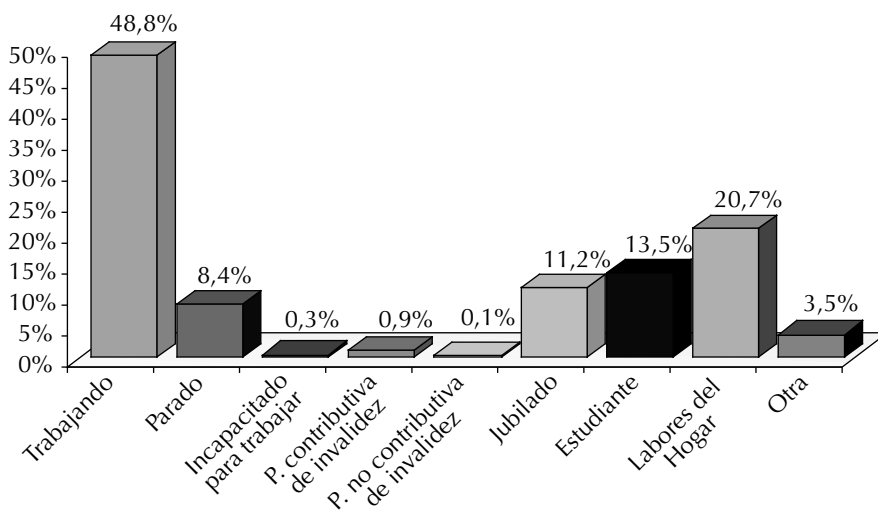
GRÁFICO 11  
POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM, SEGÚN RELACIÓN  
CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA. COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Si los datos sobre población activa eran notablemente distintos entre uno y otro colectivo de personas discapacitadas, el contraste con la población sin discapacidad es muy significativo. Mientras que adscribimos al 57% de la población sin discapacidad, como población activa, sólo podemos hacer lo mismo, con el 8% de las personas con EM.

GRÁFICO 12  
POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD  
ECONÓMICA. COMUNIDAD DE MADRID, 1999

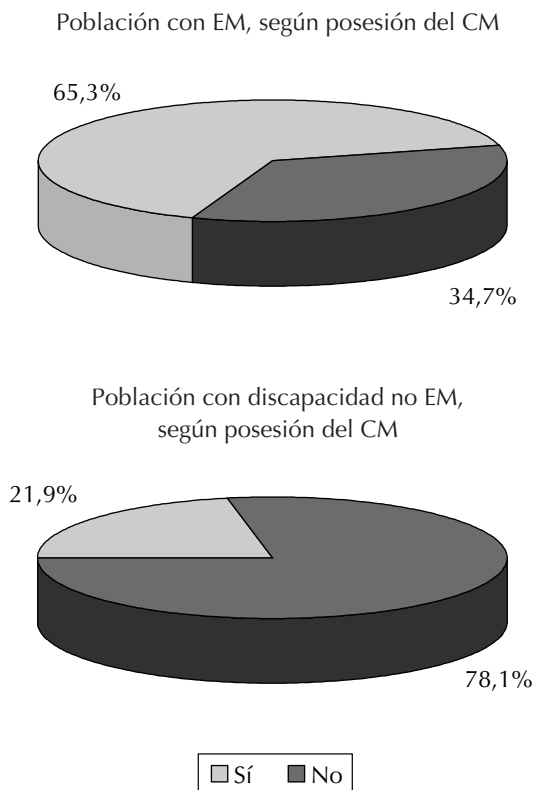


Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

## POSEE CERTIFICADO DE MINUSVALÍA

La posesión del certificado de minusvalía (CM) es mucho más frecuente entre las personas con EM, que entre el resto de la población discapacitada. De hecho, casi dos tercios de las personas con EM lo tienen, mientras que sólo una quinta parte del resto de población discapacitada lo posee.

GRÁFICO 13  
POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM, SEGÚN POSESIÓN DE CERTIFICADO DE MINUSVALÍA. COMUNIDAD DE MADRID, 1999



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

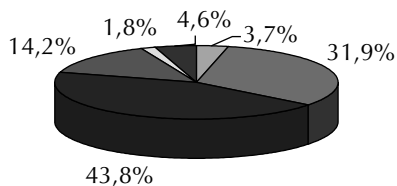
## FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS MONETARIOS REGULARES

Existe una alta dependencia económica de las pensiones entre las personas con EM, ya que éstas son la fuente principal de ingresos para el 58% de los hogares de la población con EM. Las rentas del trabajo constituyen la principal fuente de ingresos para el 36% de estos hogares.

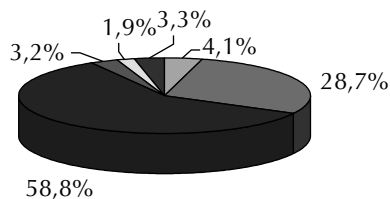
GRÁFICO 14

POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS.  
COMUNIDAD DE MADRID, 1999

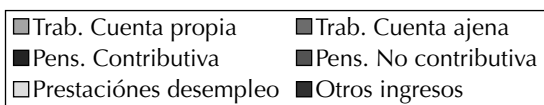
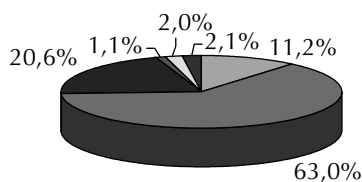
Población con discapacidad según fuente de ingresos



Población con EM según fuente principal de ingresos



Población no discapacitada según fuente principal de ingresos



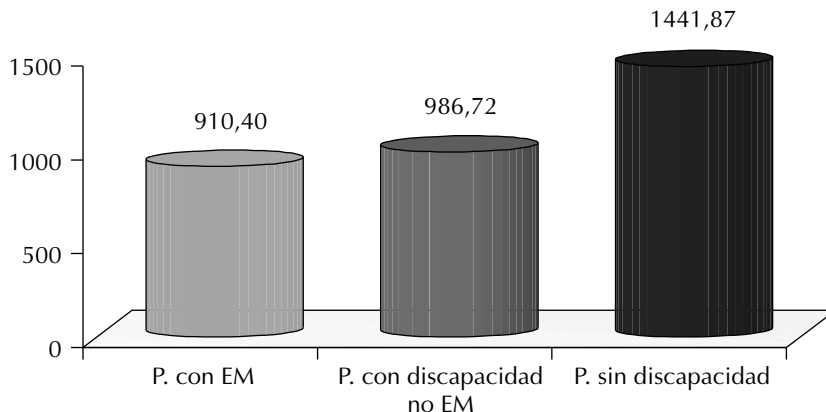
Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

La dependencia económica de las pensiones es un fenómeno común al colectivo de personas con discapacidad, pero encuentra un matiz diferenciador al haber mayor dependencia de las pensiones no contributivas por parte de la población con EM.

## INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES

Los ingresos mensuales en hogares de personas con EM apenas alcanza el 63% de los ingresos medios mensuales de los hogares de la población sin discapacidad. La media de ingresos mensuales por hogar para cada uno de los tres colectivos referidos es la siguiente:

GRÁFICO 15  
 INGRESOS MEDIOS MENSUALES POR HOGAR DE LA POBLACIÓN CON EM,  
 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD.  
 COMUNIDAD DE MADRID, 1999 (EN EUROS)

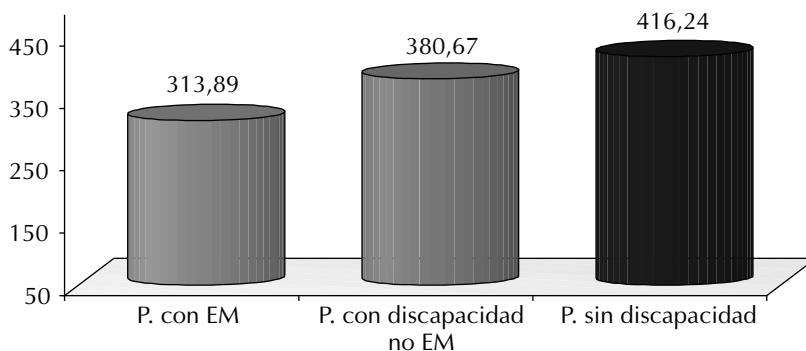


Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Las diferencias entre los ingresos por hogar dentro de la población discapacitada también deben contemplarse. Los hogares de las personas con EM registran ingresos de hasta un 8% más bajos que los de las personas con otra discapacidad.

Los ingresos mensuales por hogar no son suficientemente explicativos, ya que existen notables diferencias en el tamaño de los hogares de los tres colectivos comparados; por esto, se hace necesario conocer los ingresos medios mensuales por persona.

GRÁFICO 16  
 INGRESOS MEDIOS MENSUALES POR PERSONA DE LA POBLACIÓN CON EM,  
 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD.  
 COMUNIDAD DE MADRID, 1999 (EN EUROS)



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

La desigualdad en los ingresos económicos se encuentra patente y aún más agravada en el análisis de los ingresos mensuales por persona.



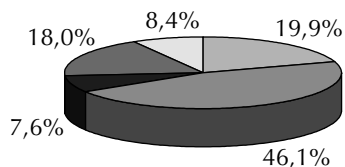
La distancia con respecto a las personas sin discapacidad es algo inferior que en el apartado de ingresos del hogar; sin embargo, existe una mayor desigualdad con respecto a las personas con otro tipo de discapacidad; de hecho los ingresos de las personas con EM alcanzan escasamente el 82% de los ingresos medios de las personas con discapacidad distinta de la enfermedad mental.

Los niveles de ingresos medios por persona y mes son suficientemente explicativos, aunque conviene observar la misma información según intervalos de ingresos, como se representa en los siguientes gráficos.

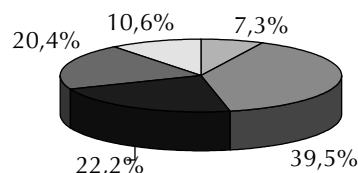
GRÁFICO 17

POBLACIÓN CON EM, POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD NO EM Y POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD, SEGÚN INGRESOS MENSUALES POR PERSONA. COMUNIDAD DE MADRID, 1999

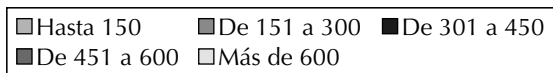
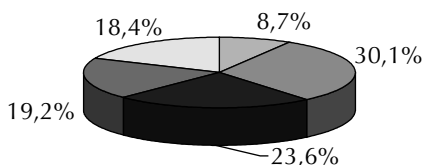
Población con EM, según Ingresos mensuales por persona



Población con discapacidad no EM, según Ingresos mensuales por persona



Población sin discapacidad, según Ingresos mensuales por persona



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

El 20% de la población con EM, dispone de ingresos inferiores a 150 € por persona y mes. Situación que afecta aproximadamente al 8% de las personas con discapacidad que no padecen enfermedad mental y de la población sin discapacidad.

Si estudiamos a la población con ingresos económicos que no superan los 300 €, las diferencias entre los colectivos estudiados se tornan aún más reveladoras; sufren esta situación el 39% de las personas sin discapacidad, el 47% de la población con discapacidad no EM, y el 66% de las personas con EM.

#### 4. *RASGOS DE EXCLUSIÓN ENTRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL*

El análisis comparativo ha demostrado de forma clara y precisa, cómo las personas que padecen una enfermedad mental sufren unas condiciones de vida bastante peores que la población sin discapacidad y la población con discapacidad distinta de la EM.

Se confirma, por tanto, la hipótesis inicial que proponía la existencia de una relación fuerte entre el hecho de padecer una enfermedad mental y encontrarse en situación de vulnerabilidad o exclusión social. Podemos concluir que un porcentaje relativamente alto de personas con EM son población excluida o en alto riesgo de exclusión social. A la vez que resulta ampliamente contrastado que la exclusión social afecta en mayor medida a la población con EM, que a la población con discapacidad distinta de la EM y que a la población sin discapacidad.

Existen varios rasgos, claramente definitorios del fenómeno de la exclusión entre las personas con enfermedad mental.

##### **NIVEL DE ESTUDIOS**

El nivel de estudios es una variable con gran fuerza explicativa en el terreno de la exclusión, por cuanto limitadora o impulsora resulta la formación, tanto en los niveles más básicos, imprescindibles para desenvolverse en la sociedad actual, como en el nivel de la formación orientada al desempeño de una actividad laboral determinada.

Una tasa de analfabetismo cercana al 44% y una población con estudios secundarios o superiores que apenas roza el 21%, configuran uno de los rasgos más claros de la exclusión social que experimenta esta población.

##### **RELACION CON LA ACTIVIDAD ECONOMICA**

La población activa apenas llega al 8%, dentro de esta escasa población activa, existe una tasa de paro superior al 55%. En términos globales, más del 90% de la población es inactiva y sólo el 3,5% de toda la población está ocupada.

Un 30% de la población con enfermedad mental se declarara como incapacitada para trabajar, y un 15% se encuentra ya jubilada; de los restantes, muy pocos son los que trabajan, algunos más los que desean trabajar pero no lo consiguen, y la mayoría, los desalentados que perciben una pensión y observan la falta de oportunidades reales para desempeñar un trabajo.

Un nuevo rasgo de exclusión social, quizás el más determinante e influyente, puesto que resulta difícil conseguir la integración social, sin que previamente se haya avanzado en una integración laboral real.

## **FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS MONETARIOS**

Si consideramos el hecho de que casi el 60% de los hogares tiene como fuente principal de ingresos monetarios las pensiones, y el 14% cuenta con una pensión no contributiva como su mayor fuente de ingresos, nos encontramos con un rasgo más de exclusión social.

Un rasgo que presenta dos caras, de un lado, la fuerte dependencia que la mayor parte de la población tiene de las pensiones, y de otro, los escasos ingresos económicos que posee el 14% de hogares que como fuente principal de ingresos tiene una pensión no contributiva.

## **INGRESOS ECONOMICOS**

Los ingresos por hogar entre la población con EM distan mucho de los valores medios que se registran en la población general, una tendencia que permanece igual en cuanto a los ingresos por persona y mes.

Aproximadamente el 66% de la población con EM, dispone de menos de 301€ al mes. Dicho de otro modo, más de las dos terceras partes de la población con EM se encuentra por debajo del umbral de la pobreza.

El nivel de ingresos, por tanto, se demuestra como un rasgo más de exclusión social, pero definitivo en la medida en que mantiene a casi siete de cada diez personas viviendo en la pobreza.

**FASE II**

**SONDEO A LA POBLACIÓN  
EXCLUIDA DE LA DIÓCESIS  
DE MADRID**

## I. INTRODUCCIÓN

Los objetivos más importantes de esta segunda fase son: el estudio de las características sociodemográficas de la población excluida y el conocimiento del estado de salud mental, a través de diferentes dimensiones, de dicha población.

La hipótesis de partida que ha alumbrado todo el proceso investigador es que la población excluida de la Diócesis de Madrid puede registrar problemas de salud mental.

Para el contraste de la hipótesis inicial, así como para la consecución de los objetivos principales se ha diseñado un sondeo a la población excluida de la Diócesis de Madrid, cuyas características metodológicas se resumen a continuación.

### FICHA TÉCNICA

Ámbito de la investigación:

- La Diócesis de Madrid está compuesta por los 21 distritos del municipio de Madrid, así como por todos los municipios de la zona norte y noroeste de la Comunidad de Madrid.

Universo:

- Se ha considerado población objetivo de la investigación al conjunto de personas que se encuentran en exclusión social o en riesgo de exclusión social. Se desconoce el tamaño del universo.

Muestra:

- Se han realizado un total de 223 encuestas.

Margen de error:

- El margen de error no se puede calcular, por desconocimiento del universo de la investigación.
- Simulando la más desfavorable de las situaciones, es decir, que el universo fuera infinito ( $N > 100.000$  habitantes), el máximo margen de error posible del conjunto es de + 6,5% con un nivel de confianza del 95,5% y para  $p=q$ .

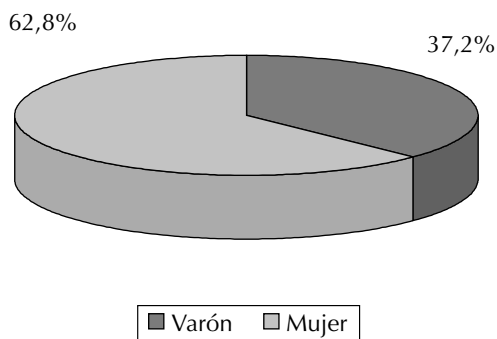
#### Trabajo de Campo:

- El trabajo de campo se ha desarrollado entre el 1 de marzo y el 1 de abril de 2004.
- En los días previos al lanzamiento del trabajo de campo, se realizó un Pretest (8 encuestas) con el objetivo de comprobar el buen funcionamiento del cuestionario y poder subsanar las posibles dificultades que se detectaran.
- El trabajo de campo ha sido realizado por personal de Cáritas y por especialistas de EDIS, S.A.
- El trabajo de campo ha contado con el apoyo de los diferentes centros y vicarías de la Diócesis de Madrid, así como con la inestimable ayuda del Instituto de Realojo e Inserción Social de la Comunidad de Madrid.
- El perfil de la muestra realizada se ha caracterizado por la heterogeneidad y por la diversidad de las personas entrevistadas. Las 223 entrevistas se han distribuido entre diferentes «colectivos» de población excluida: población vulnerable, población que participa en programas de integración social, población solicitante de ayuda social, población víctima de malos tratos, población residente en infravivienda, población sin techo, población drogodependiente, población que ejerce la prostitución, población sin recursos económicos, etc.

## 2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Para aproximarnos a la población objeto de estudio necesitamos saber de quién estamos hablando. Para ello, debemos establecer una relación con la información obtenida que nos permita realizar un retrato de este colectivo en todas sus dimensiones. Esto significa que, lo primero que abordaremos serán los aspectos socio-demográficos más relevantes como género, edad, nivel de estudios y lugar de origen.

GRÁFICO 1  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO



La distribución por género de la población entrevistada nos muestra que la gran mayoría son mujeres, y algo más de un tercio son varones.

La media de esta población es muy cercana a los 40 años; y si atendemos a la media de edad de varones y mujeres vemos que la de los varones es sensiblemente más alta, 42 años, mientras que la de las mujeres es de 38 años.

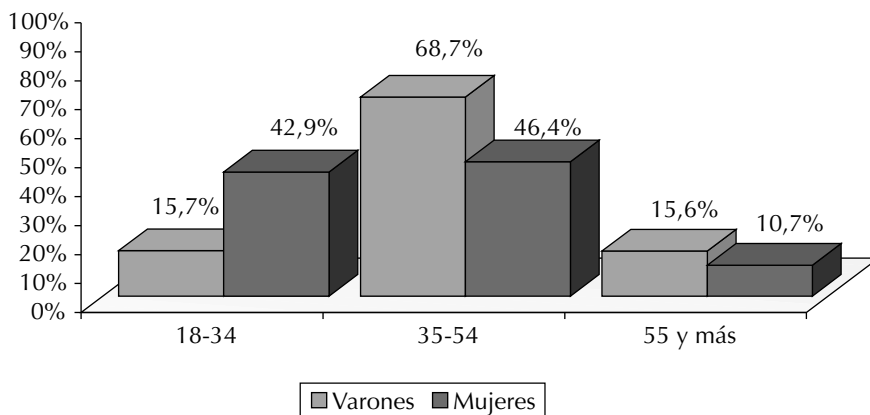
TABLA 1  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

Distribución por edad	%
De 18 a 24	8,1
De 25 a 34	24,7
De 35 a 44	38,6
De 45 a 54	16,0
55 y más	12,6
<b>Total</b>	<b>100</b>

Por otra parte, no podemos hablar de un grupo de edad en el que se concentre gran parte de la población entrevistada, ya que se dispersa entre los diferentes tramos de edad. No obstante, sí podemos ver que más de un tercio de esta población se sitúa en el intervalo de 35 a 44 años. Además, la mayoría de las personas (el 71%) no supera los 45 años.

La distribución según género y edad aporta un dato relevante, la mayoría (el 43%) de la población femenina entrevistada se concentra principalmente en el intervalo de 18 a 34 años; mientras que sólo pertenece a ese grupo de edad el 15% de los varones.

GRÁFICO 2  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y GÉNERO



La tasa de analfabetismo de la población entrevistada es muy alta, por encima del 20%. Dentro de esta tasa de analfabetismo nos encontramos con que el 13% de las personas entrevistadas son analfabetas absolutas y el 8% analfabetas funcionales. Si a ello le añadimos el 20% de personas que no finalizaron los estudios primarios, obtenemos que un 41% de las personas entrevistadas tiene una escasez de formación reglada importante.



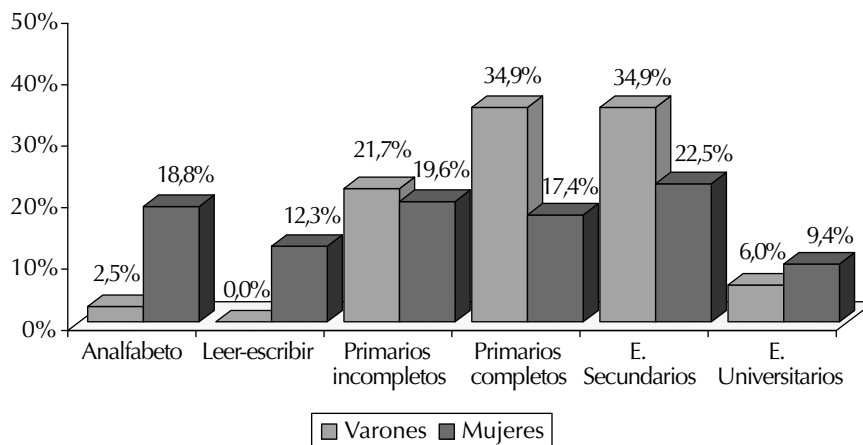
TABLA 2  
POBLACIÓN ENTREVISTADA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS

Estudios Terminados	%
Analfabeto/a	<b>12,7</b>
Leer-escribir	<b>7,7</b>
Primarios incompletos	<b>20,4</b>
Primarios completos	24,0
Secundarios	27,1
Diplomatura	3,6
Licenciatura	4,5
<b>Total</b>	<b>100</b>

En cuanto al resto del colectivo que sí finalizó algún tipo de enseñanzas regladas, el 59%; cabe señalar que el 24% ha completado los estudios de Educación Primaria y el 27% los de Educación Secundaria. Por último, y más alejados, se sitúan los que han finalizado Estudios Universitarios (el 8%).

Los datos obtenidos respecto al nivel de estudios, en varones y mujeres, nos muestran que la mitad de estas mujeres (el 50%) no tiene ningún tipo de estudios finalizados y un tercio de las mismas son analfabetas absolutas y/o funcionales.

GRÁFICO 3  
NIVEL DE ESTUDIOS SEGÚN GÉNERO



A diferencia de la alta tasa de analfabetismo advertida entre las mujeres, ésta apenas alcanza el 3% entre los varones. Las cifras también marcan diferencias importantes entre aquellas personas que no han concluido ningún tipo de enseñanzas regladas, el 24% entre los varones, y algo más del 50% entre las mujeres.

Respecto al lugar de origen del colectivo entrevistado, conviene distinguir dos segmentos: autóctonos y extranjeros. Al primer segmento, autóctonos, pertenecen las personas cuyo origen es Madrid y/u otra Comunidad Autónoma; éstos son la mayor parte de la población entrevistada, el 68%.

TABLA 3  
POBLACIÓN ENTREVISTADA SEGÚN LUGAR DE ORIGEN

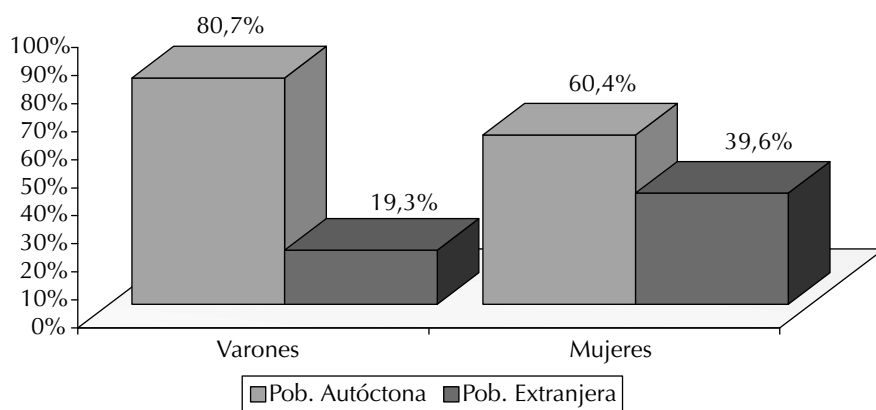
Origen	%
Madrid	<b>44,6</b>
Otra Comunidad Autónoma	<b>23,4</b>
Extranjero con permiso de residencia	20,3
Extranjero en trámite	5,4
Extranjero sin permiso	6,3
<b>Total</b>	<b>100</b>

Al segundo segmento, extranjeros, pertenecen el 32% de los entrevistados. Dentro de este grupo podemos distinguir que:

- El 63% son extranjeros con permiso de residencia.
- El 17% son extranjeros que han solicitado el permiso de residencia.
- El 20% son extranjeros sin permiso de residencia.

Si observamos en detalle la procedencia de las mujeres entrevistadas, vemos que más de la mitad son autóctonas y el 40% restante extranjeras.

GRÁFICO 4  
LUGAR DE ORIGEN, SEGÚN GÉNERO



En el caso de los varones, la distancia entre las personas autóctonas y las extranjeras es bastante más grande. Así, la mayoría son autóctonos, más del 80%, y apenas un 20% son extranjeros.

### 3. HÁBITAT DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

La mayoría (42%) de las personas entrevistadas residen en una vivienda normalizada. Aunque esta situación sea la mayoritaria, conviene profundizar en el análisis del resto de las situaciones.

TABLA 4  
POBLACIÓN ENTREVISTADA SEGÚN HABITAT

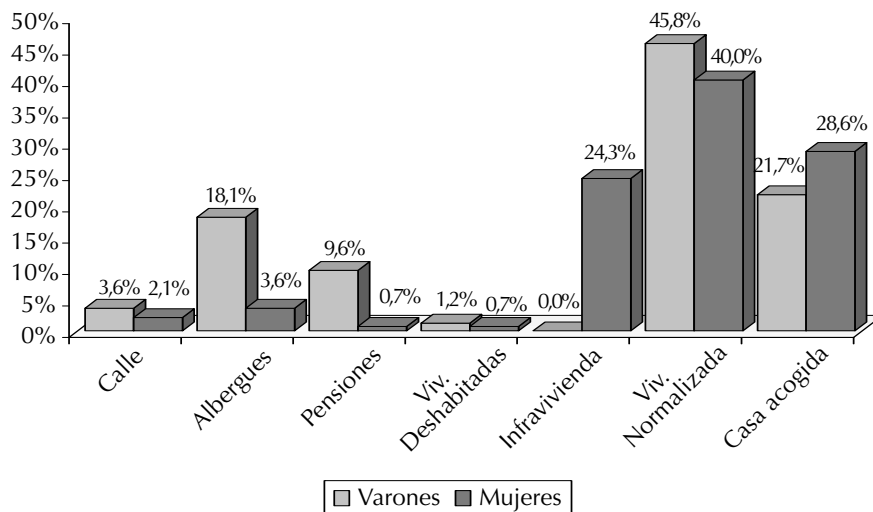
¿Dónde vives?	%
Calle	<b>2,7</b>
Albergues	<b>9,0</b>
Pensiones	4,0
Vivienda deshabitada	0,9
Infravivienda	15,2
Vivienda normalizada	<b>42,2</b>
Casa de acogida	<b>26,0</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

El 12% vive en la calle y/o albergues; si a éstos le sumamos las personas que viven en pensiones, —cuyo riesgo de residir en la calle y/o albergue es bastante alto—, obtenemos un 16% de personas «sin hogar». Por otra parte, un conjunto importante, algo más del 15% de la población entrevistada, reside en infraviviendas y/o chabolas.

Las personas que habitan en casa de acogida y/o piso tutelado, un 26%, viven una situación bastante especial, por encontrarse en proceso de normalización. Sin embargo, esta forma de convivencia, no se puede contemplar como hogar pues su estancia es limitada y/o circunstancial, y al finalizar ésta no existen garantías de obtener un hogar.

Al analizar este hecho, en función del género, podemos observar que existe una mayor proporción de varones que de mujeres, cuyo hábitat se reparte entre los albergues y las pensiones.

GRÁFICO 5  
HÁBITAT DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA, SEGÚN GÉNERO

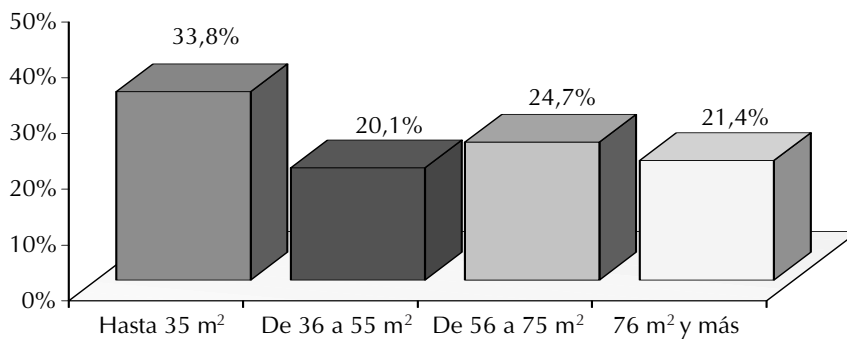


Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

El fenómeno contrario lo encontramos en las casas de acogida y/o piso tutelado, donde el porcentaje de mujeres (el 29%) es sensiblemente superior al de los varones (el 22%).

Concentrándonos en las personas que residen en viviendas, conviene analizar la superficie (metros cuadrados) en la que residen. Más de la mitad de las personas entrevistadas (54%) habita en una vivienda que no supera los 55 m<sup>2</sup>.

GRÁFICO 6  
SUPERFICIE DE LA VIVIENDA, ENTRE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA



Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.

Si desglosamos el conjunto de personas que residen en viviendas que no superan los 55 m<sup>2</sup>, podemos advertir que el 34% habita en viviendas que no superan los 35 m<sup>2</sup>, y el 20% en viviendas de 36 a 55 m<sup>2</sup>.

Los datos expuestos describen un tipo de residencia con gran concentración de personas por hogar. Este hecho se analiza, a través de la tasa de hacinamiento, es decir, cuando en una vivienda corresponden menos de 10 m<sup>2</sup> a cada persona. La **tasa de hacinamiento** es algo mayor del 20%.

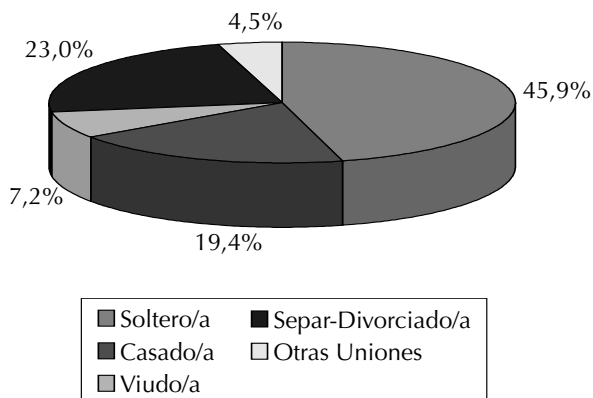
La tasa de hacinamiento soporta importantes variaciones en función del tipo de vivienda en el que residen, resulta especialmente alta, del 61%, entre las personas que habitan en infraviviendas, y notablemente más baja entre quienes residen en viviendas normalizadas, donde apenas alcanza el 5%.

#### 4. SITUACIÓN DE CONVIVENCIA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

En este capítulo describiremos el estado de convivencia en el que se encuentra esta población, para ello es importante analizar la información obtenida sobre su estado civil, si tienen o no cargas familiares y, finalmente, con quién viven y con quién les gustaría vivir.

Por lo que respecta al estado civil, destaca poderosamente el hecho de que casi la mitad de las personas entrevistadas (el 46%) son solteras.

GRÁFICO 7  
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA

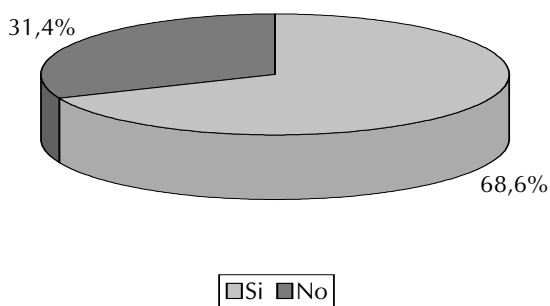


Así mismo, llama la atención que el porcentaje de personas que están casadas o viven en pareja y el de separadas y/o divorciadas sea similar, y no exista gran distancia entre ellos.

Para profundizar en el conocimiento de la situación de convivencia y situación familiar, resulta necesario conocer si tienen hijos/as y si éstos están a su cargo, es

decir qué cargas familiares existen. Porque de hecho, casi el 70% de las personas entrevistadas tienen hijos/as, pero no todos están a su cargo.

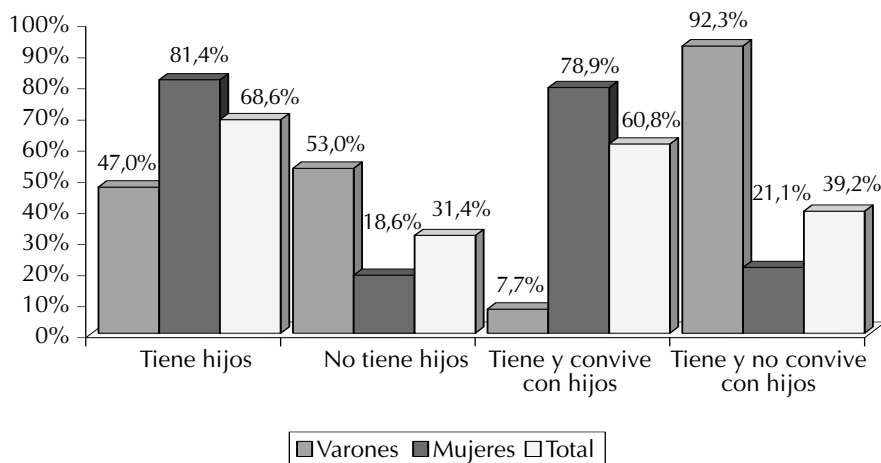
GRÁFICO 8  
¿TIENE HIJOS?



Para saber si además de tener hijos/as son responsables de ellos/as, necesitamos analizar la tenencia o no de hijos/as en relación con las personas con las que conviven las personas entrevistadas.

Aunque la mayor parte de las personas que tienen hijos/as (el 61%) viven con ellos/as, encontramos diferencias altamente significativas en función del género.

GRÁFICO 9  
TENENCIA DE HIJOS/AS Y CONVIVENCIA, SEGÚN GÉNERO



Resulta interesante analizar cómo se distribuyen estas cargas familiares entre los géneros. Entre las mujeres que tienen hijos/as el 79% son responsables de ellos/as, mientras que entre los varones no llega al 8% los que tienen hijos/as y conviven con ellos/as.

Para poder seguir analizando diferentes aspectos de la convivencia, hemos preguntado a los entrevistados con quién conviven. La mayoría, el 77% de las personas entrevistadas no vive sola.

TABLA 5  
CONVIVENCIA (Multirespuesta)

¿Con quién viven actualmente?	%
Solo/a	<b>22,9</b>
Pareja	<b>20,6</b>
Hijos/as	<b>42,6</b>
Padres	12,6
Hermanos	6,7
Abuelos	0,9
Otros Familiares	4,9
Amigos/as	4,0
Otros	27,4

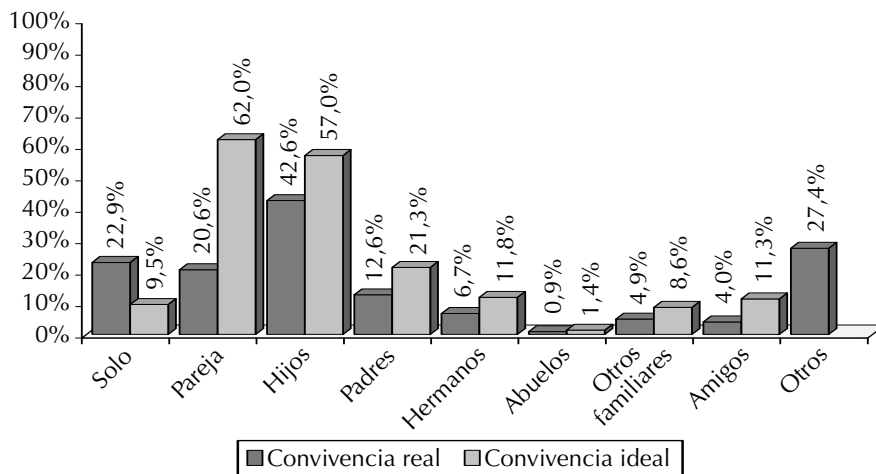
El 23% de las personas entrevistadas viven solos/as. Un 21% viven al menos, con su pareja, un 43% vive al menos con sus hijos/as, y casi un 13% reside en compañía de sus padres.

El análisis de los datos cruzados nos permite observar que el 21% vive en pareja y el 43% con sus hijos/as; de lo que obtenemos que existe un porcentaje considerable de hogares en los que uno de los padres reside con sus hijos, pero no con su pareja, es decir son familias monoparentales. El 22% de las familias de las personas entrevistadas son monoparentales.

En el análisis de la convivencia podemos ver, además, sus expectativas de convivencia preguntándoles ¿con quién les gustaría vivir?; presentamos a continuación de forma paralela la convivencia real que tienen las personas entrevistadas y la convivencia ideal que reflejan.



GRÁFICO 10  
 CONVIVENCIA REAL Y CONVIVENCIA IDEAL (Multirespuesta)



Se han extraído algunas cifras de las variables convivencia real y convivencia ideal, que pueden resultar de interés:

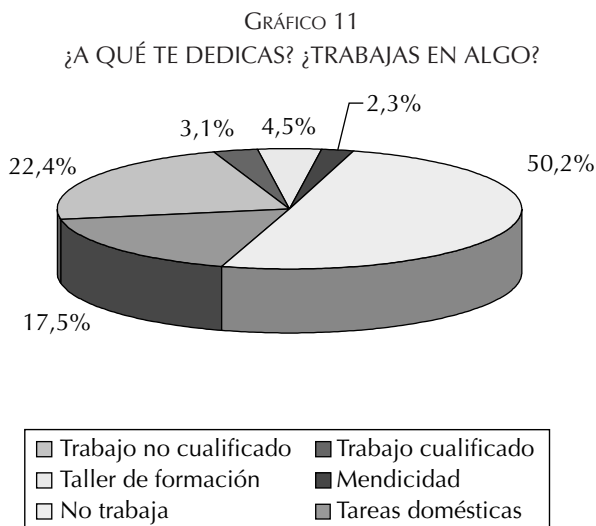
- **De las personas que viven solas**, un 82% no quiere seguir viviendo en soledad.
- **Del conjunto de los que viven solos**, más del 60% querría residir con su pareja.
- **Un 15% de aquellos que viven con sus hijos**, no querrían seguir haciéndolo.
- **El 75% de los que residen con sus padres**, no desearían seguir en la misma situación.
- **De las personas a las que les gustaría vivir en pareja**, el 23% viven solas.
- **De las personas a las que les gustaría vivir con sus hijos/as**, el 14% viven solas.

## 5. SITUACIÓN ECONÓMICA Y LABORAL DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

La relación con la actividad económica, los ingresos económicos, así como las pensiones y prestaciones que registra la población estudiada, son las variables que se abordan en el presente capítulo y constituyen un eje temático, que bien se podría definir como ¿de qué viven?

### RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

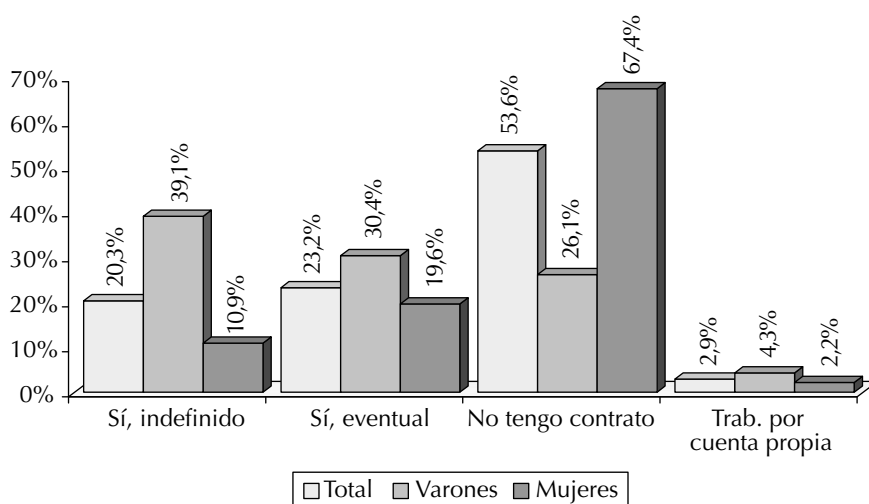
Una de las cuestiones clave del cuestionario aplicado para la realización de esta investigación, fue la que preguntaba por la actividad o inactividad de la población entrevistada, donde se abordaba la relación con la actividad económica de las personas consultadas. Los primeros datos que contrastan son: que la mitad de la población no trabaja, mientras que el 30% sí lo hace; el restante 20% se encuentra dedicado principalmente a las tareas domésticas.



Un 22% realiza trabajos no cualificados, mientras que el 3% desarrolla tareas cualificadas. Un 4,5% realiza tareas laborales en talleres de formación e inserción laboral, donde ya reciben remuneración por las tareas que desempeñan.

La proporción de mujeres que trabajan es superior a la media, el 32%, frente al 26% de varones que se encuentran ocupados. Entre el colectivo de población ocupada, se ha investigado la existencia de contrato en su trabajo, y por la tipología de dicho contrato. En términos generales, más de la mitad de la población ocupada no tiene contrato y casi una cuarta parte se encuentran contratados de manera temporal.

GRÁFICO 12  
¿TIENES CONTRATO?



Pero las cifras resultan aún más explicativas al observar a la población ocupada en función del género. El 26% de los varones que trabajan no disponen de contrato, en la misma situación se encuentra el 67% de las mujeres. El porcentaje de varones que tienen contrato indefinido sobrepasa ligeramente el 39%, con este tipo de contrato sólo encontramos al 11% de las mujeres.

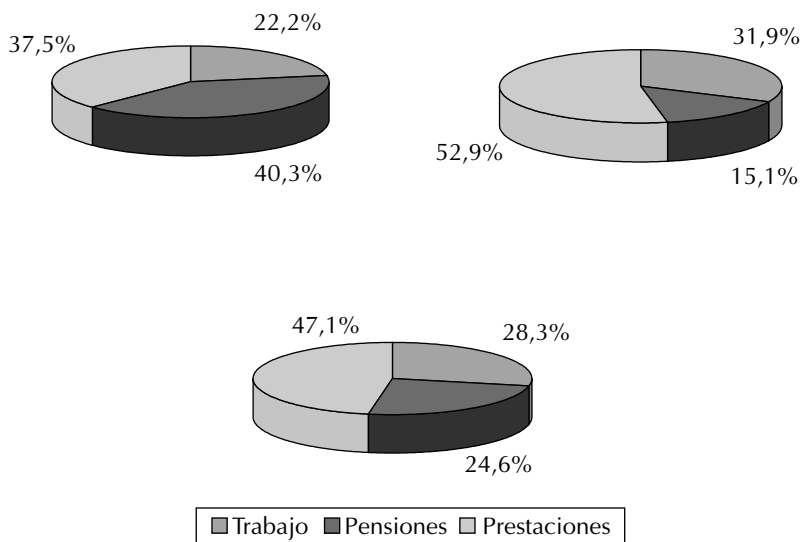
## FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS MONETARIOS REGULARES

El trabajo es la fuente principal de ingresos para el 28% de la población, más concretamente, para el 22% de los varones y el 32% de las mujeres. Es decir, se produce una fuerte dependencia económica de las pensiones y prestaciones. Las

prestaciones económicas son la fuente principal de ingresos para el 48% de la población.

Las cifras encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres, mientras que para los varones la principal fuente de ingresos son las pensiones (40%), para las mujeres lo son las prestaciones (53%).

GRÁFICO 13  
FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS

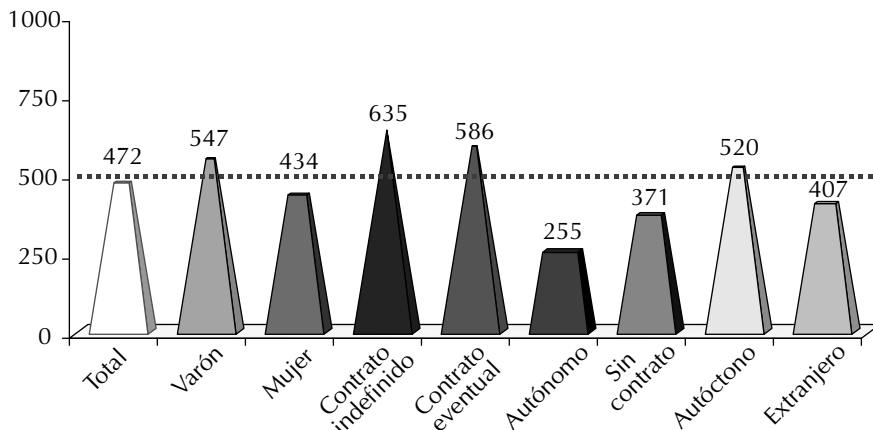


## INGRESOS ECONÓMICOS POR TRABAJO

El salario medio percibido es de 472 €, es decir, muy ligeramente superior al Salario Mínimo Interprofesional (SMI) que para 2004 se encuentra establecido en 460,50 €. Los ingresos medios mensuales por el trabajo representan un escaso 102% del SMI.

Existen diferencias notables en las rentas del trabajo, según diferentes variables de clasificación, las que ofrecen resultados más significativos (género, tipo de contrato y lugar de origen) se reflejan en el gráfico siguiente:

GRÁFICO 14  
 INGRESOS MEDIOS MENSUALES POR TRABAJO,  
 SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN (EN EUROS)



El salario medio percibido por las mujeres no alcanza ni el 80% del percibido por los varones. Los ingresos de aquellas personas que trabajan sin contrato, apenas son el 60% del salario percibido por aquellos que poseen un contrato indefinido.

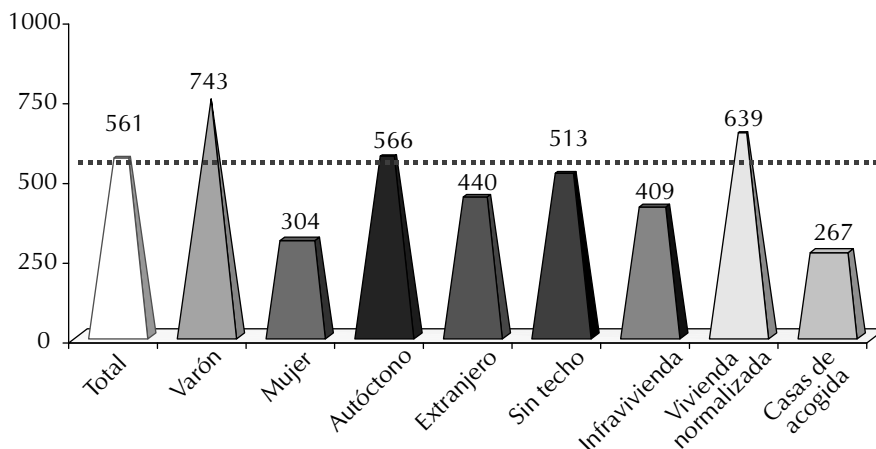
También se advierten diferencias significativas en las rentas del trabajo, según el origen de la población, en este sentido, la población extranjera percibe salarios bastante inferiores a los de la población española.

## INGRESOS ECONÓMICOS POR PENSIONES

Tal y como se describía anteriormente, las pensiones es una fuente de ingresos fundamental en la economía de la población estudiada, y de manera especial entre los varones, ya que es la principal fuente de ingresos.

La cuantía media que ingresan por pensiones es de 561€ al mes, una vez más se advierten importantes diferencias. Para este concepto, las variables más discriminantes han sido género, lugar de origen y lugar donde viven.

GRÁFICO 15  
 INGRESOS MEDIOS POR PENSIONES AL MES,  
 SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN (EN EUROS)



Las diferencias más importantes se registran, una vez más, en la variable género. En esta ocasión los importes medios de las pensiones recibidas por las mujeres (304 €/mes), apenas llegan al 40% de los importes de las pensiones recibidas por los varones (743 €/mes).

La población extranjera (440 €/mes) y aquellas personas que residen en casas de acogida (267€/mes), también registran unos ingresos por pensiones bastante inferiores a la media.

## INGRESOS ECONÓMICOS POR PRESTACIONES

Las prestaciones económicas (desempleo, RMI, etc.,) suponen la principal fuente de ingresos para el 47% de la población y para el 53% de las mujeres. Este hecho tiene una importancia significativa, en la medida en que la mayor parte de la población depende de las prestaciones económicas para su sustento, y los ingresos que las prestaciones económicas reportan son los más bajos, apenas 315 €, en contraste con el importe medio de las pensiones (561 €) y de las rentas del trabajo (472 €).

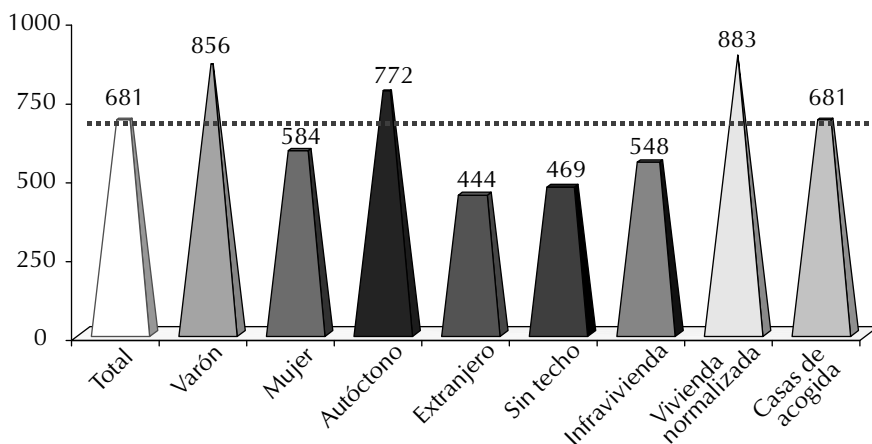
Aproximadamente la mitad de la población, algo superior entre las mujeres, recibe a través de las prestaciones económicas su mayor entrada de ingresos, y de esta fuente de ingresos resulta un importe medio de 315 €.

Tras el análisis de las prestaciones económicas en función de muy diferentes variables, se puede concluir que no existen diferencias significativas en el importe medio de dichas prestaciones.

## INGRESOS ECONÓMICOS GLOBALES

Los ingresos económicos mensuales por todos los conceptos y por todos los miembros del «hogar», alcanzan un importe medio de 681 €. En estos ingresos medios se observan diferencias significativas, según diferentes variables, las más importantes se detallan en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 16  
INGRESOS MEDIOS MENSUALES DEL HOGAR,  
SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN (EN EUROS)



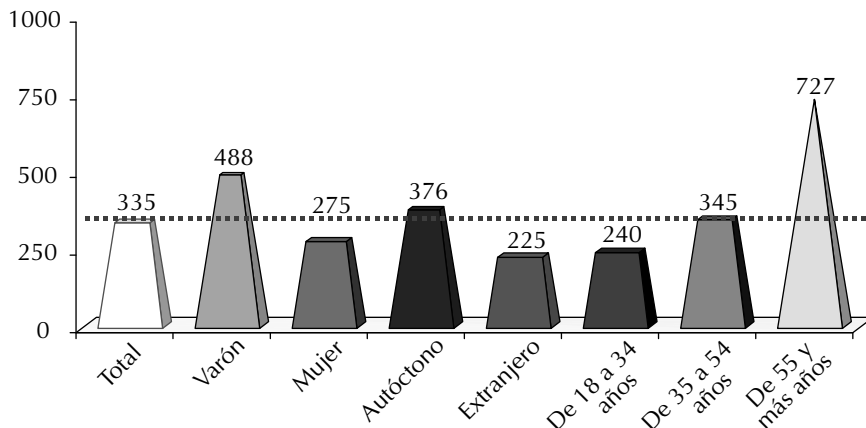
La discriminación en función de género ha sido una constante a lo largo de todo este capítulo. Hemos visto con anterioridad, como las mujeres recibían un salario inferior a la media y un importe de las pensiones inferior a la media; de nuevo vuelve a registrar unos ingresos globales más bajos, más concretamente los ingresos globales de las mujeres resultan ser el 85% de los ingresos medios y del 68% respecto a los ingresos globales de los varones.

La población extranjera y las personas sin techo, son dos colectivos con ingresos especialmente inferiores a la media.

Los ingresos globales aportan una información rica, en cuanto a los niveles de ingresos con los que cuentan las familias, pero las dimensiones familiares son muy diversas, desde la persona que vive sola, a la familia compuesta por 4 o más personas; por ello se hace necesario conocer los ingresos medios mensuales por persona.

La desigualdad en los ingresos económicos se encuentra patente y aún más agravada en el análisis de los ingresos mensuales por persona. Las variables edad, género y lugar de procedencia se muestran como las más discriminantes para los ingresos globales por persona.

GRÁFICO 17  
 INGRESOS MEDIOS MENSUALES POR PERSONA,  
 SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN (EN EUROS)



La variable edad registra una tendencia clara, los ingresos medios son mayores cuanto mayor es la edad. Dicho de otro modo, los grupos más jóvenes son los que tienen menos ingresos y por tanto más dificultades. Las cifras oscilan desde los 240 €/persona/mes de la población más joven (18-24 años), a los 727 €/persona/mes de los mayores de 54 años.

Las diferencias entre varones y mujeres se agravan, y si en el apartado de ingresos globales al mes de todas las personas, las mujeres se quedaban en el 68% de los ingresos de los varones, en este apartado las mujeres apenas sobrepasan el 56% de los ingresos por persona y mes de los varones.

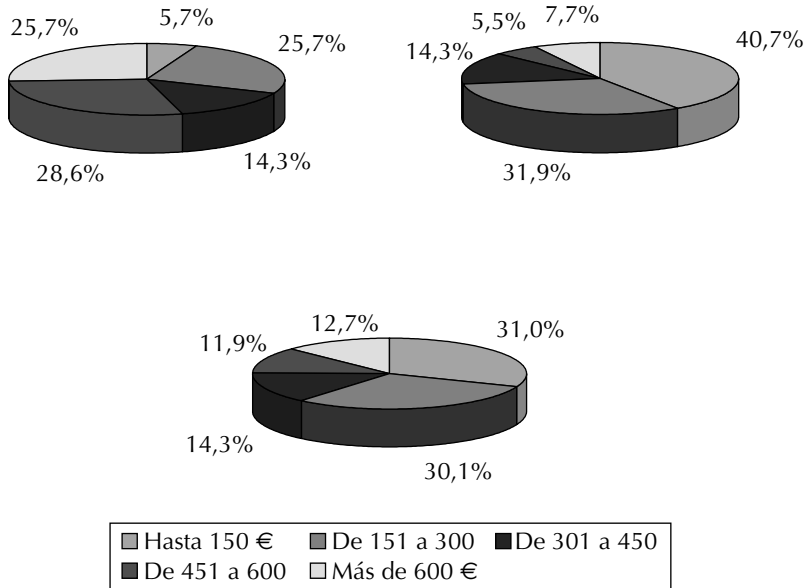
Los ingresos medios de la población autóctona y de la población extranjera mantienen las diferencias que ya se apreciaban en apartados anteriores, consolidándose unos ingresos medios para la población extranjera cercanos al 60% de los ingresos medios de la población autóctona.

El 31% de la población dispone de ingresos inferiores a 150 € por persona y mes; más del 60% no alcanza ingresos superiores a los 300 €/persona/mes. Los datos encuentran variaciones importantes, según género, de hecho más del 40% de las mujeres no alcanza los 150 €/persona/mes.

El porcentaje de población que posee unos ingresos mensuales por persona más altos (más de 450€) es del 25% en el conjunto, del 54% entre los varones, y del 13% entre las mujeres.



GRÁFICO 18  
INGRESOS MENSUALES POR PERSONA, SEGÚN GÉNERO



## 6. UTILIZACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS

La asistencia social que la población excluida demanda y recibe, compone, por sí mismo, otro de los ejes temáticos de esta investigación.

### **CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL**

Conviene conocer cuales son las entidades o centros que en mayor medida, apoyan y asisten a la población entrevistada. Interesa conocer la frecuencia con la que se realiza la intervención de las entidades con la población objetivo, para finalmente, descubrir la eficacia de la intervención.

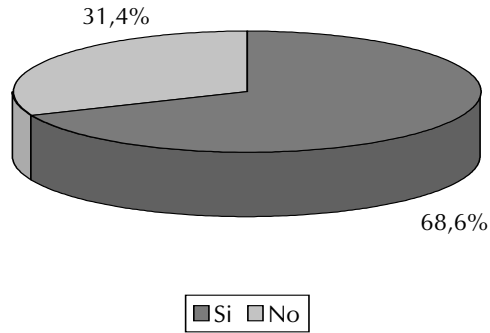
Durante la entrevista, se ha preguntado por tres instituciones: los servicios sociales públicos, Cáritas, como ONG principal en el apoyo y la asistencia social a la población excluida, y la Cruz Roja u otros centros de ayuda social.

Aproximadamente el 75% de la población ha acudido a los centros de atención social, los que han sido visitados por más personas, son los de Cáritas y Cruz Roja. Sorprende, el hecho de que los centros de servicios sociales sean los menos frecuentados, aunque a ellos también ha acudido una buena proporción de esta población, el 69%.

Los centros de Cáritas son los más visitados, el 62% de la población lo hace semanalmente, seguido de los centros de la Cruz Roja donde el 37% acude semanalmente. A los centros de servicios sociales, la población entrevistada acude con una menor frecuencia y la mayoría lo hace cada 3 meses.

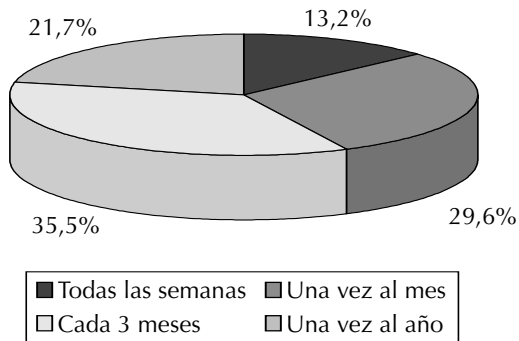
Por último, y en cuanto a la efectividad para resolver el problema que movía a la población a acudir a estos centros, cabe destacar, que en términos generales el 35% de la población vio solventados sus problemas tras acudir a alguno de estos centros. Los centros de servicios sociales fueron los que consiguieron una mayor eficacia en la resolución de los problemas, 4 de cada 10 personas afirman que les resolvieron totalmente su problema. Los centros de Cáritas destacan por haber ayudado, aunque fuera de manera parcial a la mayor parte de la población que a ellos acudió. Solamente el 11% de los entrevistados creen que no les pudieron ayudar en la resolución de su problema.

GRÁFICO 19  
ACUDIÓ A CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES



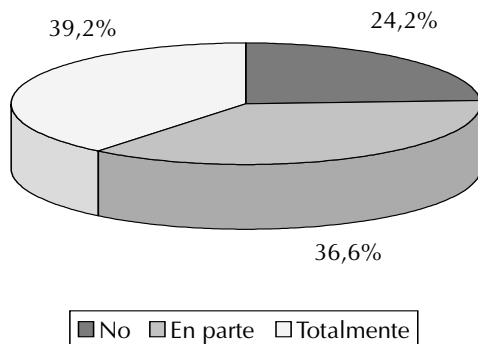
Casi el 70% de la población entrevistada ha acudido en alguna ocasión a los centros de servicios sociales dependientes de las diferentes administraciones públicas.

GRÁFICO 20  
FRECUENCIA CON LA QUE ACUDE A CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES



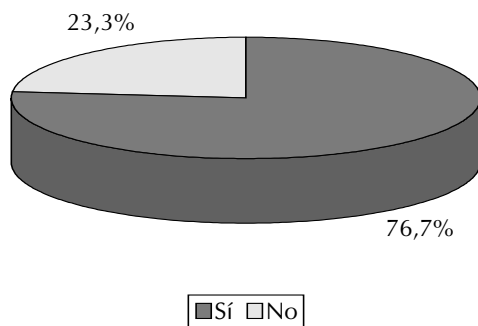
Aproximadamente 4 de cada 10 personas, que acuden a los centros de servicios sociales con bastante frecuencia, al menos una vez al mes. Además, cabe destacar que el 13% de la población entrevistada visita los centros de servicios sociales todas las semanas.

GRÁFICO 21  
RESOLVIERON SU PROBLEMA EN LOS CENTROS  
DE SERVICIOS SOCIALES



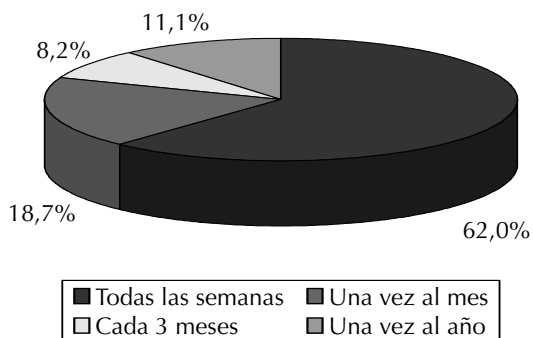
Los centros de servicios sociales han resultado eficaces y ha resuelto el problema totalmente al 39% de los que acudieron a ellos. Para el 37% dichos centros resolvieron su problema parcialmente. Mientras que para el resto, la ayuda recibida de los servicios sociales no resolvieron su problema.

GRÁFICO 22  
ACUDIÓ A CENTROS DE CÁRITAS



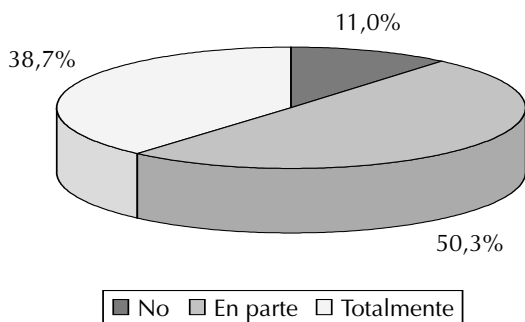
La mayoría de la población investigada ha acudido a los centros de Cáritas alguna vez, casi 8 de cada 10 personas.

GRÁFICO 23  
 FRECUENCIA CON LA QUE ACUDE A CENTROS DE CÁRITAS



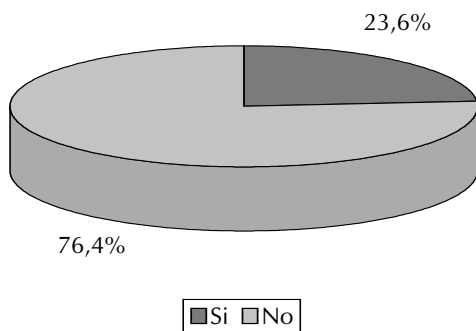
La frecuencia con la que acuden a los centros de Cáritas es mucho mayor que la observada en los centros de servicios sociales. De hecho, 6 de cada 10 lo hacen semanalmente, y más del 80% al menos una vez cada mes.

GRÁFICO 24  
 RESOLVIERON SU PROBLEMA EN LOS CENTROS DE CÁRITAS



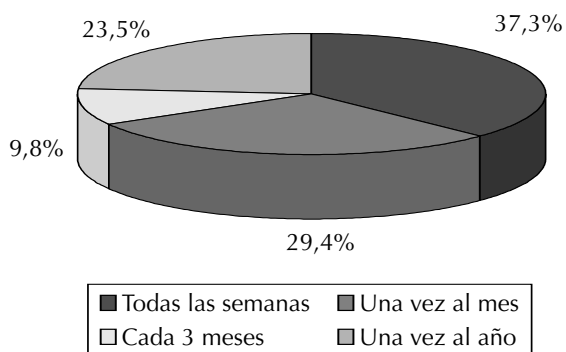
Muy pocas personas (1 de cada 10) afirman que Cáritas no resolvió en nada el problema que tenían. Casi 4 de cada 10 creen que les fue resuelto totalmente, y la mayoría (50%) opina que la asistencia de Cáritas resolvió su problema de manera parcial.

GRÁFICO 25  
ACUDIÓ A CENTROS DE LA CRUZ ROJA U OTROS



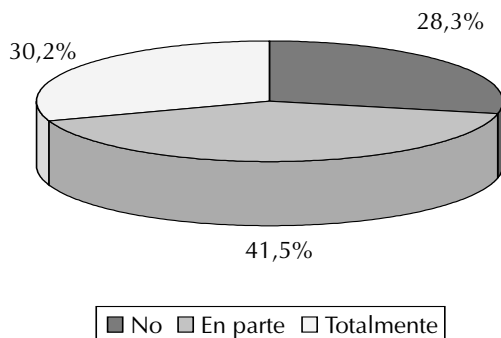
Casi una cuarta parte de la población objeto de nuestro estudio acudió a centros de la Cruz Roja u otros centros de ayuda social.

GRÁFICO 26  
FRECUENCIA CON LA QUE ACUDE A CENTROS DE LA CRUZ ROJA U OTROS



Buena parte de la población entrevistada (24%) sólo acude una vez al año a los centros de la Cruz Roja u otros. Sin embargo dos terceras partes, acuden al menos una vez al mes a estos servicios. El 37% acude semanalmente.

GRÁFICO 27  
RESOLVIERON SU PROBLEMA EN LOS CENTROS DE LA CRUZ ROJA U OTROS



La mayoría de los entrevistados (42%) afirman que la ayuda recibida en los centros de la Cruz Roja u otros sólo resolvió su problema parcialmente. El 30% dice que le resolvieron totalmente su problema, y el resto no cree que estos centros les ayudará a resolver su problemática.

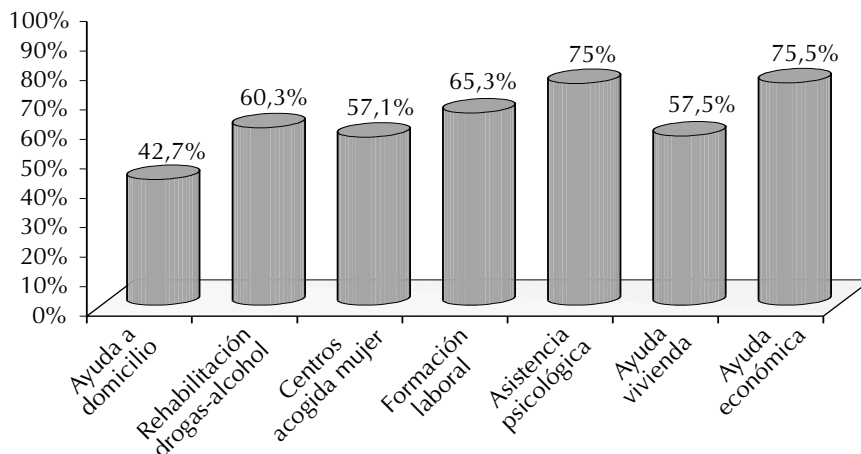
## SERVICIOS Y AYUDAS SOCIALES

Uno de los objetivos de la presente investigación, es conocer cuáles son los servicios y ayudas que recibe la población estudiada, y más importante todavía, conocer cuales son los servicios de los que no disponen y en qué medida se demandan.

En términos generales, la mayoría de la población entrevistada conoce los servicios que pudieran serles de utilidad, especialmente las ayudas económicas y la asistencia psicológica; ambos servicios son conocidos por tres de cada cuatro personas. Estos dos servicios son los más conocidos y también los más utilizados.

El hecho de que el servicio de asistencia psicológica sea protagonista principal en este apartado de la investigación se debe a que es conocido por el 75% de la población, utilizado por el 49% de las personas y no recibido pero demandado por el 10%.

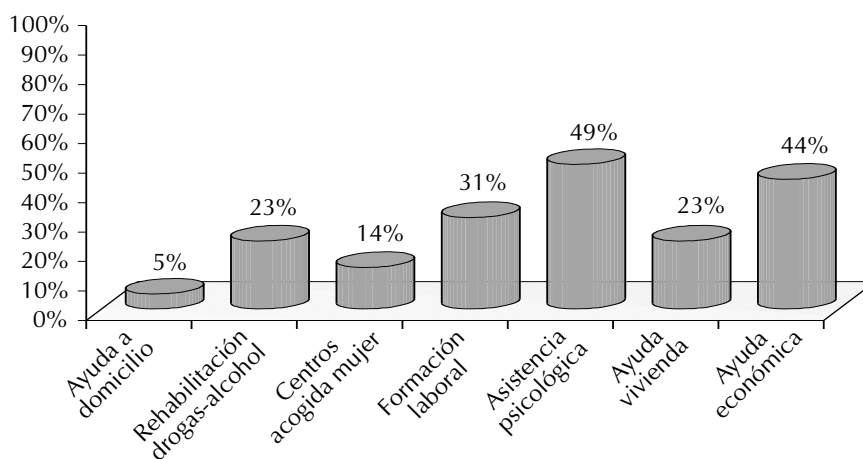
GRÁFICO 28  
POBLACIÓN QUE CONOCE LOS SERVICIOS



Los servicios más utilizados son, en primer lugar el de asistencia psicológica, que lo utiliza aproximadamente la mitad de la población; y en segundo lugar las ayudas económicas de la administración pública, servicio del que se beneficia el 44%.

La formación laboral, las ayudas para la vivienda y los servicios de rehabilitación por drogas, son los siguientes servicios más utilizados.

GRÁFICO 29  
POBLACIÓN QUE UTILIZA LOS SERVICIOS

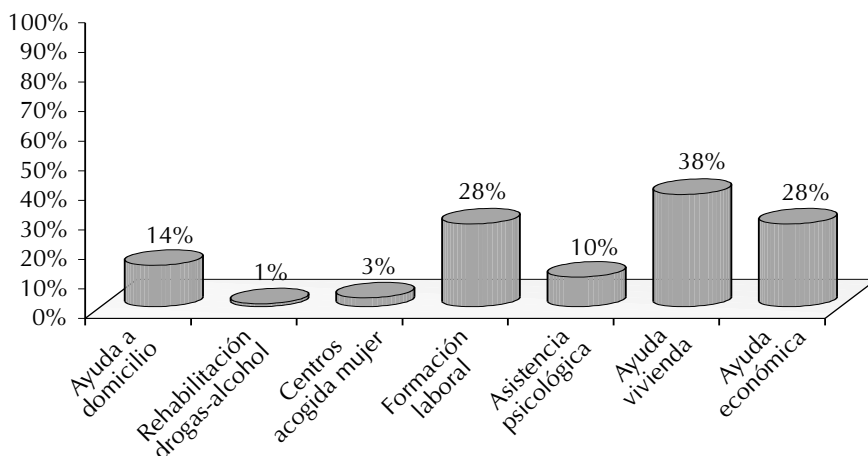




Se registra un alto índice de utilización de los principales servicios por los que han sido preguntados, pero conviene centrarnos ahora en el segmento de población que no disfruta de estos servicios, aunque los demanda, ya que cree necesitarlos. Por ejemplo, casi un 40% de los entrevistados no recibe ayudas para la vivienda, pero la demanda por considerarla necesaria.

Aunque son menos los que demandan el servicio de formación laboral (28%) y el de asistencia psicológica (10%), la especificidad de ambos servicios hace que dicha demanda tenga un peso específico importante. Las cifras de formación laboral expresan que casi una de cada tres personas no realiza actividades de formación laboral y demanda el poder acceder a este servicio.

GRÁFICO 30  
POBLACIÓN QUE NO UTILIZA LOS SERVICIOS PERO LOS NECESITA



El 14% de la población entrevistada no recibe ayudas a domicilio y considera necesitarla, y un 3% no utiliza el servicio de centros de acogida para la mujer, pero demanda el poder hacerlo.

## 7. APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

El apoyo social y familiar son dos indicadores muy útiles en el estudio de población excluida o en riesgo de exclusión social. En la investigación que nos ocupa, la utilidad es doble, ya que ambos indicadores se encuentran estrechamente relacionados con la salud mental.

### EL APOYO SOCIAL

Existen diferentes investigaciones<sup>9-10</sup> que han encontrado pruebas de que la disponibilidad de apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre el estado de salud. Dicho de otro modo, el apoyo social y por ende el familiar, funcionan como factores de protección ante posibles problemas de salud mental.

A continuación vamos a analizar la vertiente del apoyo social funcional, es decir la percepción de apoyo que tiene la persona entrevistada. El llamado apoyo estructural (tamaño de la red social) exige una medición más detenida para obtener resultados fiables y por ello ha sido descartado.

El apoyo funcional es el más importante y multidimensional, en la medida en que abarca las dimensiones: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo.

La herramienta elegida para la valoración del apoyo social ha sido el cuestionario MOS. Se trata de un cuestionario original de 20 ítems (desarrollado por Sherbourne y cols)<sup>11</sup>, que ha sido adaptado a una versión de 10 ítems. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social

---

<sup>9</sup> HOUSE J. S., ROBBINS C., METZNER H. L. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 123-40.

<sup>10</sup> WILLIAMS A. W., WARE J. E. Jr., DONALD C. A. A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. *J. Hith Soc Behav* 1981; 22: 324-36.

<sup>11</sup> SHERBOURNE C. D., STEWART A. L. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-14.

positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

La forma en que se ha preguntado este bloque y las preguntas que han compuesto este indicador se presentan a continuación.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispones de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesitas? Elige según los siguientes criterios:

(Respuesta Tipo)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Pocas veces</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. La mayoría de las veces</li><li>5. Siempre</li></ol> |
|--|

108. Alguien con quien puedas contar cuando necesites hablar
109. Alguien que te aconseje cuando tengas problemas
110. Alguien que te lleve al médico cuando lo necesites
111. Alguien que te muestre amor y afecto
112. Alguien con quien pasar un buen rato
113. Alguien que te informe y te ayude a entender una situación
114. Alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones
115. Alguien que te abraze
116. Alguien con quién divertirse
117. Alguien que comprenda tus problemas

La interpretación del MOS resulta sencilla, a mayor puntuación obtenida, mayor apoyo social percibido. Aunque sus autores originales no son partidarios de establecer puntos de corte, otros muchos investigadores<sup>12</sup> han aplicado baremos para su interpretación. En nuestra investigación vamos a manejar exclusivamente el Índice Global de Apoyo Social, cuyo rango de puntuaciones oscila entre 10-50. Siguiendo la proporcionalidad de los modelos aplicados para otras investigaciones, el punto de corte ha quedado establecido en 30 puntos.

Las puntuaciones medias de cada uno de los 10 Ítems han resultado muy homogéneas, situándose la mayoría de ellas en el valor de 3,3 en la escala de 1 a 5 donde 1 significa que nunca dispone de ese apoyo y 5 que siempre dispone de ese apoyo. Los dos únicos Ítems que han registrado valores inferiores a 3 han sido: «Alguien que te lleve al médico cuando lo necesites» y «Alguien con quién divertirse».

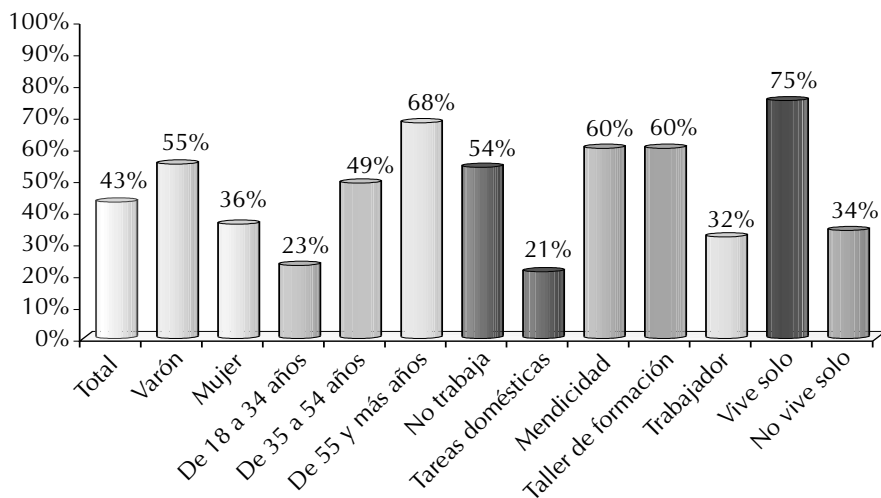
El 43% de la población registra un Índice Global de Apoyo Social (IGAS) inferior a 30 puntos, es decir el 43% de la población percibe que no dispone del apoyo social necesario. En el caso contrario, encontramos al 57% de la población que percibe una disponibilidad de apoyo social adecuada.

---

<sup>12</sup> LOPEZ F. M., CUENCA M., VICIANA D., RODRIGUEZ M. I., MARTIN E. M., ACOSTA M., ODRIOZOLA G. Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. Semergen 2000; 26: 387-92.

Una buena parte de la población, aproximadamente el 19%, ha registrado valores en el IGAS, inferiores a 20 puntos, es decir se encuentran en una situación de especial precariedad de apoyo social; ya que dicha puntuación supone que nunca o pocas veces disponen de los distintos tipos de apoyo.

GRÁFICO 31  
POBLACIÓN CON DEFICIENCIAS DE APOYO SOCIAL (IGAS < 30),  
SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN



La proporción de mujeres (36%) con deficiencias en el apoyo social es bastante inferior a la de los varones (55%). La variable edad se encuentra muy relacionada con la percepción de la disponibilidad de apoyo social, ambas variables se encuentran relacionadas linealmente, a mayor edad, mayores problemas y deficiencias en el apoyo social. La situación es especialmente grave para aquellas personas con más de 55 años, entre éstos, casi el 70% de la población percibe como deficiente el apoyo social que recibe.

El IGAS tiene variaciones importantes según las distintas actividades que realizan, de hecho, las personas dedicadas a las tareas domésticas son las que presentan una mejor percepción del apoyo social que reciben, apenas un 20% de estas personas registran puntuaciones bajas en el IGAS.

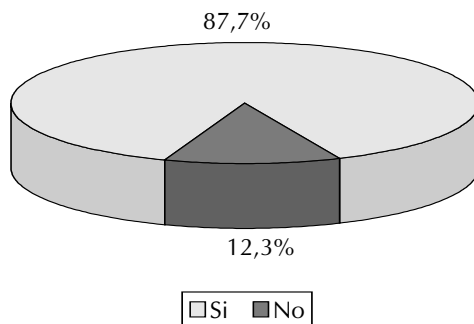
El colectivo de personas que dispone de menor apoyo social, son aquellas que viven solas. Tres de cada cuatro personas que viven solas dicen no recibir el apoyo social necesario.

## EL APOYO FAMILIAR

Aproximadamente el 6% de la población afirma no tener familia, por lo que este colectivo ha quedado fuera del análisis de las variables relativas al apoyo fa-

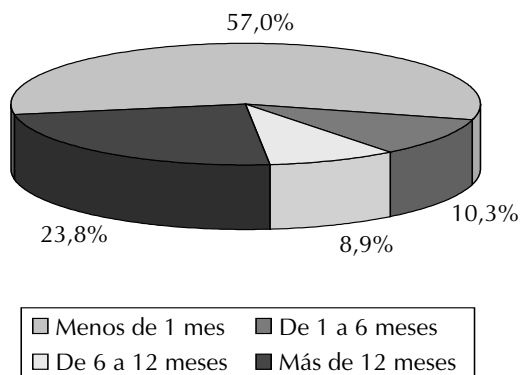
miliar. Entre las personas que sí tienen familia, la mayoría (88%) mantiene contacto con ésta. Aproximadamente el 12% dice no mantener contacto con personas de su familia.

GRÁFICO 32  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EL MANTENIMIENTO DE CONTACTO CON SU FAMILIA



Más allá de mantener contacto formal con la familia, interesa conocer cuál es el grado de relación que existe, este hecho se ha recogido a través del tiempo que ha pasado desde la última vez que han visto a familiares próximos.

GRÁFICO 33  
¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE NO HA VISTO A UN FAMILIAR PRÓXIMO?



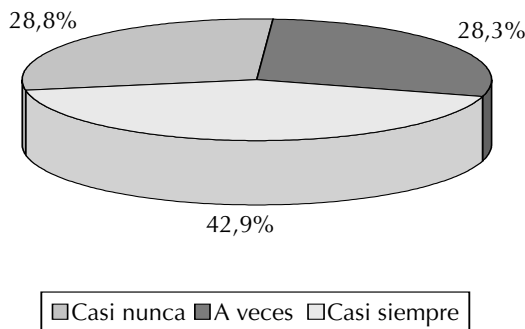
Aproximadamente las dos terceras partes de la población estudiada mantiene un contacto frecuente con sus familiares. El 57% ha visto a algún familiar próximo hace menos de un mes, y el 10% ha tenido encuentros con un familiar próximo hace entre uno y seis meses; en conjunto el 67% ha mantenido contacto con algún familiar próximo hace menos de 6 meses.

Sin embargo, el 33% restante hace más de 6 meses que no ve a algún familiar próximo, concretamente, el 24% hace más de 1 año. Estos datos evidencian que una de cada tres personas, mantiene una relación con la familia poco intensa y nada fluida, hecho que es más grave entre los varones y las personas mayores de 55 años.

Independientemente de la frecuencia con la que se producen los encuentros familiares, resulta muy significativa la percepción que las personas entrevistadas tienen sobre la ayuda que reciben de la familia cuando tienen un problema.

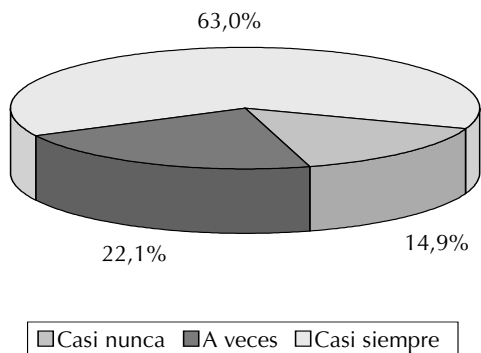
El 29% no se siente satisfecho casi nunca de la ayuda que recibe de la familia, aproximadamente otro 28% sólo se siente satisfecho con la ayuda a veces, el resto se encuentra satisfecho con el apoyo de la familia casi siempre.

GRÁFICO 34  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA AYUDA QUE RECIBE DE LA FAMILIA EN CASO DE NECESIDAD



El último de los indicadores del apoyo familiar, consiste en conocer si la población entrevistada se siente querida por su familia.

GRÁFICO 35  
¿SIENTES QUE TU FAMILIA TE QUIERE?



Aunque la mayor parte (63%) de las personas se sienten queridas por sus familias, conviene destacar que un 15% casi nunca siente afecto por parte de su familia. El 22% solamente siente el afecto familiar a veces.

El 15% que no se siente querido (casi nunca) por su familia, se eleva hasta un 25% entre aquellas personas de más de 55 años, a la vez que se reduce hasta el 7% entre la población extranjera.

## 8. ESTADO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud<sup>13</sup> como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social. Siguiendo la definición de la OMS, podemos deducir fácilmente que la población excluida ya no cumple uno de los criterios de salud, el de bienestar social. Por lo que la carencia de salud, se convierte en una cualidad inherente a la población excluida.

Además del desequilibrio que el factor social produce en la salud de la población investigada, analizamos a continuación otros factores potenciales, entre ellos, los problemas que pudieran haberse derivado del consumo de drogas.

### LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Se ha preguntado por el consumo continuado y problemático de seis conjuntos de drogas, seleccionando aquellas drogas, cuyo consumo pueden repercutir más allá del plano físico de la salud.

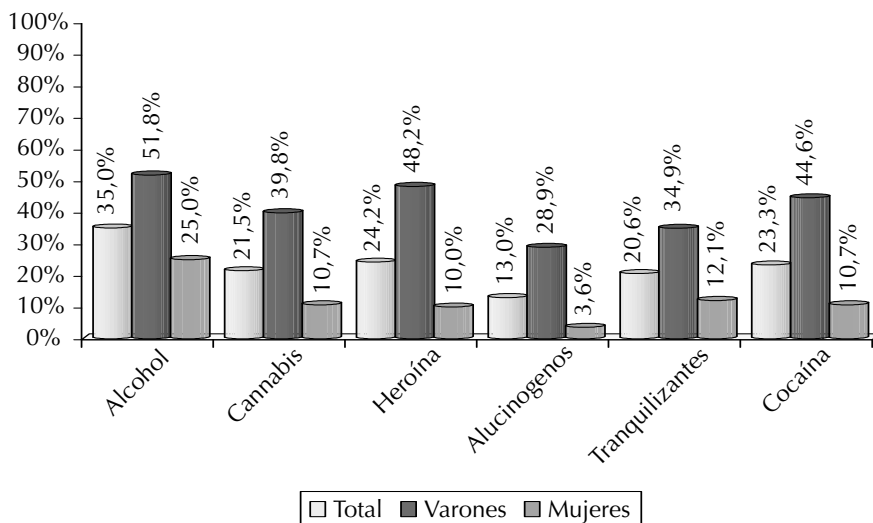
El alcohol es la sustancia que en mayor medida ha causado problemas a la población entrevistada, el 35% afirma haber tenido un consumo continuado y problemático de esta sustancia. La heroína y la cocaína son las sustancias que ocupan el segundo y tercer lugar, en cuanto al porcentaje de población que ha sufrido las consecuencias negativas de su consumo.

---

<sup>13</sup> OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Ginebra, 2004.



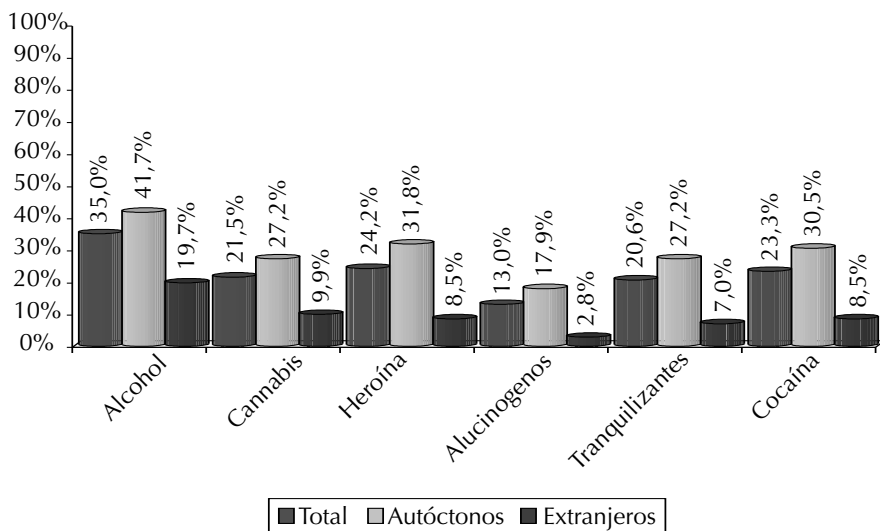
GRÁFICO 36  
POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DE MODO CONTINUADO  
Y PROBLEMÁTICO ALGUNA SUSTANCIA, SEGÚN GÉNERO



Las consecuencias negativas del consumo de drogas afectan tanto a varones como a mujeres, pero no de igual manera; en todos los conjuntos de sustancias, los varones registran proporciones más elevadas que sufre la problemática de consumo de las drogas. Por ejemplo, más del 50% de los varones declara haber consumido de modo continuado y problemático alcohol. De igual manera entre los varones, se registran valores muy elevados en el consumo de heroína y la cocaína.

El lugar de origen de la población estudiada resulta discriminante. La problemática asociada al consumo de drogas es mucho más patente entre la población autóctona que entre la extranjera. El porcentaje de población extranjera que ha sufrido los efectos del consumo de drogas es muy inferior a la de la población autóctona. La única sustancia en la que las diferencias no son tan notables es el alcohol.

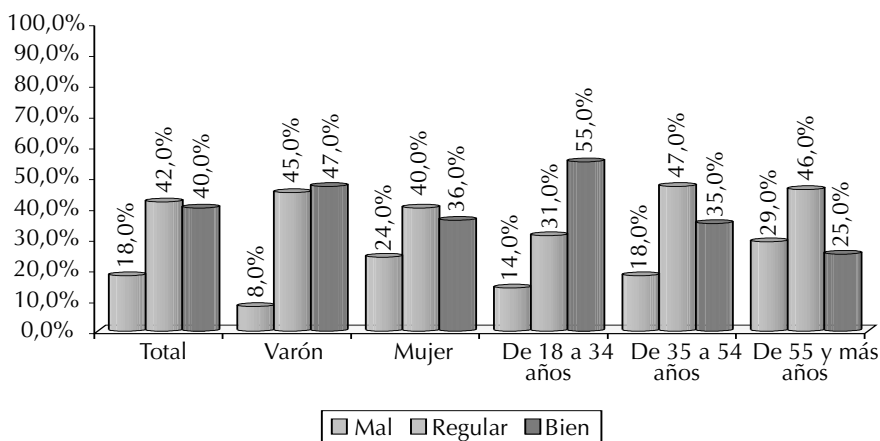
GRÁFICO 37  
POBLACIÓN QUE HA CONSUMIDO DE MODO CONTINUADO  
Y PROBLEMÁTICO ALGUNA SUSTANCIA, SEGÚN LUGAR DE ORIGEN



## EL ESTADO DE SALUD GENERAL

Al preguntar directamente por el estado de salud general, el 18% dice encontrarse realmente mal, el 42% define su estado de salud como regular y el 40% dice encontrarse bien de salud.

GRÁFICO 38  
ESTADO DE SALUD GENERAL, SEGÚN GÉNERO Y EDAD



La percepción subjetiva del estado de salud advierte ligeras variaciones en función de las variables género y edad. La proporción de población que percibe su salud como mala asciende con la edad, oscilando desde el 14% de la población de entre 18 a 34 años, hasta algo más del doble (29%) entre la población mayor de 54 años.

Las diferencias entre varones y mujeres se muestran como algo más acusadas, sólo el 8% de los varones califica su estado de salud como malo, frente al 24% de las mujeres que así lo consideran.

## 9. SALUD MENTAL ENTRE LA POBLACIÓN EXCLUIDA

### 9.1. INTRODUCCIÓN

La salud mental y la salud física son dos aspectos de la vida estrechamente imbricados e interdependientes. Los avances científicos han mostrado que, al igual que muchas enfermedades físicas, los trastornos mentales y conductuales son resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

A finales del año 2001, la OMS publicaba uno de los informes más importantes sobre la salud en el mundo<sup>14</sup>, cuyo tema monográfico era la salud mental. La OMS, a través de su directora general, la Dra. Gro Harlem Brundtland, transmitía un sencillo mensaje: la salud mental, a la que durante tanto tiempo no se le había prestado la atención merecida, era fundamental para el bienestar general de las personas y de los países; y proponía abordar la salud mental con el esfuerzo decidido hacia algunos principios. Principios como los de no discriminación por motivo de enfermedad mental, y el derecho a vivir y a trabajar en la comunidad.

El informe aportaba datos de gran interés: más del 25% de la población padece trastornos mentales y conductuales en algún momento de la vida. Los trastornos mentales y conductuales son universales, en el sentido de que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y a varones, a población residente en entornos urbanos y rurales, así como a ricos y pobres.

En dicho informe también se analizaba el impacto social y económico que la enfermedad mental (EM) produce sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Bajo esta perspectiva, la EM se muestra más compleja, más dura, más hiriente y más desesperanzadora entre la población en exclusión social.

---

<sup>14</sup> OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.

Ante esta situación y bajo la hipótesis inicial de que una parte de la población excluida y en riesgo de exclusión social de la Diócesis de Madrid, soporta trastornos mentales y conductuales, se ha investigado para poder determinar y cuantificar los niveles de salud mental de la población objetivo.

## 9.2. INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

El estado de salud mental ha sido evaluado a través del Test SCL-90-R<sup>15</sup>. El Symptom Check List fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la evaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de screening como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como Hopkins Symptom Check List (HSCL), posteriormente se desarrolló una versión de 90 ítems (SCL-90), la versión final (SCL-90-R) nació en 1977. La adaptación al castellano, se llevó a cabo en 1989 por el grupo de trabajo dirigido por González de la Rivera<sup>16</sup>.

El SCL-90-R es un cuestionario multidimensional, que permite la agrupación de los síntomas en nueve dimensiones psicopatológicas: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. El test se administra mediante la selección de respuesta en una escala tipo Likert de cinco grados (0 no le ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema), y se encuentra integrado por una serie de 90 ítems.

Se trata de un cuestionario sencillo y fácil de aplicar, a la vez que funciona correctamente como medida de la gravedad sintomática como elemento de screening. En el análisis posterior el SCL-90-R proporciona dos niveles de información: global y dimensional.

En el nivel global, se observarán 3 índices diferenciados:

- **GSÍ:** El Índice Global de Severidad hace referencia a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems. Es buen indicador del nivel actual de severidad del malestar, ya que combina el número de síntomas reconocidos como presentes, con la intensidad del malestar percibido.
- **PST:** El Total de Síntomas Positivos hace referencia al número medio de síntomas experimentados por persona.
- **PSDI:** El Índice de Distrés de Síntomas Positivos hace referencia a la intensidad media de los síntomas positivos.

---

<sup>15</sup> DEROGATIS, L. R. SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R (evid) ver-sion. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine, 1977.

<sup>16</sup> GONZALEZ DE RIVERA, J. L., DEROGATIS, L. R., DE LAS CUEVAS, C., GRACIA MARCO, R., RODRIGUEZ PULIDO, F., HENRY BENITEZ, M., MONTERREY, A. L. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. Towson. Clinical Psychometric Research 1989.

En el nivel dimensional, se observarán 9 índices, uno por cada dimensión sintomática.

- **SOM:** El índice de Somatizaciones, evalúa la presencia de malestares que la persona recibe relacionados con diferentes disfunciones corporales.
- **OBS:** El índice de Obsesión-Compulsión, Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- **SIA:** El índice de Sensitividad Interpersonal-Autoestima, se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
- **DEP:** El índice de Depresión, representa una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- **ANS:** El índice de Ansiedad, evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- **HOS:** El índice de Hostilidad, hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones características de la presencia de afectos negativos de enojo.
- **FOB:** El índice de Ansiedad Fóbica, evalúa la respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
- **PAR:** El índice de Ideación Paranoide, evalúa comportamientos paranoides, en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
- **PSIC:** El Índice de Psicoticismo, evalúa los síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Para la evaluación e interpretación del SCL-90-R, se han seguido las instrucciones sugeridas por el equipo liderado por Casullo<sup>17</sup>, en el cual se plantean 4 criterios básicos. Sobre éstos criterios, se han realizado ajustes en los puntos de corte de las puntuaciones T, recomendados al trabajar con población excluida o en riesgo de exclusión social.

Los pasos para la evaluación e interpretación del inventario son:

1. Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
2. Se suman los valores asignados a cada ítem y se divide ese total por el número de ítems respondidos.
3. Se convierte esas puntuaciones directas en puntuaciones T, con media = 50 y desviación típica = 10.
4. Se considera indicativa de una persona AFECTADA O EN GRAVE RIESGO, toda puntuación T igual o superior a 60.

---

<sup>17</sup> CASULLO, M. M., y CASTRO SOLANO, A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90-R. Facultad de Psicología. UBA. Conicet, 1999.

### 9.3. RESULTADOS DE LA APLICACION DEL SCL-90-R

Después de administrar el cuestionario a 223 personas excluidas o en riesgo de exclusión social, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA 6  
ÍNDICES GLOBALES Y DIMENSIONALES DEL SCL-90-R

INDICES	Valor medio	Desviación Típica
GSI	1,22	± 0,57
PST	48,43	± 19,7
PSDI	2,25	± 0,44
SOM	1,33	± 0,78
OBS	1,39	± 0,74
SIA	1,14	± 0,68
DEP	1,50	± 0,79
ANS	1,18	± 0,76
HOS	0,85	± 0,71
FOB	0,81	± 0,81
PAR	1,35	± 0,80
PSIC	0,84	± 0,61

El Total de Síntomas positivos (PST), fue de 48,4 ( $\pm 19,7$ ), lo que significa que cada persona entrevistada experimenta, aunque sea levemente, una media de 60 de los 90 síntomas preguntados.

El índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), ha sido de 2,25 ( $\pm 0,44$ ), lo que se puede traducir en que la frecuencia/intensidad media en que se ha sentido molesto por los síntomas positivos se encuentra entre los valores «2» Algunas veces y «3» Bastantes veces.

El Índice global de Severidad (GSI) registró un valor de 1,22 ( $\pm 0,57$ ). El valor alcanzado en el GSI resulta muy elevado, sí lo comparamos con alguna de las investigaciones realizadas en España. Sirva como ejemplo el estudio llevado a cabo por González de la Rivera<sup>18</sup>, entre otros, en el que aplicando el cuestionario a 570 ciudadanos de la población general de Tenerife, obtuvieron un índice GSI de 0,45 ( $\pm 0,33$ ).

La dimensión sintomática que ha registrado una mayor puntuación ha sido la depresión 1,50 ( $\pm 0,79$ ), seguido de la obsesión-compulsión 1,39 ( $\pm 0,74$ ), ideación paranoide 1,35 ( $\pm 0,80$ ) y la somatización 1,33 ( $\pm 0,78$ ).

Las diferencias existentes en los valores medios, tanto de los índices globales, como de los índices dimensionales, conviene que sean observadas en función de diferentes variables. Las variables más explicativas y discriminantes son: género, edad, hábitat, y relación con la actividad económica.

<sup>18</sup> GONZALEZ DE RIVERA, J. L., DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C., GRACIA MARCO, R., MONTERREY, A. L., RODRIGUEZ PULIDO, F., HENRY BENITEZ, M. Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis* 1990; 11:11-22.

TABLA 7  
**ÍNDICES GLOBALES Y DIMENSIONALES DEL SCL-90-R, SEGÚN GÉNERO, EDAD, HÁBITAT  
Y RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA**

ÍNDICES	Desviación Típica		Género		Edad			Hábitat			Relación con la actividad económica						
	Valor medio		Varón	Mujer	18-34	35-54	55 y +	Sin hogar	Infravivienda normal.	Viv. acogida	Casa acogida	Trab. cualificado	Trab. no cualificado	Taller formación	Mendicidad	No trabaja	Tareas Domésticas
GSI	<b>1,22</b>	± 0,57	1,19	1,24	1,12	<b>1,34</b>	0,98	1,14	0,90	<b>1,36</b>	1,23	0,98	1,22	1,07	1,13	<b>1,30</b>	1,07
PST	<b>48,4</b>	± 19,7	<b>52,6</b>	45,9	44,3	<b>53,1</b>	38,7	46,3	34,2	<b>53,3</b>	49,8	45,4	51,7	40,7	41,4	51,7	38,3
PSDI	<b>2,25</b>	± 0,44	2,04	<b>2,37</b>	2,24	2,26	2,22	2,24	2,30	2,27	2,20	1,95	2,09	2,25	<b>2,36</b>	2,27	2,43
SOM	<b>1,33</b>	± 0,78	1,17	<b>1,43</b>	1,26	1,42	1,15	1,27	1,33	<b>1,44</b>	1,22	0,70	1,21	1,24	<b>1,85</b>	1,36	1,49
OBS	<b>1,39</b>	± 0,74	1,46	1,35	1,26	<b>1,54</b>	1,12	1,04	1,05	<b>1,61</b>	1,42	1,20	1,27	1,28	<b>2,02</b>	1,54	1,11
SIA	<b>1,14</b>	± 0,68	1,07	1,18	1,11	<b>1,20</b>	0,93	1,13	0,87	<b>1,23</b>	1,19	0,86	1,16	1,01	0,69	<b>1,22</b>	1,05
DEP	<b>1,50</b>	± 0,79	1,45	1,54	1,36	<b>1,64</b>	1,23	1,38	1,05	<b>1,70</b>	1,51	1,54	1,58	1,58	1,20	1,56	1,24
ANS	<b>1,18</b>	± 0,76	1,13	1,21	1,08	<b>1,33</b>	0,75	1,08	0,87	<b>1,30</b>	1,22	0,91	<b>1,25</b>	0,83	0,96	<b>1,24</b>	1,08
HOS	<b>0,85</b>	± 0,71	0,79	0,89	<b>0,92</b>	0,87	0,56	0,83	0,65	<b>0,93</b>	0,82	0,93	<b>1,00</b>	0,97	0,67	0,81	0,74
FOB	<b>0,81</b>	± 0,81	0,74	0,86	0,82	0,88	0,49	0,69	0,74	0,90	0,82	0,33	0,65	0,61	0,60	0,90	<b>0,94</b>
PAR	<b>1,35</b>	± 0,80	1,38	1,34	1,16	<b>1,50</b>	1,21	1,46	0,83	1,45	1,48	1,09	1,44	0,85	0,47	<b>1,51</b>	1,08
PSIC	<b>0,84</b>	± 0,61	<b>0,99</b>	0,76	0,62	<b>1,00</b>	0,73	0,86	0,37	<b>0,96</b>	0,90	0,75	0,89	0,57	0,51	<b>0,99</b>	0,47



El PST ha resultado ser más elevado entre los varones y las personas de 35 a 54 años. Concretamente los varones registran una media de 53 síntomas experimentados sobre los 90.

El PSDI, es decir, la frecuencia/intensidad media con la que se ha sentido molesto por los síntomas positivos, ha resultado más alta entre las mujeres y las personas dedicadas a las tareas domésticas.

El GSI ha alcanzado los valores más altos entre las mujeres, las personas entre 35 y 54 años, y entre las personas que actualmente no trabajan.

Por lo que respecta a los índices dimensionales, cabe destacar algunas características de los valores más elevados.

- **Somatización:** Valores más elevados entre las mujeres, la población que reside en vivienda normalizada y las personas que practican la mendicidad como medio de sustento.
- **Obsesión-compulsión:** Destaca entre la población de 35 a 54 años, y resulta más agudizado en los varones que en las mujeres
- **Sensitividad-Interpersonal-Autoestima:** El índice resulta más elevado entre las personas que no trabajan, aquellas que tienen una vivienda normalizada, en el grupo de edad de 35 a 54 años, y entre las mujeres.
- **Depresión:** La depresión afecta en mayor medida a aquellas personas que residen en vivienda normalizada, y algo más a las mujeres que a los varones.
- **Ansiedad:** la ansiedad registra valores muy igualados entre varones y mujeres, sin embargo, destacan, en personas que realizan trabajos no cualificados y que no trabajan.
- **Hostilidad:** La hostilidad obtiene valores más altos entre los más jóvenes y entre aquellos que desempeñan trabajos no cualificados.
- **Fobia:** La ansiedad fóbica destaca principalmente entre las personas dedicadas a las tareas domésticas.
- **Ideación paranoide:** Este índice destaca especialmente entre los que no trabajan.
- **Psicoticismo:** Resulta bastante más elevado entre los varones, en el grupo de edad de 35 a 54 años y en personas que no trabajan.

#### 9.4. PERFIL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

A continuación abordaremos el estudio pormenorizado de las 9 dimensiones de EM y del Índice Global de Severidad. Para el estudio detallado, se han convertido las puntuaciones directas en puntuaciones T, de tal forma que para cada uno de los índices se han diferenciado dos colectivos:

El colectivo compuesto por las personas que registran puntuaciones T inferiores a 60, y que aunque puedan manifestar rasgos de enfermedad mental, éstos no son lo suficientemente acusados como para considerar a esa población como afectada o en riesgo.

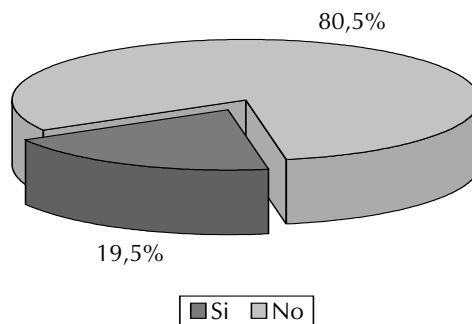
El otro colectivo es el formado por la población que consigue unas puntuaciones T iguales o superiores a 60, y que por tanto se encuentran a más de una unidad de desviación típica de la media, lo que supone que se trata de población afectada o con grave riesgo de padecer trastornos mentales en términos generales, y concretamente de cada una de las dimensiones de salud mental que se han investigado.

El segundo colectivo es el que interesa a los objetivos de esta investigación y el cual se cuantifica y define en las páginas siguientes.

### La dimensión de las somatizaciones

El 20% de la población investigada se encuentra en grave riesgo o afectada por trastornos mentales, relacionados con las somatizaciones.

GRÁFICO 39  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR SOMATIZACIONES  
(EN SOM T > 60)



En la tabla siguiente se ha podido establecer diferencias estadísticamente significativas según las variables: género, nivel de estudios, ocupación y estado civil.

El perfil queda marcado, por una mayor prevalencia de las somatizaciones entre mujeres, personas analfabetas y personas viudas. También resulta especialmente destacado entre las personas que buscan su sustento a través de la mendicidad, y las personas que se ocupan en la realización de tareas domésticas.

TABLA 8  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
 O AFECTADAS POR LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDOS

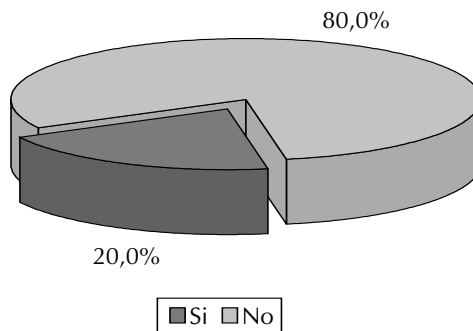
Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .050)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .023)</b>	
• Hombre	13,3	• Soltero/a	18,0
• Mujer	<b>23,4</b>	• Casado/a	11,6
<b>Edad (P &lt; .950)</b>		• Viudo/a	50,0
• 18-24	*	• Separado/a. Divorciado/a	19,6
• 25-34	*	• Otras uniones	20,0
• 35-44	*	<b>Lugar de origen (P &lt; .172)</b>	
• 45-54	*	• Autóctono	*
• 55 y más	*	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .021)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .971)</b>	
• Analfabeto	<b>39,3</b>	• Sin techo	*
• Leer y escribir	18,8	• Viviendas deshabitadas	*
• Primarios incompletos	26,7	• Infravivienda	*
• Primarios	18,9	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	11,7	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	0,0	<b>Apoyo social (P &lt; .213)</b>	
• Univ. Licenciatura	0,0	• Deficiencias de apoyo social	*
<b>Ocupación (P &lt; .011)</b>		• Apoyo social suficiente	*
• Trabajador cualificado	0,0	<b>Convivencia (P &lt; .222)</b>	
• Trabajador no cualificado	8,2	• Vive solo	*
• Taller de formación	10,0	• No vive solo	*
• Mendicidad	<b>60,0</b>		
• No trabaja	20,9		
• Tareas domésticas	<b>30,8</b>		
<b>Total</b>	<b>19,5</b>	<b>Total</b>	<b>19,5</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## La dimensión de la obsesión compulsión

El 20% de las personas excluidas se encuentran en grave riesgo o afectada por trastornos mentales relacionados con la obsesión-compulsión.

GRÁFICO 40  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS  
POR OBSESIÓN-COMPULSIÓN (EN OBS T> 60)



En la tabla siguiente se ha podido establecer diferencias estadísticamente significativas según las variables: ocupación y estado civil.

Existe una tendencia a sufrir en mayor medida trastornos obsesivo-compulsivos entre las personas que no trabajan, y especialmente entre las personas dedicadas a la mendicidad. La variable estado civil también se muestra como estadísticamente significativa, otorgando una mayor probabilidad al padecimiento de la obsesión-compulsión entre las personas solteras.

TABLA 9  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
 O AFECTADAS POR OBSESIÓN-COMPULSIÓN

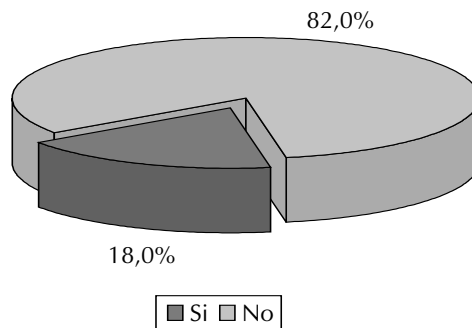
Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .620)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .038)</b>	
• Hombre	*	• Soltero/a	<b>28,3</b>
• Mujer	*	• Casado/a	7,1
<b>Edad (P &lt; .236)</b>		• Viudo/a	12,5
• 18-24	*	• Separado/a. Divorciado/a	17,0
• 25-34	*	• Otras uniones	10,0
• 35-44	*	<b>Lugar de origen (P &lt; .296)</b>	
• 45-54	*	• Autóctono	*
• 55 y más	*	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .097)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .065)</b>	
• Analfabeto	*	• Sin techo	
• Leer y escribir	*	• Viviendas deshabitadas	
• Primarios incompletos	*	• Infravivienda	
• Primarios	*	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	*	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	*	<b>Apoyo social (P &lt; .271)</b>	
• Univ. Licenciatura	*	• Deficiencias de apoyo social	*
<b>Ocupación (P &lt; .012)</b>		• Apoyo social suficiente	*
• Trabajador cualificado	0,0	<b>Convivencia (P &lt; .999)</b>	
• Trabajador no cualificado	16,0	• Vive solo	
• Taller de formación	10,0	• No vive solo	
• Mendicidad	<b>60,0</b>		
• No trabaja	<b>26,9</b>		
• Tareas domésticas	7,7		
<b>Total</b>	<b>20,0</b>	<b>Total</b>	<b>20,0</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## La dimensión de la sensibilidad interpersonal y la autoestima

El 18% se encuentra en grave riesgo o afectada por trastornos mentales, relacionados con la autoestima. Es decir, un 18% tiene problemas relacionados con la baja autoestima.

GRÁFICO 41  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS  
POR BAJA AUTOESTIMA (EN SIA T> 60)



En la tabla siguiente se han podido establecer diferencias estadísticamente significativas sólo y exclusivamente según las variables: género y apoyo social percibido.

De tal manera, que el trastorno de baja autoestima se concentra en mayor medida entre las mujeres, donde lo sufre un 22% de éstas, frente al 11% de varones que lo padecen.

En cuanto al apoyo social percibido, resulta más frecuente el que se registren trastornos de baja autoestima entre aquellas personas que no disponen del apoyo social necesario; la probabilidad de padecer trastorno de baja autoestima es el doble entre estas personas.

TABLA 10  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
 O AFECTADAS POR BAJA AUTOESTIMA

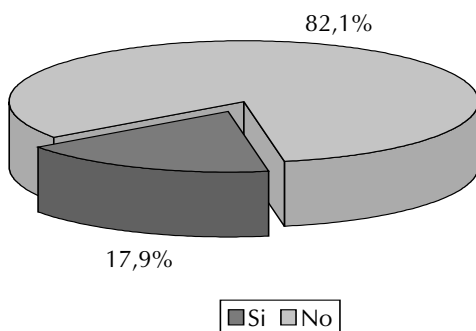
Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .042)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .119)</b>	
• Hombre	11,1	• Soltero/a	*
• Mujer	22,1	• Casado/a	*
<b>Edad (P &lt; .368)</b>		• Viudo/a	*
• 18-24	*	• Separado/a. Divorciado/a	*
• 25-34	*	• Otras uniones	*
• 35-44	*	<b>Lugar de origen (P &lt; .300)</b>	
• 45-54	*	• Autóctono	*
• 55 y más	*	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .917)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .065)</b>	
• Analfabeto	*	• Sin techo	*
• Leer y escribir	*	• Viviendas deshabitadas	*
• Primarios incompletos	*	• Infravivienda	*
• Primarios	*	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	*	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	*	<b>Apoyo social (P &lt; .011)</b>	
• Univ. Licenciatura	*	• Deficiencias de apoyo social	25,5
<b>Ocupación (P &lt; .539)</b>		• Apoyo social suficiente	12,2
• Trabajador cualificado	*	<b>Convivencia (P &lt; .728)</b>	
• Trabajador no cualificado	*	• Vive solo	*
• Taller de formación	*	• No vive solo	*
• Mendicidad	*		
• No trabaja	*		
• Tareas domésticas	*		
<b>Total</b>	<b>18,0</b>	<b>Total</b>	<b>18,0</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## La dimensión de la depresión

La depresión afecta de manera especialmente grave al 18% de la población excluida.

GRÁFICO 42  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR DEPRESIÓN (EN DEP T > 60)



Las diferencias más relevantes tienen relación con las variables edad y nivel de estudios.

La proporción de personas con trastornos depresivos resulta especialmente elevada entre aquellas personas que tienen una edad comprendida entre los 45 y 54 años, concretamente, en este grupo de edad se dan 2,5 veces más los trastornos depresivos que en la media general.

Las diferencias que se observan en función de la variable estudios, resultan especialmente reveladoras, ya que dos colectivos muy diferenciados son los que registran mayores problemas depresivos; de un lado el 32% de las personas que tienen estudios primarios padecen trastornos depresivos, y de otro lado el 30% de las personas con estudios universitarios se encuentra en la misma situación. Cifras considerablemente altas si las contrastamos con el 18% de afectación general de la población.



TABLA 11  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
 O AFECTADAS POR TRASTORNOS DEPRESIVOS

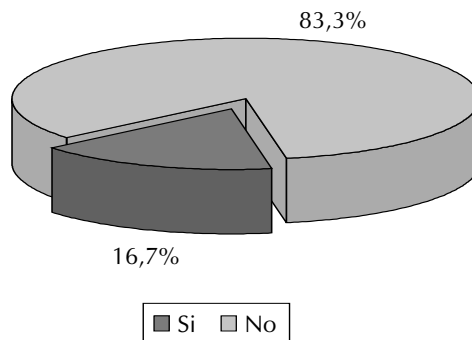
Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .109)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .052)</b>	
• Hombre	*	• Soltero/a	*
• Mujer	*	• Casado/a	*
<b>Edad (P &lt; .001)</b>		• Viudo/a	*
• 18-24	11,1	• Separado/a. Divorciado/a	*
• 25-34	22,6	• Otras uniones	*
• 35-44	11,3	<b>Lugar de origen (P &lt; .616)</b>	
• 45-54	<b>38,9</b>	• Autóctono	*
• 55 y más	4,0	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .024)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .083)</b>	
• Analfabeto	17,9	• Sin techo	*
• Leer y escribir	0,0	• Viviendas deshabitadas	*
• Primarios incompletos	12,2	• Infravivienda	*
• Primarios	<b>32,0</b>	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	13,8	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	0,0	<b>Apoyo social (P &lt; .078)</b>	
• Univ. Licenciatura	<b>30,0</b>	• Deficiencias de apoyo social	*
<b>Ocupación (P &lt; .413)</b>		• Apoyo social suficiente	*
• Trabajador cualificado	*	<b>Convivencia (P &lt; .743)</b>	
• Trabajador no cualificado	*	• Vive solo	*
• Taller de formación	*	• No vive solo	*
• Mendicidad	*		
• No trabaja	*		
• Tareas domésticas	*		
<b>Total</b>	<b>17,9</b>	<b>Total</b>	<b>17,9</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## La dimensión de la ansiedad

La ansiedad resulta un problema importante para el 17% de la población excluida.

GRÁFICO 43  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR ANSIEDAD (EN ANS T > 60)



Solamente existen diferencias estadísticamente significativas, en función del género. Los trastornos de ansiedad afectan en mayor medida a las mujeres. El 21% de éstas padecen problemas de ansiedad, frente al 8,9% de los varones.

TABLA 12  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
 O AFECTADAS POR ANSIEDAD

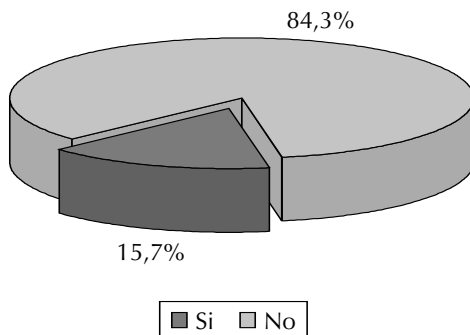
Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .018)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .074)</b>	
• Hombre	8,9	• Soltero/a	*
• Mujer	<b>21,3</b>	• Casado/a	*
<b>Edad (P &lt; .094)</b>		• Viudo/a	*
• 18-24	*	• Separado/a. Divorciado/a	*
• 25-34	*	• Otras uniones	*
• 35-44	*	<b>Lugar de origen (P &lt; .828)</b>	
• 45-54	*	• Autóctono	*
• 55 y más	*	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .492)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .191)</b>	
• Analfabeto	*	• Sin techo	*
• Leer y escribir	*	• Viviendas deshabitadas	*
• Primarios incompletos	*	• Infravivienda	*
• Primarios	*	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	*	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	*	<b>Apoyo social (P &lt; .090)</b>	
• Univ. Licenciatura	*	• Deficiencias de apoyo social	*
<b>Ocupación (P &lt; .419)</b>		• Apoyo social suficiente	*
• Trabajador cualificado	*	<b>Convivencia (P &lt; .482)</b>	
• Trabajador no cualificado	*	• Vive solo	*
• Taller de formación	*	• No vive solo	*
• Mendicidad	*		
• No trabaja	*		
• Tareas domésticas	*		
<b>Total</b>	<b>16,7</b>	<b>Total</b>	<b>16,7</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## La dimensión de la hostilidad

Algo más del 15% de la población excluida registra problemas asociados a síntomas de hostilidad.

GRÁFICO 44  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR SÍNTOMAS DE HOSTILIDAD (EN HOS T > 60)

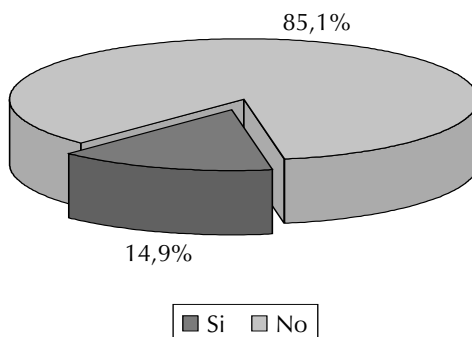


No existen diferencias estadísticamente significativas en función de ninguna de las variables de clasificación. Se puede señalar una cierta tendencia a sufrir en mayor medida estos síntomas, entre la población de 25 a 34 años y las personas que registran déficit de apoyo social.

## La dimensión de la ansiedad fóbica

Algo menos del 15% de la población excluida se encuentra con problemas de ansiedad fóbica.

GRÁFICO 45  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD FÓBICA (EN FOB T > 60)

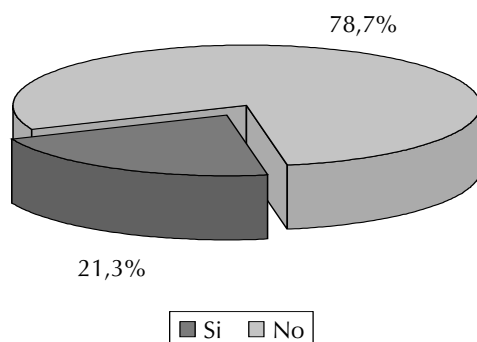


Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en función de ninguna de las variables de clasificación. A modo de tendencia, cabe citar la mayor proporción de personas afectadas entre aquellos de 45 a 54 años y entre las personas con menor nivel de estudios.

### La dimensión de la ideación paranoide

Esta dimensión, correspondiente a comportamientos paranoides en cuanto desórdenes del pensamiento, es en la que mayor proporción de población registra valores T superiores a 60; el 21% se encuentra afectada por esta situación.

GRÁFICO 46  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR IDEACIÓN PARANOIDE  
(EN PAR T > 60)



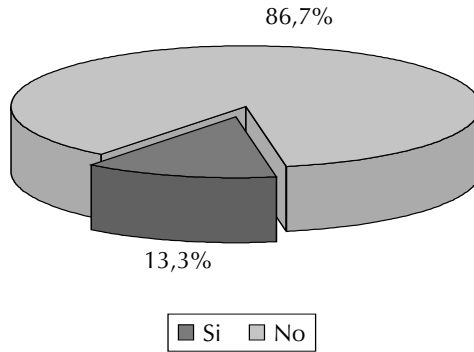
Las escasas diferencias se encuentran en la existencia de una mayor proporción de población con trastornos paranoides entre las personas solteras y entre aquellas que acusan deficiencias de apoyo social.

### La dimensión del psicoticismo

El Psicoticismo, como otra de las dimensiones investigadas a través del SCL-90-R, es la que presenta una menor incidencia entre la población excluida. No en vano, la dimensión aludida, es la que recoge síntomas más prototípicos de crisis temporalmente enmarcadas, tales como comportamiento esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento.

Un 13% de la población investigada sufre este tipo de síntomas de manera que se encuentra en grave riesgo.

GRÁFICO 47  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR PSICOTICISMO (EN PAR T> 60)



Existen dos variables que aportan algunas diferencias significativamente estadísticas, la primera de ellas es el estado civil; en la que se muestra la mayor incidencia de esta dimensión entre las personas solteras y separadas-divorciadas.

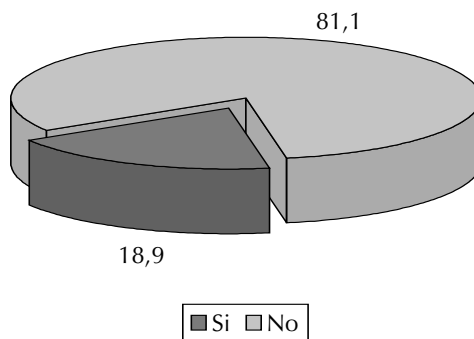
La segunda de las variables que aporta diferencias es la relativa al apoyo social, arrojando una proporción mucho más elevada (22,5%) entre aquellas personas con deficiencias de apoyo social.

### El índice global de severidad

Tal y como explicábamos anteriormente el GSI o Índice Global de Severidad, es un muy buen indicador del nivel de severidad del malestar, ya que combina el número de síntomas reconocidos como presentes, con la intensidad del malestar percibido.

El 19% de la población excluida registra problemas de salud mental de severidad importante.

GRÁFICO 48  
PERSONAS EN GRAVE RIESGO O AFECTADAS POR LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDOS (EN GSI T> 60)



Según los datos de la tabla siguiente el perfil predominante de las personas en grave riesgo por la severidad de los síntomas percibidos, queda establecido sólo y exclusivamente por las variables: género, edad y apoyo social percibido. Las restantes variables no aportan diferencias estadísticamente significativas.

Por **género**, un 23% de mujeres registran índices de severidad que hace que se encuentre en situación de grave riesgo. Lo mismo le ocurre al 33,3% de las personas con edades comprendidas entre los 45 y 54 años, y al 25% de las personas que registran deficiencias de **apoyo social**.

TABLA 13  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS EN GRAVE RIESGO  
O AFECTADAS POR LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDOS

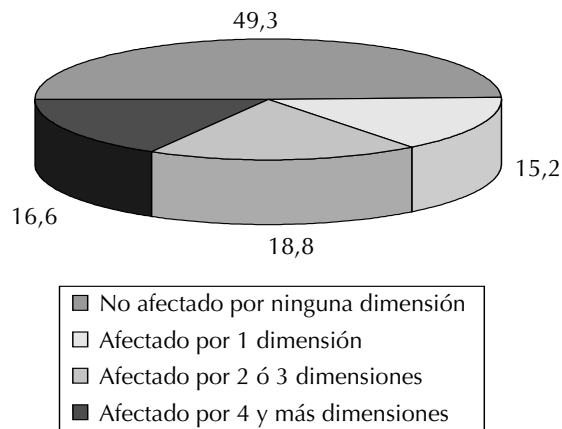
VARIABLES	%	VARIABLES	%
<b>Género (P &lt; .050)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .101)</b>	
• Hombre	12,2	• Soltero/a	*
• Mujer	<b>22,9</b>	• Casado/a	*
<b>Edad (P &lt; .044)</b>		• Viudo/a	*
• 18-24	11,1	• Separado/a. Divorciado/a	*
• 25-34	10,9	• Otras uniones	*
• 35-44	22,4	<b>Lugar de origen (P &lt; .852)</b>	
• 45-54	<b>33,3</b>	• Autóctono	*
• 55 y más	10,7	• Extranjero	*
<b>Nivel de estudios (P &lt; .543)</b>		<b>Hábitat (P &lt; .510)</b>	
• Analfabeto	*	• Sin techo	*
• Leer y escribir	*	• Viviendas deshabitadas	*
• Primarios incompletos	*	• Infravivienda	*
• Primarios	*	• Vivienda normalizada	*
• Secundarios	*	• Casa de acogida	*
• Univ. Diplomatura	*	<b>Apoyo social (P &lt; .043)</b>	
• Univ. Licenciatura	*	• Deficiencias de apoyo social	<b>25,0</b>
<b>Ocupación (P &lt; .405)</b>		• Apoyo social suficiente	14,3
• Trabajador cualificado	*	<b>Convivencia (P &lt; .172)</b>	
• Trabajador no cualificado	*	• Vive solo	*
• Taller de formación	*	• No vive solo	*
• Mendicidad	*		
• No trabaja	*		
• Tareas domésticas	*		
<b>Total</b>	<b>18,9</b>	<b>Total</b>	<b>18,9</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

## 9.5. POLIPATOLOGIA EN EL SCL-90-R

A través del instrumento utilizado para el análisis de la salud mental, el SCL-90-R, podemos establecer que parte de la población se encuentra libre de la afección o del grave riesgo de padecer enfermedad mental, parte se encuentra afectada en al menos una de las nueve dimensiones medidas, y parte sufre la afección de diferentes dimensiones, o dicho de otro modo, se halla afectada por múltiples patologías (dimensiones de EM).

GRÁFICO 49  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXCLUIDA, SEGÚN NÚMERO DE DIMENSIONES DEL SCL-90-R QUE AFECTAN O SITUAN EN GRAVE RIESGO



Aproximadamente el 50% de la población entrevistada no se encuentra afectada por ninguna de las nueve dimensiones medidas en el SCL-90-R. La otra mitad se encuentra en riesgo o afectada por, al menos una de las nueve dimensiones estudiadas. El 35% de la población está afectada o en grave riesgo de estarlo, por más de una dimensión, concretamente el 17% de la población padece cuatro o más de las dimensiones estudiadas por separado anteriormente.

Las características sociodemográficas de la población afectada por cuatro o más dimensiones, se exponen en la siguiente tabla.



TABLA 14  
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR  
 CUATRO O MÁS DIMENSIONES DEL SCL-90-R

Variables	%	Variables	%
<b>Género (P &lt; .088)</b>		<b>Estado civil (P &lt; .000)</b>	
• Hombre	8,4	• Soltero/a	<b>19,6</b>
• Mujer	<b>21,4</b>	• Casado/a	11,6
<b>Edad (P &lt; .349)*</b>		• Viudo/a	6,3
• 18-24	11,1	• Separado/a. Divorciado/a	<b>19,6</b>
• 25-34	14,5	• Otras uniones	0,0
• 35-44	16,3	<b>Lugar de origen (P &lt; .293)*</b>	
• 45-54	<b>30,6</b>	• Autóctono	15,2
• 55 y más	7,1	• Extranjero	19,7
<b>Nivel de estudios (P &lt; .204)*</b>		<b>Hábitat (P &lt; .101)*</b>	
• Analfabeto	21,4	• Sin techo	17,1
• Leer y escribir	5,9	• Viviendas deshabitadas	0,0
• Primarios incompletos	11,1	• Infravivienda	5,9
• Primarios	20,8	• Vivienda normalizada	19,1
• Secundarios	16,7	• Casa de acogida	19,0
• Univ. Diplomatura	12,5	<b>Apoyo social (P &lt; .001)</b>	
• Univ. Licenciatura	20,0	• Deficiencias de apoyo social	<b>19,8</b>
<b>Ocupación (P &lt; .029)</b>		• Apoyo social suficiente	14,2
• Trabajador cualificado	0,0	<b>Convivencia (P &lt; .810)*</b>	
• Trabajador no cualificado	16,0	• Vive solo	19,6
• Taller de formación	10,0	• No vive solo	15,7
• Mendicidad	0,0		
• No trabaja	<b>21,4</b>		
• Tareas domésticas	10,3		
<b>Total</b>	<b>16,6</b>	<b>Total</b>	<b>16,6</b>

\* Las diferencias no son significativas (P > .05).

# CONCLUSIONES

## *I. Conclusiones*

El análisis llevado a cabo en la primera fase de la investigación, ha confirmado por completo las hipótesis de partida. La población con enfermedad mental vive en condiciones educativas, laborales, sociales y económicas, muy desfavorables. La posición de estas personas en los indicadores de exclusión resulta muy por debajo de la media poblacional, e incluso bastante inferior a los indicadores que registra la población discapacitada sin enfermedad mental.

La exclusión social afecta de manera grave a las personas con enfermedad mental y existen varios rasgos, claramente definitorios del fenómeno de la exclusión entre las personas con enfermedad mental.

- El **44%** de las personas con EM son analfabetas. La población con estudios secundarios o superiores apenas alcanza el 21%.
- El **92%** de la población con EM es inactiva y sólo el 3,5% de toda la población está ocupada. La tasa de paro es superior al 55%
- El **58%** de los hogares tiene como fuente principal de ingresos monetarios las pensiones. Para el 14% la mayor fuente de ingresos es una pensión no contributiva.
- El **66%** de la población con EM, se encuentra por debajo del umbral de la pobreza, dispone de unos ingresos inferiores a 301€ /persona/mes.

En la segunda fase de la investigación, se ha estudiado a la población excluida o en grave riesgo de serlo. La investigación ha confirmado la situación de extrema vulnerabilidad en la que viven estas personas.

La población excluida esta compuesta tanto por varones como por mujeres de muy diferentes edades. Cada vez se aprecia una mayor presencia de población extranjera entre los excluidos. El bajo nivel de estudios es uno de los componentes que primero saltan a la vista en el estudio de la exclusión, este bajo nivel de estudios es principalmente acusado entre las mujeres.

Buena parte de la población excluida es población sin techo, otra parte es población que reside en infravivienda. Entre las personas que residen en infravivienda el fenómeno del hacinamiento es especialmente grave, ya que afecta a seis de cada 10 familias.

Las mujeres son protagonistas dentro de la población excluida, ya que sufren en mayor medida y con mayor intensidad todas las consecuencias negativas de la exclusión. Si buena parte de la población excluida tiene cargas familiares, ocho de cada diez mujeres las tienen, y apenas uno de cada diez varones. Si más de la mitad de las personas que trabajan no tienen contrato, siete de cada diez mujeres no lo tienen y tres de cada diez hombres se encuentran en la misma situación.

Como forma de ilustrar lo antedicho, se recogen algunos indicadores precisos de las principales características de la población excluida.

- El **20%** de la población excluida es analfabeta.
- El **20%** de la población excluida que reside en una casa, sufre condiciones de hacinamiento.
- El **61%** de la población excluida tiene cargas familiares, el 79% de las mujeres y el 8% de los varones.
- El **22%** de las familias son monoparentales, principalmente compuestas por una mujer e hijos/as.
- El **23%** de las personas viven solas. Al 82% de éstos, no les gustaría seguir viviendo en soledad, más del 60% querría vivir con su pareja.
- El **50%** de la población excluida no trabaja, el 30% desempeña un trabajo, mayoritariamente no cualificado.
- El **54%** de las personas que trabajan no tienen contrato y el 23% tiene un contrato eventual.

Al principio del informe ya advertíamos que la exclusión no significa únicamente ingresos insuficientes, que iba más allá incluso de la exclusión del espacio laboral, ya que concitaba otros factores; pero no es menos cierto que el nivel económico posee un peso importante en el círculo de la exclusión.

Muchas de las personas que se encuentran en exclusión dependen de las prestaciones o de las pensiones como fuente principal de ingresos, a la vez que los importes que perciben por pensiones y especialmente por prestaciones son muy escasos. Los que perciben un salario por su trabajo, apenas alcanzan el mínimo establecido por el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), por supuesto, las mujeres perciben salarios medios por debajo del SMI.

La pobreza, tal y como la define en términos metodológicos Fco. Javier Alonso Torrén<sup>19</sup>, afecta a más del 60% de la población excluida, al 72% de las mujeres y al 31% de los varones.

---

<sup>19</sup> ALONSO TORRÉN J. y GIMÉNEZ MARIN J., «Objetivos y metodología» en Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe general. EDIS y otros. *Fundación FOESSA-Cáritas*. Madrid, 1998.

- El **72%** de la población excluida depende de las prestaciones o pensiones como fuente principal de ingresos.
- **472 €** son los ingresos medios mensuales por el trabajo, un escaso 102% del SMI (460,50 €)
- **561 €** al mes es el importe medio de las pensiones que reciben.
- **315 €** al mes es el importe medio de las prestaciones económicas que reciben las personas en exclusión, y representan la principal fuente de ingresos para el 47% de esta población.
- **681 €** son los ingresos globales de las familias.
- **335 €** son los ingresos globales por persona y mes.
- El **61%** de la población excluida se encuentra por debajo del umbral de la pobreza, ya que dispone de unos ingresos inferiores a 301€/persona/mes.

Buena parte de la población excluida son usuarios de los servicios sociales, y en la mayoría de las ocasiones completan las ayudas oficiales con las ofrecidas por otras instituciones, entre ellas y de forma especial, la ayuda social de Cáritas.

La formación laboral es uno de los servicios más demandados, junto con ayudas económicas y para la vivienda, pero contiene especial importancia para esta investigación que casi la mitad de la población objetivo utiliza el servicio de atención psicológica, y una buena parte de los que no lo utilizan, lo demandan como necesario.

- El **10%** de la población excluida demanda la utilización del servicio de atención psicológica. El 49% lo utiliza actualmente,
- El **28%** demanda formación laboral y ayudas económicas, el 38% solicita ayudas para la vivienda.

El apoyo social y familiar constituyen dos de los factores de protección e inserción más importantes para los excluidos, sin embargo, son muchas las personas que carecen de estos pilares. En este sentido, la falta de apoyo social y familiar es más grave entre los varones. Muchas personas manifiestan no tener familia, muchas más la tienen pero no les sirve de apoyo.

- El **43%** piensa que no dispone del apoyo social necesario. El 55% de los varones y el 36% de las mujeres.
- El **12%** no mantiene contacto con su familia. Entre los que sí tienen contacto con la familia, el 33% mantiene una relación poco intensa y fluida, ya que pasan más de seis meses sin encontrarse con algún familiar próximo.
- El **29%** no se siente satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando se enfrenta a un problema. El 15% no se siente querido por su familia.

Sólo cuatro de cada diez personas describe su estado de salud como bueno. El deterioro de salud como indicador de exclusión aflora con fuerza en la presente

investigación. El consumo continuado y problemático de sustancias adictivas, principalmente el alcohol, ha afectado y afecta a buena parte del colectivo investigado.

- El **18%** define su estado de salud general como malo. Un 42% lo percibe como regular.
- El **35%** ha consumido de modo continuado y problemático alcohol.

La salud mental entre la población excluida constituye uno de los principales objetivos de la investigación. La aplicación del test psicométrico SCL-90-R, ha aportado resultados de gran importancia. El índice global de severidad que ofrece dicho instrumento psicométrico evidencia, la existencia de grandes diferencias en la prevalencia de problemas de salud mental. El índice obtenido entre la población excluida es tres veces superior al índice medio que se registra entre la población general.

Aproximadamente dos de cada diez personas en exclusión social, padece problemas de salud mental de severidad importante. Las dimensiones de salud mental que más afectan a esta población son las de: ideación paranoide, somatización, obsesión-compulsión, depresión y autoestima.

La mitad de la población investigada sufre al menos una de las dimensiones de las nueve que se han investigado. En la mayoría de las personas que registran trastornos de salud mental, concurren dos o más dimensiones.

Las mujeres vuelven a destacar por sufrir con mayor gravedad los problemas de salud mental. Los trastornos mentales se muestran más severos entre las mujeres, las mujeres que se ven afectadas por problemas en cuatro o más dimensiones de salud mental son más del 20%, frente al 8% de los varones.

- **1,22** es el Índice Global de severidad obtenido en el Test SCL-90-R. El índice resulta bastante superior al obtenido en la aplicación del mismo test a población general (0,45).
- **9** son las dimensiones de salud mental que se han analizado a través del SCL-90-R. El 20% de la población se encuentra en grave riesgo respecto a las dimensiones de somatizaciones y obsesión-compulsión, el 18% respecto a los trastornos depresivos y la autoestima, el 17% frente a la ansiedad, el 15% en relación a la hostilidad y a la ansiedad fóbica, y el 13% con respecto al trastorno psicótico. La dimensión en la que se ve afectada una mayor proporción es la de ideación paranoide (21%).
- El **35%** de la población excluida se encuentra afectada o en grave riesgo de estarlo, por más de una dimensión de las 9 valoradas. El 17% padece cuatro o más de las dimensiones estudiadas.
- El **19%** de la población excluida registra problemas de salud mental de severidad importante.

# BIBLIOGRAFÍA

## I. Bibliografía

- ALONSO TORRÉNS J. y equipo de trabajo EDIS: *Pobreza y desigualdad en la Comunidad de Madrid. Necesidades, Recursos y Balance Social*. Edis, Cáritas Madrid. Ed. Popular. Madrid, 1989.
- ANGULO URIBARRI J. y equipo de trabajo EDIS: *Personas Transeúntes/Sin techo en la provincia de Ciudad Real*. Fondo Social Europeo, Cáritas Diocesana de Ciudad Real, Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha. Madrid, 1999.
- ALONSO TORRÉNS J. y GIMÉNEZ MARIN J.: «Objetivos y metodología» en *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Informe general. EDIS y otros. Fundación FOESSA. Madrid, 1998.
- AYALA CAÑÓN, L. y RENES AYALA, V.: «El estudio de la pobreza en España» en *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Informe general. EDIS y otros. Fundación FOESSA. Madrid, 1998.
- BOBES J, G., PORTILLA, M. P., BASCARAN, M. T., SAIZ, P. A. y BOUSOÑO M.: *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*.
- CASULLO, M. M. y CASTRO SOLANO, A.: *Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos*. Aportaciones del SCL-90-R. Facultad de Psicología. UBA. Conicet, 1999.
- CASULLO, M. M., y otros.: *Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo*. Facultad de Psicología UBA. Buenos Aires, 2002.
- DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C., GONZALEZ DE RIVERA, J. L., HENRY BENITEZ, M., MONTERREY, A. L., RODRIGUEZ- PULIDO, F., GRACIA MARCO, R.: *Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general*. Anales de Psiquiatría 1991;7 (3); 27-30.
- DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C., GONZALEZ DE RIVERA, J. L., HENRY BENITEZ, M., GRACIA MARCO, R.: *Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. Psiquis 1991; 12: 19-29.
- DEROGATIS, L. R.: *SCL-90-R, Administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore. Johns Hopkins University, School of Medicine 1977.
- GOMEZ GONZALEZ, E.: «Descripción analítica de la población pobre» en *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Informe general. EDIS y otros. Fundación FOESSA. Madrid, 1998.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L., DE LAS CUEVAS, C., GRACIA MARCO, R., RODRIGUEZ PULIDO, F., HENRY BENITEZ, M., MONTERREY, A. L.: *Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife*. Psiquis 1990; 11: 11-22.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L., DEROGATIS, L. R., DE LAS CUEVAS, C., GRACIA MARCO, R., RODRIGUEZ PULIDO, F., HENRY BENITEZ, M., MONTERREY, A. L.: *The spanish version of the SCL-90-R*.



- Normative Data in the general population.* Towson. Clinical Psychometric Research 1989.
- GONZALES DE RIVERA, J. L., DE LA HOZ, J. L., RODRIGUEZ- ABUIN, M., MONTERREY, A.L.: *Disfunción temporo-mandibular y psicopatología; un estudio comparativo con la población general y pacientes psiquiátricos ambulatorios.* Anales de Psiquiatría 1999; 15 (3):91-95.
- HOUSE, JS, ROBBINS, C., METZNER, H. L.: *The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study.* Am J Epidemiol 1982;116: 123-40.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. Madrid, 1999.
- LORENTE, E.: «La exclusión laboral de los enfermos mentales». *El País*, 11 mayo de 2004.
- MUÑOZ, M., VAZQUEZ, C., VAZQUEZ, J. J.: *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid.* Ed. Témpora. Madrid, 2003.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra, 2001.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Health systems: improving performance.* Ginebra, 2002.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro.* Ginebra, 2003.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia.* Ginebra, 2004.
- Real Patronato sobre Discapacidad. *La discapacidad en España: Datos Estadísticos.* Madrid, 2003.
- SEBOURNE, C. D., STEWART, A. L.: *The MOS Social Support Survey.* Soc Sci Med 1991; 32: 705-14.
- SERRANO, A y ARRIBAS, A.: *¿Pobres o excluidos? El Ingreso Madrileño de Integración en perspectiva comparada.* M.º de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Argentaria. Ed. Visor, col. Igualdad. Madrid, 1998.
- TEZANOS, J. F. *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales.* Ed. Sistema. Madrid, 2001.
- WILLIAMS, A. W., WARE, J. E. Jr. DONALD, C. A.: *A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations.* J. Hlth Soc Behav 1981; 22:324-36.

# ANEXO

## I. Anexo

### LA SALUD MENTAL ENTRE LA POBLACIÓN EXCLUIDA

#### Cuestionario de consulta

**Presentación:** Buenos/as días/tardes/noches. Si no te importa me gustaría tutearte para que los/as dos estemos más cómodos/as. Estamos realizando un estudio sobre la situación de las personas con problemas en el municipio de Madrid. El objeto de este estudio es conocer lo mejor posible esa situación. Para ello, te vamos a hacer una serie de preguntas sobre ti y sobre aspectos de tu vida cotidiana. Nos gustaría que tuvieras presente que este acercamiento lo hacemos con un profundo respeto hacia ti. Aprovecho para decirte que se trata de un estudio estrictamente científico, en el que tu colaboración nos resulta de gran interés. Tus respuestas serán tratadas de forma estadística y totalmente anónima.

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | 1. Género  |
| 2. <input type="checkbox"/> | 1. Hombre  |
| 3. <input type="checkbox"/> | 2. Mujer   |
| 2. <input type="checkbox"/> | 2. ¿Cuál es tu edad?   |
| 3. <input type="checkbox"/> | 3. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que has terminado?          |
|                             | 1. Analfabeto  |
|                             | 2. Sólo leer y escribir  |
|                             | 3. Primarios incompletos   |
|                             | 4. Primarios completos (Graduado Escolar)                          |
|                             | 5. Secundarios (ESO, Bachillerato, Ciclo Formativo de Grado Medio) |
|                             | 6. Diplomatura o Ciclo Formativo de Grado Superior                 |
|                             | 7. Licenciatura y/o Doctorado                                      |

4.

4. Actualmente ¿A qué te dedicas? ¿Trabajas en algo?  
.....  
.....  
.....

**La P. 5 y la P. 6 SÓLO se le formularán a aquellas personas que respondan que se encuentran trabajando actualmente**

5.

5. ¿Tienes contrato?  
1. Sí, indefinido  
2. Sí, eventual  
3. Trabajador por cuenta propia. Autónomo.  
4. No tengo contrato

6.   
euros

6. ¿Podrías decirme a cuánto ascienden aproximadamente los ingresos por el trabajo realizado a lo largo de un mes?

Pts.

7.

7. ¿De dónde eres?  
1. Comunidad de Madrid  
2. Español de otra Comunidad Autónoma  
3. Extranjero con permiso de residencia  
4. Extranjero «en trámite» de permiso de residencia  
5. Extranjero sin permiso de residencia

8.

8. ¿Dónde vives/duermes habitualmente?  
1. En la calle  
2. En albergues  
3. En pensiones  
4. En viviendas o talleres deshabitados  
5. En infravivienda o chabola  
6. En vivienda normalizada

9.

9. ¿Cuántos metros cuadrados tiene la vivienda en la que resides?

**La P. 9 NO se formulará a aquellas personas que residan en la calle, en albergues o en pensiones.**

10.

10. ¿Cuál es tu estado civil?  
1. Soltero/a  
2. Casado/a  
3. Viudo/a  
4. Separado/a. Divorciado/a  
5. Otras uniones

11.

11. ¿Tienes hijos?

1. No
2. Sí

12.

12. ¿Cómo definirías tu estado de salud general?

1. Mal
2. Regular (achaques)
3. Bien

**13-102. A continuación te preguntaré por una serie de problemas que tiene la gente. En cada caso, tienes que pensar hasta qué punto te has sentido molesto/a por ese problema durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS incluido hoy. No hay que olvidar que hay que contestar a todas las cuestiones que se plantean.**

*(Respuesta Tipo)*

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Rara vez</li><li>3. Algunas Veces</li><li>4. Bastantes veces</li><li>5. Casi siempre</li></ol> |
|--|

13.

13. ¿Tienes dolores de cabeza?

14.

14. ¿Sientes nerviosismo o agitación interior?

15.

15. Tienes pensamientos desagradables que no se te van de la cabeza?

16.

16. ¿Tienes sensación de mareo o desmayo?

17.

17. Has notado falta de interés en las relaciones sexuales?

18.

18. ¿Criticas o juzgas a otras personas negativamente?

19.

19. ¿Sientes que otra persona puede controlar tus pensamientos?

20.

20. ¿Sientes que otras personas son culpables de lo que te pasa?

21.

21. ¿Tienes dificultad para recordar las cosas?

22.

22. ¿Te preocupa la falta de ganas por hacer algo?

23.  23. ¿Te sientes fácilmente irritado/a o enfadado/a?
24.  24. ¿Tienes dolores en el pecho?
25.  25. ¿Sientes miedo a los espacios abiertos o la calle?
26.  26. ¿Te sientes decaído/a o bajo de energías?
27.  27. ¿Tienes pensamientos o ideas de quitarte la vida?

**(Respuesta Tipo)**

- |                    |
|--------------------|
| 1. Nunca           |
| 2. Rara vez        |
| 3. Algunas Veces   |
| 4. Bastantes veces |
| 5. Casi siempre    |

28.  28. ¿Escuchas voces que otras personas no oyen?
29.  29. ¿Tienes temblores?
30.  30. ¿Sientes que no te puedes fiar de la mayoría de las personas?
31.  31. ¿Has perdido las ganas de comer?
32.  32. ¿Cualquier cosa te hace llorar?
33.  33. ¿Te sientes incómodo/a con personas del sexo opuesto?
34.  34. ¿Tienes la sensación de estar atrapado/a o encerrado/a?
35.  35. ¿Tienes miedo de repente o sin razón?
36.  36. ¿Sientes que vas a explotar (como arrebatos de cólera) y no te puedes controlar?
37.  37. ¿Tienes miedo a salir solo/a de casa?
38.  38. ¿Te sientes culpable por cosas que ocurren?
39.  39. ¿Tienes dolores de espalda?
40.  40. ¿Te sientes incapaz de terminar las cosas que empiezas a hacer?

41.  41. ¿Te sientes solo/a?
42.  42. ¿Te sientes triste?
43.  43. ¿Te preocupas demasiado por todo lo que pasa?
44.  44. ¿Tienes la sensación de no tener interés por nada?
45.  45. ¿Tienes miedos?
46.  46. ¿Te sientes herido con facilidad o demasiado sensible?
47.  47. ¿Tienes la impresión de que la gente sabe lo que estás pensando?
48.  48. ¿Tienes la sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso?
49.  49. ¿Tienes la impresión de que no le caes bien a la gente, de que no les gustas?
50.  50. ¿Tienes que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que las haces bien?
51.  51. ¿Sientes que el corazón te palpita, te late muy fuerte o se acelera?
52.  52. ¿Tienes náuseas o malestar en el estómago?
53.  53. ¿Te sientes inferior a los demás?

***(Respuesta Tipo)***

- |                    |
|--------------------|
| 1. Nunca           |
| 2. Rara vez        |
| 3. Algunas Veces   |
| 4. Bastantes veces |
| 5. Casi siempre    |

54.  54. ¿Sientes dolores musculares (calambres en manos, brazos o piernas)?
55.  55. ¿Tienes la sensación de que te vigilan, te miran o hablan de ti?
56.  56. ¿Tienes problemas para dormirte?

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 57. <input type="checkbox"/> | 57. ¿Tienes que comprobar una y otra vez lo que haces?  |
| 58. <input type="checkbox"/> | 58. ¿Tienes dificultades para tomar decisiones?   |
| 59. <input type="checkbox"/> | 59. ¿Tienes miedo de viajar en tren, autobús o metro?   |
| 60. <input type="checkbox"/> | 60. ¿Tienes dificultades para respirar?   |
| 61. <input type="checkbox"/> | 61. ¿Sientes calor o frío de repente?   |
| 62. <input type="checkbox"/> | 62. ¿Tienes que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que te dan miedo?                     |
| 63. <input type="checkbox"/> | 63. ¿Se te queda la mente en blanco?  |
| 64. <input type="checkbox"/> | 64. ¿Sientes entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?                                   |
| 65. <input type="checkbox"/> | 65. ¿Sientes que tienes un nudo en la garganta?   |
| 66. <input type="checkbox"/> | 66. ¿Te sientes desesperanzado/a con respecto al futuro?<br>¿Has perdido las esperanzas en el futuro? |
| 67. <input type="checkbox"/> | 67. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que estás haciendo?                                    |
| 68. <input type="checkbox"/> | 68. ¿Sientes flojedad, debilidad, en alguna parte del cuerpo?   |
| 69. <input type="checkbox"/> | 69. ¿Te sientes tenso/a o agitado/a?  |
| 70. <input type="checkbox"/> | 70. ¿Sientes pesadez en los brazos o las piernas?   |
| 71. <input type="checkbox"/> | 71. ¿Tienes pensamientos sobre la muerte?   |
| 72. <input type="checkbox"/> | 72. ¿Comes demasiado?   |
| 73. <input type="checkbox"/> | 73. ¿Te sientes incómodo/a cuando la gente te mira o habla acerca de ti?                              |
| 74. <input type="checkbox"/> | 74. ¿Tienes ideas o pensamientos que no son los tuyos?  |
| 75. <input type="checkbox"/> | 75. ¿Sientes el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien?                                     |
| 76. <input type="checkbox"/> | 76. ¿Te despiertas de madrugada?  |



77.  77. ¿Tienes que repetir algo que haces: contar, lavarte, tocar cosas?
78.  78. ¿Tienes el sueño inquieto o te desvelas fácilmente?
79.  79. ¿Sientes que necesitas romper o destrozar cosas?

**(Respuesta Tipo)**

- |                    |
|--------------------|
| 1. Nunca           |
| 2. Rara vez        |
| 3. Algunas Veces   |
| 4. Bastantes veces |
| 5. Casi siempre    |

80.  80. ¿Tienes ideas o pensamientos que los demás no entienden?
81.  81. ¿Te sientes muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de ti?
82.  82. ¿Te sientes muy incómodo/a en los lugares donde hay mucha gente, por ej. en el cine, en las tiendas?
83.  83. ¿Sientes que todo te cuesta mucho esfuerzo?
84.  84. ¿Tienes ataques de mucho miedo o pánico?
85.  85. ¿Te sientes incómodo/a comiendo o bebiendo en público?
86.  86. ¿Tienes frecuentes discusiones?
87.  87. ¿Te sientes nervioso/a cuando te encuentras solo/a?
88.  88. ¿Sientes que los demás no te valoran como mereces?
89.  89. ¿Te sientes solo/a aunque estés con más gente?
90.  90. ¿Te sientes tan inquieto/a que no puedes ni estar sentado/a tranquilo/a?
91.  91. ¿Tienes la sensación de ser inútil o de no valer nada?
92.  92. ¿Tienes pensamientos de que te va a pasar algo malo?

93.  93. ¿Tienes deseos de gritar o de tirar cosas?
94.  94. ¿Tienes miedo de desmayarte en medio de la gente?
95.  95. ¿Tienes la impresión de que la gente se aprovecha de ti si les dejas?
96.  96. ¿Tienes pensamientos sobre el sexo que te inquietan?
97.  97. ¿Sientes que debes ser castigado/a por tus pecados?
98.  98. ¿Tienes pensamientos o imágenes que te dan miedo?
99.  99. ¿Sientes que algo anda mal en tu cuerpo?
100.  100. ¿Sientes que no tienes a nadie íntimo o cercano?
101.  101. ¿Tienes sentimientos de culpabilidad?
102.  102. ¿Sientes que algo anda mal en tu cabeza?

*Bueno, ya hemos terminado este tipo de preguntas, pasamos ahora a otras preguntas sobre tu situación económica.*

103.   
  
  
  
 103. ¿Percibes, tú o algún miembro de tu hogar, algún tipo de pensión? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

**(Respuesta Múltiple)**

1. No recibe ninguna  $\text{€}$  Pasar a P.105
2. Sí Jubilación
3. Sí. Viudedad
4. Sí. Orfandad
5. Sí. Invalidez-Incapacidad
6. Sí. Pensiones no contributivas
7. Sí. Aportaciones económicas por hijos con minusvalía

**Sólo a los que reciben algún tipo de pensión, se les formulará la P. 104**

104.   
euros 104. En caso de recibir pensión, ¿a cuánto ascienden mensualmente todas las prestaciones?
- Pts.

105.

105. ¿Percibes algún tipo de prestación económica?

**(Respuesta Múltiple)**

1. No recibe ninguna  $\checkmark$  Pasar a P.107
2. Prestación por desempleo
3. Subsidio de desempleo
4. Prestación IMI o Renta Mínima de Inserción
5. Prestación por separación matrimonial
6. Ayuda económica de algún familiar
7. Ayuda económica o en especie de Cáritas
8. Ayuda económica o en especie de de Cruz Roja u otras ONGs

**Sólo a los que reciben algún tipo de prestación económica, se les formulará la P. 106**

106.   
euros

106. En caso de recibir prestación económica, a cuánto ascienden mensualmente todas las prestaciones?

Pts.

107.

107. ¿Me puedes decir a cuánto ascienden los ingresos económicos mensuales por todos los conceptos y por todos los miembros del hogar?

*Volvemos a cambiar de tema, a continuación vamos a hablar de su entorno.*

**108-118. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispones de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesitas? Elige según los siguientes criterios:**

**(Respuesta Tipo)**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Pocas veces</li><li>3. Algunas veces</li><li>4. La mayoría de las veces</li><li>5. Siempre</li></ol> |
|--|

108.

108. Alguien con quien puedas contar cuando necesites hablar

109.

109. Alguien que te aconseje cuando tengas problemas

110.  110. Alguien que te lleve al médico cuando lo necesites
111.  111. Alguien que te muestre amor y afecto
112.  112. Alguien con quien pasar un buen rato
113.  113. Alguien que te informe y te ayude a entender una situación
114.  114. Alguien en quien confiar o con quien hablar de ti mismo y tus preocupaciones
115.  115. Alguien que te abraze
116.  116. Alguien con quién divertirse
117.  117. Alguien que comprenda tus problemas

**118-123. En algún momento de tu vida has consumido de modo continuado y problemático alguna de las siguientes sustancias (fuera de cualquier tratamiento médico).**

***(Respuesta Tipo)***

- |    |    |
|----|----|
| 1. | No |
| 2. | Sí |

118.  118. Alcohol
119.  119. Cannabis (hachís, marihuana, porros)
120.  120. Heroína, Metadona.
121.  121. LSD, Tripis, Speed.
122.  122. Tranquilizantes, Somníferos, Anfetaminas
123.  123. Cocaína, Crack.
124.  124. ¿Con quién vives actualmente?

***(Respuesta Múltiple)***

1. Solo/a
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Hermanos/as
6. Abuelos
7. Otros familiares
8. Amigos/as

**A aquellas personas que no vivan solas se les preguntará la P. 125**

125.
126.
127.
128.
129.
130.
125. ¿Cuántas personas componen tu hogar?
126. ¿Estás satisfecho/a con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?
1. Casi nunca
  2. A veces
  3. Casi siempre
  4. No tengo familia
127. ¿Sientes que tu familia te quiere?
1. Casi nunca
  2. A veces
  3. Casi siempre
  4. No tengo familia
128. ¿Mantienes contacto con tu familia?
1. Sí
  2. No
  3. No tengo familia
129. ¿Cuánto tiempo hace que no has visto a un familiar próximo?
1. Menos de un mes
  2. De un mes a seis meses
  3. De seis meses a un año
  4. De uno a cinco años
  5. Hace más de cinco años
130. ¿Con quién te gustaría vivir?
- (Respuesta Múltiple)**
1. Solo/a
  2. Pareja
  3. Hijos
  4. Padres
  5. Hermanos/as
  6. Abuelos
  7. Otros familiares
  8. Amigos/as

**131-133. Dime por favor si has acudido durante el último año (año 2003) a algún centro de ayuda social o de servicios sociales que te menciono a continuación (A) En caso afirmativo, dime con qué frecuencia (B) y si te resolvieron tu problema (C)**

<b>A: Acudió</b>	<b>B: Frecuencia</b>	<b>C: ¿Resolvieron problema?</b>
1. No	1. Todas las semanas	1. No
2. Sí	2. Una vez al mes	2. En parte
	3. Cada 3 meses	3. Lo resolvieron totalmente
	4. Una vez al año	

131.  A  B  C

131. Centros de Cáritas

132.  A  B  C

132. Centros de Servicios Sociales

133.  A  B  C

133. Centros de la Cruz Roja u otros centros

**134-140. De los siguientes servicios, dime por favor, si los conoces (A) los utilizas (B) y en caso de no utilizarlos si los necesitas (C)**

*(Respuesta Tipo)*

1. No
2. Sí

134.  A  B  C

134. Ayuda a domicilio

135.  A  B  C

135. Rehabilitación por motivo de drogas o alcohol

136.  A  B  C

136. Centros de acogida para la mujer

137.  A  B  C

137. Formación laboral

138.  A  B  C

138. Asistencia psicológica

139.  A  B  C

139. Ayudas para tener o rehabilitar una vivienda

140.  A  B  C

140. Ayuda económica de la administración pública (prestaciones, pensiones, etc.)

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....