



# **TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

## **“POBREZA Y SALUD MENTAL. INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”**

Autora:  
Dª. Melania Santana Medina

Tutor:  
D. Francisco Javier Sánchez Galán

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2024-25

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre, por su apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado dándome la paz que necesito hasta en los momentos más difíciles. A mi hermano, por sacarme una sonrisa incluso cuando no entendía nada.

A mi familia materna, que, aunque la distancia nos separe, siempre me ha hecho sentir su cariño y cercanía, y me han inculcado unos valores muy bonitos desde el amor y el respeto. Y, en especial a mi tío Dani, por haberme motivado a seguir mi camino.

Y a todas aquellas personas con las que trabajo día a día, que han sido una fuente de inspiración para llevar a cabo este trabajo. Gracias por recordarme la importancia de lo que hacemos, por regalarme una sonrisa a pesar de las circunstancias y por enseñarme tanto.

“Los pobres aman con las manos.  
Los pobres aman en la carne y con gula,  
en las peores estampas,  
en condiciones famélicas y con  
todo en su contra.”

Gata Cattana, 2016

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Introducción .....</b>  | 9  |
| 1.1. Justificación .....  | 12 |
| <b>2. Objetivos .....</b>   | 13 |
| 2.1. Objetivos Generales:.....  | 13 |
| 2.2. Objetivos Específicos: .....   | 13 |
| <b>3. Marco teórico .....</b>   | 14 |
| 3.1. Conceptualización de la pobreza .....                                    | 14 |
| 3.1.1. Definición y tipos de pobreza.....                                     | 14 |
| 3.1.2. Otros conceptos a tener en cuenta: Exclusión Social y desigualdad..... | 17 |
| 3.1.3. Cómo se mide la pobreza (indicadores) .....                            | 18 |
| 3.2. Salud mental .....   | 19 |
| 3.2.1. Conceptualización de salud mental y trastornos mentales .....          | 19 |
| 3.2.2. Clasificación de las enfermedades mentales .....                       | 20 |
| 3.2.3. Factores de riesgo.....  | 23 |
| 3.3. El Trabajo Social .....  | 24 |
| 3.3.1. Las funciones del/la Trabajador/a Social .....                         | 25 |
| 3.3.2. Papel del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental.....       | 27 |
| 3.4. Interrelación entre pobreza y salud mental .....                         | 28 |
| 3.5. Recursos y Servicios Sociales en la provincia de Valladolid .....        | 30 |
| 3.6. Marco legislativo .....  | 33 |
| <b>4. Metodología .....</b>   | 35 |
| 4.1. Diseño metodológico .....  | 35 |
| 4.2. Técnicas e instrumentos.....   | 35 |
| 4.3. Población y muestra.....   | 37 |
| 4.4. Procedimientos.....  | 37 |
| <b>5. Análisis y resultados .....</b>   | 39 |
| <b>6. Políticas sociales y propuestas de mejora .....</b>                     | 46 |
| <b>7. Conclusión y discusión.....</b>   | 48 |
| <b>8. Referencias bibliográficas .....</b>                                    | 51 |
| <b>9. Anexos .....</b>  | 57 |
| 9.1. Anexo 1: El índice de privación de Townsend .....                        | 57 |
| 9.2. Anexo 2. Indicador AROPE: Carencia material y social.....                | 58 |

|   |    |
|---|----|
| 9.3. Anexo 3. 06 Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (CIE-11) ..... | 59 |
| 9.4. Anexo 4. Clasificación CIE-11 de trastornos específicamente asociados con el estrés 60   |    |
| 9.5. Anexo 5. Grupos de trastornos del DSM-5.....   | 61 |
| 9.6. Anexo 6. Conceptualización de mecanismos y efectos. Crisis económica y salud mental..... | 62 |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1.</b> Tasa de riesgo de pobreza por Comunidad Autónoma .....     | 39 |
| <b>Gráfico 2.</b> Tasa de riesgo de pobreza con relación a la actividad..... | 40 |
| <b>Gráfico 3.</b> Tasa de riesgo de pobreza por sexo y edad.....             | 41 |
| <b>Gráfico 4.</b> Índice de salud mental según el sexo .....                 | 42 |
| <b>Gráfico 5.</b> Índice de salud mental según edad.....                     | 43 |
| <b>Gráfico 6.</b> Factores que afectan negativamente a la salud mental ..... | 44 |

## **ÍNDICE DE TABLAS**

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Diferencias entre los términos de pobreza y exclusión social .....            | 17 |
| <b>Tabla 2.</b> El índice de privación de Townsed .....                                       | 57 |
| <b>Tabla 3.</b> Indicador AROPE: Carencia material y social.....                              | 58 |
| <b>Tabla 4.</b> Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (CIE-11)... 59  |    |
| <b>Tabla 5.</b> Clasificación CIE-11 de trastornos específicamente asociados con el estrés 60 |    |
| <b>Tabla 6.</b> Grupos de trastornos del DSM-5 .....  | 61 |
| <b>Tabla 7.</b> Servicios del catálogo relacionados con los colectivos de estudio .....       | 31 |

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

| Abreviatura   | Significado   |
|---------------|---|
| <b>AROPE</b>  | At Risk Of Poverty and Exclusion                              |
| <b>CEAS</b>   | Centro de Acción Social                                       |
| <b>CIE</b>    | Clasificación Internacional de Enfermedades                   |
| <b>CIS</b>    | Centro de Investigaciones Sociológicas                        |
| <b>DSM</b>    | Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales          |
| <b>ECV</b>    | Encuestas de Condiciones de Vida                              |
| <b>FITS</b>   | Federación Internacional de Trabajadores Sociales             |
| <b>FOESSA</b> | Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada            |
| <b>INE</b>    | Instituto Nacional de Estadísticas                            |
| <b>OMS</b>    | Organización Mundial de la Salud                              |
| <b>ONG</b>    | Organización No Gubernamental                                 |
| <b>SACYL</b>  | Sistema de Atención a la Salud de Castilla y León             |
| <b>SESPAS</b> | Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria |
| <b>TFG</b>    | Trabajo de Fin de Grado                                       |

## **RESUMEN**

En este Trabajo de Fin de Grado se ha querido analizar si existe alguna relación entre pobreza y salud mental, dos problemáticas sociales profundamente conectadas que afectan a un amplio sector de la población. Para ello se ha examinado los principales factores que influyen en ambas realidades, así como el papel del Trabajo Social en la intervención con personas en situación de vulnerabilidad. Los resultados han reflejado una alta incidencia de problemas de salud mental en personas con bajo nivel de ingresos, desempleo o inseguridad económica, especialmente entre jóvenes y mujeres, lo que confirma la fuerte vinculación entre malestar psicológico y condiciones socioeconómicas precarias. A su vez, se ha constatado la existencia de recursos sociales y sanitarios, llegando a la conclusión de que hay importantes limitaciones en cuanto a su accesibilidad y cobertura. Concluyendo así en que es imprescindible abordar ambas problemáticas de forma conjunta, reforzar los servicios comunitarios y reconocer el papel clave del Trabajo Social como disciplina que articula la atención integral desde una perspectiva preventiva, inclusiva y transformadora. Por ello, se ofrecen una serie de alternativas en cuanto a políticas sociales y propuestas de mejora que tienen en cuenta todo esto.

## **PALABRAS CLAVES**

Pobreza, Salud mental, Exclusión social, Vulnerabilidad y Trabajo Social.

## **ABSTRACT**

This Bachelor's Thesis is aimed to analyze whether there is a relationship between poverty and mental health. These are two social problems strongly connected that affect a large part of the population. To assess this, the main factors that influence both realities have been examined, as well as the role of Social Work in the intervention with people in vulnerable situations. The results of this Thesis have reflected a high impact of mental health problems on people with low income, unemployment and economic insecurity; especially among young people and women. This confirms that there is a strong relationship between psychological distress and precarious socioeconomic conditions. At the same time, the existence of social and healthcare resources have been verified, leading to the conclusion that there are significant limitations regarding their accessibility and coverage. It therefore concludes that it is essential to address both issues jointly, strengthen community services, and recognize the key role of Social Work as a discipline that coordinates comprehensive care from a preventive, inclusive, and transformative perspective. Therefore, a series of alternatives are proposed in terms of social policies and suggestions for improvement that take all of this into account.

## **KEY WORDS**

Poverty, Mental Health, Social Exclusion, Vulnerability And Social Work.

## **1. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, la relación entre pobreza y salud mental representa uno de los desafíos más complejos y urgentes para el bienestar social. Se trata de dos realidades que, aunque a menudo se abordan por separado, están profundamente entrelazadas: las condiciones materiales de vida influyen de manera directa en el equilibrio emocional de las personas, al tiempo que los problemas de salud mental pueden derivar en situaciones de exclusión, aislamiento o empobrecimiento. Esta conexión bidireccional ha sido evidenciada en diversos estudios recientes. Por ejemplo, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025), el 25,8 % de la población española se encontraba en riesgo de pobreza o exclusión social en el año 2024, lo que equivale a unos 12,5 millones de personas. Paralelamente, el Estudio Internacional del Grupo AXA (2024) indica que el 34 % de los españoles encuestados reconocen tener actualmente algún problema de salud mental, una cifra que pone de manifiesto la creciente preocupación social por el malestar psicológico.

Estas cifras adquieren aún más relevancia si se analizan de forma conjunta. La existencia de un problema de salud mental no solo puede surgir como consecuencia de vivir en condiciones de precariedad, sino que también puede ser un factor que mantenga o agrave la situación de pobreza. De hecho, según datos del INE (2019) recogidos por la Confederación Salud Mental España, 8 de cada 10 personas con problemas de salud mental no tienen empleo, lo cual evidencia cómo el deterioro psicológico puede afectar la empleabilidad y dificultar la inclusión social. A su vez, vivir sin ingresos estables, en contextos de inseguridad habitacional o sin redes de apoyo adecuadas, contribuye al desarrollo de trastornos como la ansiedad, la depresión o el estrés crónico. Por tanto, comprender la interrelación entre pobreza y salud mental es fundamental para diseñar estrategias de intervención social eficaces que no traten estos problemas de manera aislada, sino que actúen sobre sus causas estructurales comunes.

Según la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicos (CIS, 2021) sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19 las personas pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas que manifestaron haberse sentido deprimidas o sin esperanza representan un 32,7%, casi el doble que aquellas que se identifican con clase más favorecida, cuyo porcentaje se sitúa en el

17,1%. Tal y como señala el reportaje sobre la pobreza y sus consecuencias para la salud mental, publicado en la Revista Encuentro nº 2 (2021), aunque dicho estudio del CIS está enfocado en época de pandemia, sigue reflejando una realidad que ha estado presente de forma constante a lo largo de los años: las personas con un mayor índice de pobreza se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y presentan más riesgo de desarrollar problemas de salud mental en comparación con aquellas que disponen de mayores recursos económicos.

Factores como la precariedad laboral, la falta de acceso a recursos básicos y la discriminación social entre otras, como se ha dicho anteriormente, puede generar o agravar trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión, el estrés crónico u otros tipos de trastornos mentales. Todo esto no solo afecta a individuos de manera separada, sino que también tiene un impacto social y comunitario. En dicho contexto, la figura del Trabajador/a Social desempeña un papel fundamental en la detección, prevención y abordaje del problema, proporcionando apoyo a las personas en situación de vulnerabilidad y facilitando el acceso a los recursos y servicios que contribuyan a la mejora de su calidad de vida. Esta afirmación que aquí se da en libro "Psiquiatría, salud mental y Trabajo Social" de C. Gómez y R. Zapata se refleja claramente. (2000)

Con este Trabajo de Fin de Grado (en adelante, TFG), por un lado, se pretende realizar un marco teórico con mayor peso que permita abordar y dar a conocer la correlación existente entre la pobreza y la salud mental, centrándose en el primer enfoque planteado: cómo una situación de pobreza o exclusión social puede incidir directamente en el bienestar psicológico de las personas. Para ello, se analizarán estudios académicos, informes institucionales y estadísticas recientes que evidencien esta relación, con el objetivo de comprender cómo factores como la falta de recursos económicos, la falta de una vivienda digna, el desempleo, o el aislamiento social pueden generar o intensificar síntomas de malestar emocional, ansiedad, depresión u otros trastornos psicológicos.

Con este análisis se tratará de conseguir identificar patrones comunes, factores de riesgo y situaciones especialmente vulnerables, así como observar las diferencias en el impacto de la pobreza sobre la salud mental en función del género, la edad, o el contexto sociofamiliar. Asimismo, se explorarán las consecuencias a corto y largo plazo

de vivir en condiciones de precariedad y su relación con la cronificación de problemas psicológicos, todo ello con el fin de establecer un marco teórico sólido que sirva como base para el posterior análisis de la intervención desde el Trabajo Social.

Por otro lado, se tratará la importancia del papel del Trabajador Social en la intervención ante esta problemática. Para ello, se investigará los recursos ya existentes en la provincia de Valladolid para intentar dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Son suficientes los servicios que se ofrecen?, ¿Son fácilmente accesibles para todo el que lo necesite?, ¿Cubren todas las necesidades del colectivo afectado? y, por último ¿Se le está dando la importancia que merece a esta problemática?

A través de este análisis, se pretende visibilizar la relevancia de esta cuestión y reflexionar sobre la necesidad de fortalecer los recursos y estrategias de intervención social para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de pobreza y exclusión social.

Para poder hacer este TFG posible se establecerán unos objetivos generales claros y concretos, a continuación de sus respectivos objetivos específicos sobre los que se guiara este trabajo. Una vez establecidos los objetivos, se pasará a crear el marco teórico, apartado el cual tendrá mayor peso y por ello será más extenso. Aquí es donde el lector encontrara desglosado los conceptos de pobreza y salud mental, con sus respectivas causas, factores y/o consecuencias, y el papel del Trabajo Social en ambas tanto de forma separada como al final de manera conjunta. Al igual que algún otro concepto que se considere importante remarcar para entender mejor el tema a tratar. En consiguiente al marco teórico se encontrará la metodología a emplear de manera más detallada, aunque a lo largo de esta introducción algo se ha ido comentando con respecto a estos. Por último, se acabará con una discusión y conclusión general donde se quiere contestar las cuestiones planteadas previamente con respecto a los recursos hallados en Valladolid destinados al colectivo, quedarán plasmadas las ideas a las que se ha llegado, con alguna mejora en cualquiera de los casos si la hubiese y las dificultades encontradas a la hora de hacer este TFG.

### **1.1. Justificación**

Este TFG surge del gran interés y preocupación por dar respuesta a las necesidades del colectivo protagonista y, al mismo tiempo, visibilizar la importancia del rol de los/as profesionales del Trabajo Social, cuya labor ha sido siempre fundamental en la intervención con personas en situación de vulnerabilidad. Dicho interés se ha visto reforzado por mi experiencia en el Albergue Municipal de Valladolid, donde he tenido la oportunidad de conocer de cerca las dificultades a las que se enfrentan muchas personas en riesgo de exclusión social, así como las limitaciones de los recursos existentes para atender adecuadamente sus necesidades.

Durante el tiempo que estuve yendo al Albergue Municipal de Valladolid, pude observar que muchas de las personas que acudían al recurso en busca de una necesidad tan básica como es un lugar donde pasar la noche también enfrentaban problemas de salud mental. En algunos casos, los usuarios ya contaban con un diagnóstico previo, mientras que en otros, aunque no existiera una evaluación formal, era evidente que la situación de vulnerabilidad que atravesaban estaba afectando gravemente su bienestar psicológico. La incertidumbre, la falta de estabilidad y el aislamiento social eran factores que claramente influían en su estado emocional.

Esta realidad se hizo aún más palpable a medida que fui estableciendo vínculos con algunos de los usuarios, lo que me permitió conocer de cerca sus historias y necesidades. Reflexionando sobre ello, llegué a la conclusión de que el servicio ofrecido, aunque indispensable, no logra cubrir de manera óptima todas las dimensiones del problema. Ya que la atención se centra principalmente en ofrecer refugio y asistencia básica, pero el abordaje de la salud mental quedaba en un segundo plano, ya sea por la falta de recursos especializados, por la ausencia de estrategias específicas para atender esta problemática de forma integral o por la falta de información por parte de los usuarios y los profesionales de la existencia de otros servicios específicos.

En resumen, con este trabajo se pretende revisar la bibliografía existente sobre el tema propuesto, analizar datos estadísticos disponibles en bases de datos y el estudio de las políticas sociales encaminadas a favorecer la vida del colectivo estudiado y las acciones desde el Trabajo Social.

## **2. OBJETIVOS**

A lo largo del presente TFG se pretende alcanzar una serie de metas, de las cuales, ya se han ido introduciendo algunas ideas en los apartados anteriores, pero que a continuación se expondrán de manera clara en forma de objetivos. Dichos objetivos se dividen en objetivos generales y objetivos específicos, que son:

### **2.1. Objetivos Generales:**

1. Analizar la relación existente entre la pobreza y la salud mental, identificando cómo influye en el bienestar psicológico de los individuos.
2. Explorar el papel del Trabajo Social en las intervenciones ante esta problemática, evaluando los recursos existentes en la provincia de Valladolid y las estrategias de intervención.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- 1.1. Identificar los principales factores que influyen en el desarrollo de la pobreza.
- 1.2. Identificar los principales factores que influyen en el desarrollo de problemas de salud mental.
- 1.3. Analizar investigaciones y datos previos que demuestren si existen o no una relación entre la pobreza y la salud mental.
- 2.1. Identificar los recursos y servicios disponibles en la provincia de Valladolid para la atención de personas con problemas de salud mental en situación de pobreza.
- 2.2. Evaluar la accesibilidad y eficacia de estos recursos, analizando posibles barreras que dificulten su uso por parte de la población vulnerable.
- 2.3. Examinar las estrategias y modelos de intervención utilizados por los/as trabajadores/as sociales en este ámbito.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Para el desarrollo del presente TFG se ha analizado y considerado diferentes marcos teóricos procedentes de fuentes académicas y especializadas que abordar la temática de objeto de estudio.

#### **3.1. Conceptualización de la pobreza**

##### **3.1.1. Definición y tipos de pobreza**

Definir pobreza es un tanto complejo porque existen diferentes enfoques, cada autor u organización da su aportación en función de la mirada que se le da al concepto pobreza o al objetivo que persigue. No obstante, existen indicadores aceptados en la comunidad científica con el fin de homogeneizar las investigaciones en pobreza.

Por eso mismo se ha recurrido a un estudio titulado “*La pobreza como problema humano. Relaciones de escasez entre bienes materiales, racionales y espirituales*” de Cristian Mendoza, que a lo largo de cuatro partes intenta hacer una síntesis de las diferentes visiones de la pobreza teniendo presente en todo momento que va a seguir siendo un debate abierto y sabiendo, como ya hemos dicho en el primer párrafo, que es un tema complejo a tratar desde infinitas perspectivas. Mendoza comienza redactando en su introducción que hay quienes ven la pobreza como un fenómeno material, ya sea positivo o negativo; y quienes la ven más como un fenómeno racional o espiritual, que de la misma manera que el otro enfoque, también puede ser positivo o negativo. Ante este problema es muy difícil encontrar una solución que radicalmente acabe con el fenómeno de la pobreza, pero Mendoza da a entender de que si se puede disminuir si cada individuo se conciencia y pone de su parte, ya que la responsabilidad humana es muy importante ante un problema tan humano como este (Mendoza, 2022). Aunque en este TFG cuando hablamos de pobreza nos vamos a referir mayormente a la pobreza como una situación de escasez de recursos materiales/económicos, ya que cuando más delante se analice la base de datos que se usara para sacar los datos necesarios veremos que dichas encuestas se centran en esa visión más cuantitativa. Aun así, es importante tener en cuenta que se puede ser pobre en diferentes ámbitos ya que cuando se habla de la riqueza económica se complementa con la riqueza racional, la cual se refiere a la educación, la autoestima, el prestigio, ...; y con la riqueza espiritual que es la que está relacionada a la paz, a las respuestas religiosas sobre la existencia humana. Ambas

riquezas cuando se alcanzan crean un equilibrio del todo en la persona, en cambio, cuando hay un desequilibrio o falta de estas se habla de pobreza desde la misma mirada, por ello existe la pobreza material, racional y espiritual (Mendoza, 2022).

La pobreza es una condición humana que puede ser objetiva o subjetiva, esta clasificación se repite en prácticamente todos los autores, y alguna idea importante a destacar de este estudio es que la falta de un bien que no se necesita de manera vital o que no sea de interés para el individuo no te hace pobre. Por el contrario, la ligera escasez de un bien que si es esencial para la persona puede llevarle a la pobreza. En resumen, para que la falta o no de un bien haga que alguien sea considerado pobre depende mucho de las condiciones, características y necesidades del individuo. Aquí entraría la visión objetiva y subjetiva de la pobreza (Mendoza, 2022). En conclusión, la pobreza es “la escasez de los bienes necesarios para el desarrollo del individuo, subrayando que el bien humano es material, racional y espiritual”, teniéndose en cuenta que además “es un problema de limitación, donde la escasez es una condición humana que el individuo está llamado a superar en todas sus dimensiones” (Mendoza, 2022, p. 103). Así pues, podría entenderse de tres maneras diferentes:

1. Como una condición de crisis en la historia de la humanidad.
2. Como una condición humana que siempre estará presente en la historia.
3. Una forma de responsabilidad individual por modificar su propio entorno.

Con una mirada más cuantitativa de la pobreza tenemos la perspectiva del INE sobre el tema en cuestión, que es importante plasmar porque a futuros es la base de datos que se usara en este TFG. Así que es importante saber su visión sobre el tema ya que según defina el concepto de pobreza será como se usa a la hora de elaborar sus investigaciones cuantitativas. Por ello, para el INE, como refleja en su informe “La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza” (2006), desde el punto de vista del investigador social clasifica la pobreza en: pobreza objetiva y pobreza subjetiva. Esta clasificación se hace teniendo en cuenta el tipo de información de base que se usa. A su vez, en función del baremo o referencia empleada para constituir los umbrales, se habla de pobreza absoluta y relativa. En último lugar, da importancia a distinguir entre pobreza transversal y pobreza de larga duración o pobreza persistente, ya que a la hora de realizar un estudio hay que tener en

cuenta el tiempo de permanencia en la pobreza porque las situaciones de las personas pueden cambiar, no es un fenómeno estático.

La información que usan para llevar a cabo un estudio de **pobreza objetiva** es la recogida mediante la observación directa del investigador, por lo que las variables habituales son el ingreso o el gasto de los hogares. Este enfoque se usa tanto en el análisis de la pobreza absoluta como en la pobreza relativa.

- **Pobreza absoluta:** no se encuentran cubiertas las necesidades básicas de una persona, es decir, existe una falta de acceso a bienes y servicios esenciales, como la alimentación, la vivienda o el vestido. Este enfoque está estrechamente vinculado al concepto de miseria y, en teoría, debería ser aplicable de manera uniforme en cualquier país o sociedad. Una persona que se considere pobre bajo este criterio sería reconocida como tal en cualquier parte del mundo. Sin embargo, resulta extremadamente complicado, si no imposible, establecer medidas puras de pobreza absoluta que sean universales. (INE, 2006).
- **Pobreza relativa:** concepto estrechamente relacionado a la idea de desigualdad, ya que relaciona a una persona con la pobreza cuando esta se encuentra en una clara situación de desventaja económica y social. Bajo este enfoque, la distinción entre pobres y no pobres depende del nivel de desarrollo de la sociedad específica que se quiere analizar, por lo que no puede aplicarse de manera directa a otras sociedades. En resumen, una persona de un país podría ser considerada pobre y a lo mejor en otro no si se usan los criterios del primer país. (INE, 2006).
- **Pobreza persistente o de larga duración:** retomando la idea de que la pobreza no es un fenómeno estático, es importante tener en cuenta esto cuando se va a realizar un estudio para así analizar a la población en largos períodos de tiempo haciendo hincapié en los cambios y transiciones que hayan podido darse. Una persona en la Unión Europea es considerada pobre de manera persistente si está clasificada como pobre en el último año y al menos dos de los tres anteriores. (INE, 2006).

Con respecto a la **pobreza subjetiva** los análisis se basan en la percepción de los propios individuos u hogares sobre la situación a la que se enfrentan, de ahí su nombre.

Otro concepto del que habla el INE (2006) es de la **privación multidimensional** o pobreza carencial que está ligada a la exclusión social debido a la privatización o falta de acceso a ciertos bienes y servicios necesarios. Se mide con variables no monetarias e indicadores de privación.

Para más adelante es importante tener en cuenta que cualquiera de las encuestas que se analicen no recogen información de personas sin hogar o personas que viven en instituciones, ya que dichos estudios se basan en datos de hogares. Pero estos dos colectivos están afectados por la pobreza, incluso en mayor medida que las personas encuestadas.

### **3.1.2. Otros conceptos a tener en cuenta: Exclusión Social y desigualdad**

El VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (FOESSA) entiende la exclusión social como “un fenómeno de acumulación de dificultades en distintos ámbitos, lo que incluye la pobreza económica pero también el empleo, vivienda, las relaciones sociales o el acceso a sistemas de protección social” (FOESSA, 2019, p. 211). Este constructo abarca mucho más que simplemente la pobreza, pero se podría decir que pobreza es un concepto previo. García Fraga en su libro “*Intervención Sociolaboral con colectivos en riesgo de exclusión social*” (2018) incluye una tabla de Tezanos con las principales diferencias entre ambos términos que se plasma a continuación para ver sintéticamente estas diferencias tan importantes que ayudaran a entender que es pobreza y que es exclusión social.

**Tabla 1**

*Diferencias entre los términos de pobreza y exclusión social*

| Rasgo diferenciador | Pobreza                             | Exclusión social   |
|---------------------|-------------------------------------|--|
| Situación           | Es un estado                        | Es un proceso  |
| Carácter básico     | Personal                            | Estructural  |
| Sujetos afectados   | Individuos                          | Grupos sociales  |
| Dimensiones         | Unidimensional (carencia económica) | Multidimensional (aspectos laborales, económicos, culturales y sociales) |

|                         |                         |  |
|-------------------------|-------------------------|--|
| <b>Ámbito histórico</b> | Sociedades industriales | Sociedades postindustriales y/o tecnológicamente avanzadas |
| <b>Riesgos añadidos</b> | Marginación social      | Crisis de los lazos sociales                               |

Fuente: Elaboración de García Fraga (2018) a partir de Tezanos (1999). P.

Para terminar de concluir este apartado se expondrá brevemente el término de desigualdad, que también es un concepto relacionado con el tema que se está tratando, que se puede definir como una situación en la que las personas no disponen del mismo acceso a los servicios, recursos y posiciones sociales consideradas con más valor, por las siguientes razones: porque a veces algunas partes concretas de la sociedad posicionan a determinados sujetos en mejores condiciones para acceder con mayor facilidad o por el mero significado que le da la sociedad a los acontecimientos creando así juicios de valor sobre que es “bueno” y que es “malo” creando así prejuicios sobre las características personales de cada uno y dando valor a estas (García Fraga, 2018).

### **3.1.3. Cómo se mide la pobreza (indicadores)**

El término pobreza es muy amplio, como se ha explicado anteriormente, por eso con solo la definición y entender el concepto no se puede establecer a quien se considera pobre y quien no, por ello a lo largo de los años se han creado diferentes indicadores e índices que permiten medir el nivel de pobreza de una persona. De entre esos indicadores encontramos el índice de privación de Townsend para medir la pobreza relativa. Este índice se trata de un cuestionario con doce variables que recoge información sobre la forma de vida, incluyendo las condiciones, las costumbres alimentarias, el tiempo libre y la participación en actividades cívicas. Cada hogar tiene una puntuación basada en un índice de privación, y cuanto más alto sea significará que más privaciones habrá (Townsend, 1979). Para más información sobre el índice de privación de Townsend se recomienda ver el [Anexo 1](#).

Otro indicador de pobreza existente, y además usado a nivel europeo, es el indicador At-Risk-Of Poverty and Exclusion o tasa de riesgo de pobreza y exclusión social (en adelante, AROPE) que surgió de la Estrategia Europa 2020 con el fin de impulsar políticas y reformas nacionales en función de los objetivos propuesto a cumplir de aquí a 2030. Este indicador nos da la proporción total que se encuentra en

riesgo de pobreza o exclusión social. Es de los indicadores más amplios y completos porque engloba los siguientes tres elementos: pobreza económica, carencia material y social severa y baja intensidad laboral. Las personas solo se incluyen una vez, aunque estén en más de una de las situaciones antes planteadas (INE, 2025).

Se considera que una persona está en riesgo de pobreza cuando los ingresos de la unidad familiar son inferiores al 60% de la renta mediana, y estos corresponden al año anterior de la entrevista (INE, 2025).

Para calcular la carencia material y social severa para cada miembro del hogar se hace de manera individual a través de trece componentes, de los que siete de ellos son a nivel de hogar y los seis restantes a nivel personal. De los componentes que se van a enumerar en el [Anexo 2](#), los seis que van relacionados a nivel personal no se tienen en cuenta con los menores de 16 años, para ellos los valores de esos elementos se imputan a partir de los recogidos del resto de miembros del hogar mayores de 16 o con 16 (INE, 2025).

En cuanto a la variable de personas que viven en hogares sin empleo o con baja intensidad no se aplica a los estudiantes entre 18 y 24 años, a las personas jubiladas y a las personas inactivas de entre 60 y 64 que su fuente de ingresos principal sean las pensiones, y tampoco se tienen en cuenta en casos de 65 años o más. Y se dice que un hogar tiene baja intensidad laboral cuando las personas de entre 0 y 64 años en edad de trabajar lo hacen por debajo del 20% del potencial durante el año anterior al ser entrevistados. Este dato se determina calculando el ratio teniendo en cuenta el número de meses de trabajo y el total de meses en los que podrían haber trabajado (INE, 2025).

## **3.2. Salud mental**

### **3.2.1. Conceptualización de salud mental y trastornos mentales**

Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) la salud mental es:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades

individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (OMS, 2022, párr. 1).

Además de todo esto, la salud mental es clave para el desarrollo socioeconómico, personal y comunitario. Es un proceso bastante complejo donde es importante el tener en cuenta que cada persona es diferente y vive/siente con diferente intensidad, por esto mismo no siempre que una persona padezca de un trastorno mental o discapacidad psicosocial tiene porque experimentar un nivel más bajo de bienestar mental. A parte, se tiende a asociar salud mental con trastornos mentales, salud mental no es solo la ausencia de estos (OMS, 2022).

Asociado a la salud mental tenemos los trastornos mentales que “se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo” (OMS, 2022, párr. 1). A los trastornos mentales también se les puede llamar problemas de salud mental, pero como indica la OMS (2022), problemas de salud mental incluyen a mayores las discapacidades psicosociales, los estados mentales asociados a angustia severa, la discapacidad funcional o el riesgo de conductas autolesivas.

En el año 2019, una de cada ocho personas en el mundo, es decir, 970 millones de personas, presentaban algún tipo un trastorno mental. De los más frecuentes se encontraban la ansiedad y los trastornos depresivos, que al año siguiente en consecuencia a la pandemia de la COVID-19 aumentaron un 26% en la ansiedad y un 28% en los trastornos depresivos graves (OMS, 2022).

### **3.2.2. Clasificación de las enfermedades mentales**

En la actualidad encontramos dos sistemas establecidos para la clasificación de enfermedades mentales:

- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, creado por la OMS.
- DSM-V: Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, creado por la Asociación Psiquiátrica Americana.

### **3.2.2.1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 y CIE-11)**

Como explica la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019), este documento es una herramienta que sirve para registrar, notificar y agrupar enfermedades, afecciones y trastornos relacionados con la salud y causas externas de enfermedad o muerte. Con esta herramienta se crean códigos alfanuméricos para cada una de las enfermedades y problemas de salud que refleja, permitiendo de este modo almacenar, recuperar y analizar fácilmente los datos diagnósticos, ya que actualmente se ha convertido en una forma estándar de clasificación internacional. Se pretende que esa esta última versión la que se use ya que se creó con el objetivo de actualizar la CIE-10 que llevaba en vigor desde el 1992. En ambas versiones hay un capítulo donde se habla expresamente de los trastornos mentales. En el CIE-10 era el capítulo 5, llamado *Trastornos mentales y de comportamiento*, donde se trataba este tema y clasificaba las enfermedades mentales entre los códigos F01 al F-99 y clasificaba las enfermedades mentales en cinco grupos: si se trataba a una afección fisiológica conocida, si se debía al consumo de sustancias psicotrópicas, la esquizofrenia, los trastornos del humor (afectivos) y los trastornos mentales somatomorfos no psicóticos y trastornos de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos. Por último, hacia una codificación de los intentos de suicidio (CIE-10-ES, 2016).

En la actualidad, la última versión más actualizada es la CIE-11 que amplia y añade nuevas categorías y definiciones para estar al día. Con relación al tema tratado, en este caso se encuentra en el capítulo 6 con el título de "*Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo*". Ya en el título vemos modificaciones, porque se ha incluido en esta categoría los trastornos del desarrollo. En esta versión de la CIE hay una clasificación bastante extensa cada trastorno con sus subcategorías. En la tabla incluida en el [Anexo 3](#) se muestra todas las categorías principales en las que están clasificados los trastornos. Dentro de las categorías que se exponen aparecen otras subcategorías más específicas que divide cada trastorno en función de sus características. Estas subcategorías son casi infinitas, por lo tanto, a modo de ejemplo en el [Anexo 4](#) se expone los trastornos asociados con el estrés con sus correspondientes. Como muestra dicha tabla el resto de categorías se divide de igual manera, pero con sus códigos adecuado.

### **3.2.2.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)**

La última actualización del DSM-5 es el DSM-5-TR, publicado en 2022, pero como no se ha podido tener acceso a él se hablará del DSM-5 publicado en el año 2013. Este manual muestra una guía diagnóstica de los trastornos mentales existentes con su debido código sacado del CIE-9-MC junto al código CIE-10 entre paréntesis. A diferencia la CIE, el DSM aporta unas características y definiciones más detalladas de los trastornos mentales con el objetivo ayudar a los profesionales a diagnosticar con mayor precisión. En cambio, el CIE está centrado en hacer una clasificación numérica de los trastornos. Ambos manuales se complementan, hasta el punto de tener el objetivo común de armonizar el DSM-5 con la CIE-11 adoptando una estructura organizativa común (DSM-5, 2014).

Gracias a este manual se puede elegir el tratamiento adecuado a cada trastorno, estudia la prevalencia de estas, ayuda a planificar los servicios de salud y hace investigaciones científicas. En concreto, esta versión tiene unos criterios diagnósticos más flexibles y realistas pudiéndose clasificación de cada trastorno en leve, moderado o grave, en función de la intensidad de cada caso individual ya que muchos de los trastornos no tienen unos límites claros. Está dividido en tres secciones: en la primera (Sección I) se explican las pautas a seguir del manual y los conceptos básicos, en la segunda (Sección II) se desarrollan los trastornos con criterios oficiales respaldados por evidencias y utilizados en prácticas clínicas organizados en capítulos basados en grupos de trastornos relacionados, y en la tercera (Sección III) encontramos herramientas y modelos en desarrollo. En la actualidad, gran parte del contenido de la CIE-11 como el del DSM-5 coincide gracias a la armonización que se ha intentado hacer a través de la colaboración directa de los equipos de ambos manuales (DSM-5, 2014).

A partir de los grupos que se pueden ver en el [Anexo 5](#) se desarrollan clasificadas según su adecuación los trastornos mentales tratando así los siguientes apartados: criterios diagnósticos, características diagnósticas, características asociadas que apoyan el diagnóstico, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, diagnóstico diferencial, comorbilidad, y si los hubiera los aspectos diagnósticos relacionados con el género y los marcadores diagnósticos (DSM-5, 2014).

### **3.2.3. Factores de riesgo**

Las causas de las enfermedades mentales no están del todo claras, pero hay varios factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que pueden ser detonantes para padecer un trastorno mental, o por lo contrario ser un factor de protección. Personas que se encuentran en una situación de pobreza, que están expuestas a violencia, sufren de alguna discapacidad o están en un contexto de desigualdad tienen mayor riesgo de sufrir de trastornos mentales ya que son más vulnerables, todas estas circunstancias son conocidas como factores sociales, económicos, geopolíticos y ambientales (OMS, 2022).

Como explica la OMS, entre los factores de riesgo y de protección encontramos los factores psicológicos y los biológicos individuales (por ejemplo, la genética, las habilidades emocionales o el consumo de estupefacientes). Tanto estos factores como los mencionados anteriormente, se ven en ocasiones influenciados por los cambios que se puedan experimentar en la estructura o actividad del cerebro (OMS, 2022).

Para Gómez y Zapata (Gómez y Zapata, 2000), hay cuatro factores de riesgo según el modo en que actúan sobre la personalidad para desarrollar una enfermedad mental:

- Factores endógenos: dentro de estos encontraríamos los factores que están relacionados con los heredados y los que son constitucionales (internos), es decir, que están presentes desde el nacimiento.
- Factores orgánicos o exógenos: se refiere a las lesiones que pueden darse a lo largo de la vida en el cerebro humano a causa de una enfermedad física, y tienen por nombre exógenos porque vienen dados por el exterior.
- Factores psicológicos: los relacionados con la propia persona y los conflictos que pueda tener consigo mismo.
- Factores sociales: aparecen cuando el medio ambiente influye en el individuo. Este factor está directamente relacionado, entre otros desencadenantes, con la pobreza.

Todos estos riesgos a los que se puede ser expuestos se pueden manifestar en cualquiera de las etapas del ciclo vital, pero es más trascendente en la primera infancia debido a la sensibilidad que se tiene (OMS, 2022).

### 3.3. El Trabajo Social

Aunque los temas principales de este TFG sean la pobreza y los trastornos mentales, y después de tener una idea clara sobre ambas, se considera importante dedicar un apartado exclusivamente al explicar y definir conceptos claves del trabajo social, así como su propia definición. Por lo tanto, se puede definir Trabajo Social según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), como:

Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS, 2014).

Partiendo de esta definición general del trabajo social y teniendo en cuenta a Manuel Moix en su libro de la “*Teoría del Trabajo Social*” (2006), se podría decir que el objetivo de esta profesión es ayudar a personas, familias, grupos, comunidades u organizaciones que lo necesitan a ayudarse a sí mismo. Con el fin de que consigan un mayor bienestar y que haya un mejor funcionamiento social.

Los principios éticos aprobados por los miembros de la FITS (2018) por los que se rige esta profesión y para poder cumplir con los objetivos, son los siguientes:

- Derechos y dignidad humana
- Derecho a la libre determinación.
- Derecho de participación.
- Respeto por las personas.
- Respeto por la privacidad de las familias y la comunidad.
- Reconocimiento de las fortalezas.
- Interdependencia de la persona.
  - Justicia social
- Combatir la discriminación.
- Respeto a las diversidades.

- Acceso a recursos equitativos.
- Desafío hacia las políticas y prácticas injustas.
- Construcción solidaria.
  - Integridad profesional
- Los/las trabajadores/as sociales construyen paz y pueden trabajar con el personal militar para propósitos humanitarios.
- Deben actuar con integridad.
- Responsabilidad de tomar las acciones necesarias para su propio cuidado, profesional y personal.
- Ser conscientes de que tienen que rendir cuentas sobre sus acciones.
- Promover e involucrarse en debates éticos.
- Estar preparados para expresar las razones para su toma de decisiones profesionales informadas por la evidencia y por consideraciones éticas y legales.
- Deber de trabajar para crear las condiciones ambientales necesarias.

(FITS, 2018)

### **3.3.1. Las funciones del/la Trabajador/a Social**

El Trabajo Social ha ido evolucionando con el tiempo, y aún a día de hoy sigue haciéndolo. Por ello cuando se habla de esta disciplina encontramos múltiples visiones, con diferentes matices. Antes de adentrarnos en cuáles son las funciones y que papel ejercen estos profesionales hablaremos de qué cualidades debería tener un/a trabajador/a social porque es muy importante que estos profesionales sean conscientes de sí mismos y de sus prejuicios para que no interfieran a la hora de intervenir con otras personas. Así pues, entre algunas de las cualidades que deberían tener destacan: el deseo comprender sin juzgar y condonar a la otra persona, la humildad de dejar de lado sus propios prejuicios siendo lo más objetivo posible, la imaginación de saber ver las conexiones entre los diferentes procesos, y la creatividad para saber cómo actuar y dar las mejores soluciones a cada circunstancia (Moix, 2006).

Siguiendo esta misma línea las funciones que puedes desarrollar los/as trabajadores/as sociales establecidas por el “*Libro blanco del título de Grado en Trabajo*” Social (2005), son las siguientes:

- Función preventiva: tiene el objetivo de adelantarse a los problemas sociales interviniendo con antelación para que no se agraven. Esta especialmente dirigidas a colectivos vulnerables o en riesgo.
- Función de atención directa: es la intervención más cercana a las personas usuarias y está centrada en el apoyo personalizado para que estos por sí mismo puedan superar los problemas sociales.
- Función de planificación: está basada en el diseño de estrategias y programas para responder a las necesidades sociales detectadas, ya sea a nivel microsocial como a nivel macrosocial.
- Función docente: es parte educativa de la profesión donde los profesionales del Trabajo Social enseñan contenidos teóricos y prácticos para formar a futuros profesionales.
- Función de promoción e inserción social: enfocada a fortalecer las habilidades y autonomía de personas o grupos para su inclusión en la sociedad, y a la elaboración de políticas que permitan adaptar los recursos sociales.
- Función de mediación: tiene el papel de impulsar el diálogo entre personas enfrentadas para promover soluciones justas y acordadas entre ambas partes.
- Función de supervisión: es el acompañamiento de un/a profesional con más experiencia a otro/a.
- Función de evaluación: consiste en analizar los resultados obtenidos en las intervenciones para detectar fallos y mejorar en prácticas futuras, e incluso generar conocimientos teóricos.
- Función gerencial: es cuando el profesional ejerce el rol de líder o dirección en el diseño y control de proyectos y recursos sociales.
- Función de investigación: su objetivo es estudiar y analizar sistemáticamente las realidades sociales para entenderlas mejor y planificar intervenciones fundamentadas en evidencias ajustándolas a la práctica
- Función de coordinación: fundamental para que las personas implicadas en un caso o proyecto trabajen unificadamente y de manera efectiva, por ello hay encargados profesionales del trabajo social para llevar a cabo esta función.

(Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias, 2005).

### **3.3.2. Papel del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental**

Cuando hablamos de las funciones del trabajador social es fácil asociarlos con la ayuda y apoyo a personas, grupos, comunidades, ... que se encuentran con un nivel de pobreza elevado, ya que se tiende a generalizar que el trabajo social es meramente de carácter asistencial y solidario. Pero no es así, el Trabajo Social es mucho más que eso y tiene un ámbito de trabajo muy amplio, por lo que, uno de los sectores para la práctica de esta profesión es la salud mental, tema que se ha estado abordando a lo largo de este TFG y que ahora se lleva al campo de especialización que interesa. El motivo por el que se hace un apartado único para este tema es su importancia para entender mejor las funciones de este y darle el espacio que se merece, ya que junto a otros profesionales de la salud mental, como pueden ser psicólogos o psiquiatras, los/as trabajadores/as sociales también son indispensables.

La práctica del trabajo social en cuanto a salud mental se refiere es muy necesario para poder ofrecer un buen tratamiento clínico a la persona afectada, para las familias y para conseguir que las instituciones necesarias den respuestas a los usuarios que lo necesiten. El trabajador social puede intervenir a nivel preventivo, con los propios equipos de salud mental y en campañas de salud mental. Una vez que se sabe esto, se pasara a explicar y desarrollar con más detalle las funciones a realizar (Gómez Lavín, 2000).

Por lo tanto, según C. Gómez Lavín (2000) el papel del/la Trabajador/a Social en el campo de la salud mental puede ser:

- Trabajo social en el área de prevención a través de una triple visión
  - Papel preventivo (prevención primaria) donde el profesional de trabajo social programa y lleva a cabo programas de protección dirigidos a personas especialmente vulnerables a experimentar trastornos mentales como.
  - Papel de ayuda diagnóstica y terapéutica (prevención secundaria) precoz e individual donde el/la trabajador/a social entraría en juego con la elaboración del llamado “informe psicosocial”.
  - Papel de rehabilitación (prevención terciaria) que se centra en la rehabilitación a nivel familiar, laboral y social de los usuarios para reducir la intensidad y frecuencia de la enfermedad.

- Trabajo social en el equipo de salud mental, donde el papel principal es detectar las condiciones patogénicas en los ambientes concretos, identificar a las personas con mayor riesgo y facilitar el diagnóstico. Todo ello con ayuda del informe psicosocial que consta de dos partes: en la primera se recogen los datos y circunstancias personales, familiares y sociales; y en la segunda se hace una interpretación y valoración de esos datos formulando así un diagnóstico social con posibles medidas sociales correctoras.
  - Detección de los trastornos mentales a dos niveles: a nivel general y a nivel particular.
  - Intervención psicosocial, aunque solo cuando se vea necesario y se crea beneficiosa para el usuario. Si fuese así el profesional de trabajo social debería elaborar un dossier con los datos psicosociales que se ha observado y luego consultarlos con el resto del equipo, en especial con el psiquiatra.
- Trabajo social en campañas de salud mental, incluidas dentro del área de prevención y enmarcadas dentro de un proyecto en concreto.
  - Orientación y educación de la opinión pública, con el objetivo de sensibilizar a la sociedad para que aprendan a identificar dichos trastornos y saber cómo buscar ayuda de manera correcta.
  - Toma de conciencia de las necesidades psicosociales, por eso el Trabajo Social toma una parte importante de esta materia ya que los factores sociales no puede ser competencia de médicos u otros profesionales sanitarios.

### **3.4. Interrelación entre pobreza y salud mental**

El contexto socioeconómico de las personas influye de forma directa en su bienestar psicológico. Según el DSM-5, determinadas situaciones de vulnerabilidad, como la pobreza extrema, la insuficiencia de ingresos o la falta de vivienda adecuada, se reconocen como factores que pueden contribuir tanto a la aparición como al mantenimiento de los trastornos mentales. Estas condiciones, además de generar estrés crónico, limitan el acceso a servicios sanitarios, sociales y de apoyo psicológico, lo que dificulta una atención adecuada y empeora el pronóstico clínico. A ello se suma la falta de acceso a una educación básica y de calidad, que también es considerada un factor social relevante. La escasa formación educativa no solo restringe las oportunidades laborales, sino que condiciona la comprensión de la salud mental, la capacidad para

identificar los síntomas y buscar ayuda, y la adhesión a los tratamientos. En muchos casos, esta carencia educativa forma parte de un círculo de exclusión social que perpetúa la desigualdad y favorece la cronificación del malestar psíquico (DSM-5, 2014).

Para respaldar esta información tenemos el Informe SESPAS del 2020 donde se analiza el cómo afectó la crisis del 2008 a la salud mental de la población española, señalando que las crisis económicas tienen un impacto directo en el bienestar psicológico. A partir de la revisión de numerosos estudios, concluye que durante los años de recesión se produjo un empeoramiento generalizado de la salud mental, especialmente entre los hombres. Entre los principales factores identificados se encuentran las condiciones laborales desfavorables, como el desempleo, los salarios bajos, la precariedad o la inestabilidad laboral, que actúan como catalizadores del malestar psíquico. Este deterioro se manifiesta con mayor intensidad en determinados grupos vulnerables, como las personas migrantes o las familias con fuertes cargas económicas. Además, el informe indica que las desigualdades sociales en salud mental no han disminuido en este contexto (Oliva et al., 2020).

Entre los mecanismos identificados, el primero es el aumento del estrés, provocado por la disminución de ingresos, el riesgo de perder el empleo, los desahucios o la necesidad de emigrar sumado a la incertidumbre ante el futuro que intensifican el malestar emocional. Además, estas situaciones suelen desencadenar conflictos familiares y de pareja, contribuyendo aún más a la aparición de problemas de salud mental. Otro mecanismo relevante es la frustración derivada de no obtener las recompensas esperadas, especialmente cuando se percibe una injusticia. En ocasiones esas injusticias se traducen en agresividad, violencia intrafamiliar o conductas de riesgo como el consumo de sustancias, o también pueden generar el efecto contrario en personas que temen perder su empleo. El último mecanismo es el llamado "efecto presupuestario" que hace referencia a cómo, en situaciones de escasez, la gestión del tiempo, del dinero y de la energía se vuelve más compleja lo que puede derivar en ansiedad u otros trastornos (Oliva et al., 2020). Para tener una visión más clara en el [Anexo 6](#) se ha incluido una imagen que muestra los mecanismos y efectos de la crisis económica en la salud mental creada por el SESPAS adaptada de Catalano et al. Y Dávila y Gonzales López-Valcárcel.

Más allá de estos mecanismos, la pérdida del empleo afecta también a la autoestima y a la identidad personal, al romperse rutinas, contactos sociales y el sentido de pertenencia que proporciona el trabajo. Además, las crisis económicas conllevan habitualmente recortes en los servicios públicos, lo que puede traducirse en menor acceso a la atención en salud mental, reducción de profesionales y programas, y una sensación de abandono institucional que intensifica el sufrimiento psicológico. Por último, la pérdida de capital social y el aumento de las desigualdades también actúan como factores que deterioran la salud mental, generando sentimientos de exclusión, injusticia y marginalidad. No obstante, los efectos de una crisis no son universales ni automáticos: dependen del contexto social, cultural e institucional, así como de las medidas que se adopten para proteger a las personas más vulnerables (Oliva et. al. 2020).

A pesar de todo esto, aunque existe una relación clara entre los efectos de la recesión y el aumento del malestar psicológico. El informe aclara que no siempre se puede afirmar con seguridad que haya una causa directa debido a las limitaciones metodologías y de datos, ya que los estudios no son longitudinales y no permiten seguir a las personas durante largos períodos de tiempo para demostrar esto. Aun así, ante esta situación se hace una serie de recomendaciones donde destacan, por ejemplo, el refuerzo de los servicios comunitarios de salud mental, el desarrollo de políticas activas de empleo, programas de apoyo a familias en situación de pobreza o con necesidades especiales (Oliva et. al. 2020). Por lo tanto, siguiendo este hilo conductor veremos a continuación los servicios y recursos existentes en Valladolid que dan respuesta a estas necesidades.

### **3.5. Recursos y Servicios Sociales en la provincia de Valladolid**

En Valladolid, cada persona puede acudir a su Centro de Acción Social (CEAS) según lugar de residencia pidiendo cita previa a través del 010. Desde allí ofrecen atención personalizada para facilitar el acceso a los distintos recursos sociales disponibles. Estos centros están orientados a atender las necesidades de individuos, familias, grupos y entidades, desarrollando diversas funciones esenciales. Entre ellas, se incluyen la información y orientación sobre derechos y servicios sociales, el apoyo mediante prestaciones como la Ayuda a Domicilio, la intervención preventiva ante

situaciones de exclusión, y la tramitación de ayudas económicas en casos de vulnerabilidad (Ayuntamiento de Valladolid, s.f.).

Desde el Ayuntamiento de Valladolid se ha desarrollado un catálogo de servicios sociales a nivel municipal con la función de ordenar internamente los recursos disponibles y ofrecer a los ciudadanos una guía sobre estos y los requisitos para acceder a ellos. Incluye tres tipos de prestaciones: de servicio, económicas y materiales (Ayuntamiento de Valladolid, 2022). A continuación, se ha elaborado una tabla donde se muestran algunos de esos servicios que van destinados a la población objeto de estudio de este TFG, incluyendo las prestaciones consideradas más importantes para cubrir las necesidades de dichos colectivos. En esta tabla no se han incluido los servicios de información, valoración, seguimiento y prevención, pero es importante tenerlos en cuenta ya que es el primer contacto que se tiene con los servicios sociales para llegar al resto de prestaciones.

**Tabla 7. Servicios del catálogo relacionados con los colectivos de estudio**

| SERVICIO  | OBJETIVO  |
|---|---|
| Comedor social  | Cubre las necesidades de alimentación y sustentos básicos de personas sin hogar o personas domiciliadas que no pueden cubrir esta necesidad por su falta de recursos económicos.                |
| Alojamiento y atención 24 hs para personas sin hogar  | Destinado a personas que carecen de alojamiento y de los medios para ellos. Este servicio ofrece una atención integral adaptada a cada situación.   |
| Prestación económica para necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social | Dirigida a cubrir gastos específicos de personas que no superan la cuantía equivalente a 1,2 veces el IPREM anual y no puedan cubrir por si mismos ni por otras ayudas sus necesidades básicas. |
| Prestación extraordinaria frente a situaciones de deuda hipotecaria                             | Ayuda económica temporal para evitar la pérdida de la vivienda a la persona titular en riesgo por impago  |

|  |  |
|--|--|
|  | y en situación de desempleo.   |
| Servicio integral de apoyo para personas y familias en riesgo de desahucio por deuda hipotecaria | Informar, asesorar y servir de interlocución con las entidades financieras para prevenir la situación.   |
| Facilitación de alojamiento provisional  | Ofrecer alojamiento temporal (máx. tres años) e intervenciones destinadas a la inserción sociolaboral a personas/unidades de convivencia en situación o riesgo de exclusión social sin posibilidad de acceso a un alojamiento. |
| Prestación económica frente a situaciones de deuda por arrendamiento de vivienda habitual        | Ofrecer ayuda económica temporal para el coste del alquiler de la vivienda que se encuentra en situación de impago a personas/familias en situación de vulnerabilidad social y económica.                                      |

Fuente: Elaboración propia a partir del Catálogo de Servicios Sociales (Ayuntamiento de Valladolid, 2022).

Además de estos servicios, dentro del propio catálogo se incluyen los de apoyo técnico a personas en situación de dependencia y/o discapacidad, así como para la inclusión social. De ambos servicios se pueden derivar a otros recursos comunitarios cuando desde el CEAS lo crean necesario (Ayuntamiento de Valladolid, 2022). Por último, Aunque no se incluya dentro del catálogo, destinados también a garantizar unos ingresos mínimos a los ciudadanos tenemos el Ingreso Mínimo Vital y la Renta Garantizada de Ciudadanía.

No obstante, hay una limitación significativa en cuanto a los recursos públicos para las personas que tienen enfermedad mental, a no ser que tengan reconocido un grado de discapacidad o dependencia. Frente a esta carencia, la atención a la salud mental recae principalmente en los recursos del sistema sanitario público que ofrece diferentes centros de salud mental desde donde pedir ayuda o información. Estos son el: Centro de Salud Mental de Parquesol, Centro de Salud Mental Esperanto y Centro de Salud Mental Campo Grande Casa del Barco. Dependiendo de la zona en la que se viva

se deberá ir a un centro u a otro. A esto se suma el Centro Asistencial Dr. Villacián y la Unidad de Rehabilitación Psicosocial Dr. Villacián (SACYL, 2017). Para complementar estos servicios hay algunas entidades del tercer sector en Valladolid destinados a ofrecer ayudas a personas con enfermedad mental. Estas son la Fundación INTRAS y El Puente. Desde INTRAS acompañan a estas personas dando un apoyo individualizado para que puedan lograr cumplir sus proyectos de vida ofreciendo servicios como alojamiento, formación, empleo, asistencia personal, ocio y tiempo libre, apoyo mutuo, rehabilitación psicosocial, .... Trabajando en red con otras entidades para cubrir de manera íntegra todas las áreas. Por otra parte, desde El Puente ofrecen todo tipo de apoyos tanto para las personas con enfermedad mental como para sus familias, para que puedan lograr alcanzar sus proyectos de vida a través de ayuda en el empleo, facilitación de vivienda, promoción del desarrollo personal y la participación comunitaria, y la sensibilización de la sociedad.

### **3.6. Marco legislativo**

Para concluir con el marco teórico, por último, pero no por ello menos importante, se abordará muy brevemente la normativa vigente en materia de pobreza y salud mental. La existencia de los recursos y estrategias de intervención mencionados anteriormente no sería posible sin un marco legal que los respalde y regule, por lo que resulta fundamental conocer las principales leyes y políticas que sustentan estas actuaciones desde el Trabajo Social.

En lo que respecta a la pobreza, cabe destacar la **Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital**, una prestación orientada a garantizar un nivel mínimo de ingresos a las personas y hogares en situación de vulnerabilidad económica. Asimismo, es relevante la **Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030**, que propone una serie de objetivos y medidas para reducir la pobreza, con un enfoque integral y multidimensional. Entre las estrategias que ofrece esta última política encontramos una destinada a la salud mental que tiene como objetivo mejorar el bienestar emocional de la población, garantizar una atención integral y comunitaria a las personas con problemas de salud mental, y apoyar a sus familias, promoviendo su recuperación e integración

social ya que como explica la promoción de la salud mental es un elemento clava para la inclusión social.

En relación con la salud mental, es necesario mencionar la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, cuyo **Capítulo III** está dedicado específicamente a la atención en salud mental, reconociendo la necesidad de un enfoque comunitario y multidisciplinar. Además, la reciente **Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias**, supone un avance importante en cuanto a la protección de derechos, la participación activa en los tratamientos y el acceso a servicios de calidad.

A nivel autonómico, Castilla y León cuenta también con un conjunto normativo que complementa la legislación estatal. Destaca la **Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030**, que marca las líneas prioritarias para el desarrollo de una atención integral, comunitaria y centrada en la persona. En el ámbito organizativo, el **Decreto 83/1989, de 18 de mayo**, regula la estructura y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en la comunidad. En cuanto a la lucha contra la pobreza y la exclusión social, cabe señalar la **Ley 4/2018, de 2 de julio**, de ordenación y funcionamiento de la Red de Protección e Inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica, así como la **Ley 4/2016, de 23 de diciembre**, que adopta medidas para reforzar la cobertura de necesidades sociales derivadas de la crisis económica. Finalmente, la **Ley 5/2021, de 14 de septiembre**, del Tercer Sector Social en Castilla y León, junto con la modificación de la **Ley 8/2006 del Voluntariado**, que contribuye a consolidar una red colaborativa entre administraciones públicas y entidades sociales para atender a las personas en situación de exclusión o con necesidades especiales, incluyendo aquellas relacionadas con la salud mental.

## **4. METODOLOGÍA**

A lo largo de este apartado se hablará de la metodología para poder realizar este trabajo, las técnicas e instrumentos empleadas, el tipo de muestra y los procedimientos divididos por fases.

### **4.1. Diseño metodológico**

El presente TFG se enmarca dentro de una investigación de carácter empírico con un diseño metodológico cuantitativo, ya que en el próximo apartado se utilizarán datos numéricos. Esta elección se ha visto motivada por el querer responder a la necesidad de abordar ambos fenómenos tan complejos y cuantificarla. Por ello, el enfoque cuantitativo se desarrollará mediante la recopilación y análisis de datos estadísticos procedentes de fuentes oficiales. Este análisis se centrará, por un lado, en cuantificar la población afectada por la pobreza en España, atendiendo a variables como la edad, el sexo y la comunidad autónoma de residencia y, por otro lado, se examinará el porcentaje de personas que presentan algún tipo de trastorno mental y se explorará, desde un enfoque estadístico, si existe o no un impacto de la pobreza en la salud mental.

### **4.2. Técnicas e instrumentos**

La técnica que se va a usar en este TFG es el análisis descriptivo basado en los datos más relevantes de las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV) del INE y de un estudio internacional sobre salud mental realizado por el Grupo AXA. Se seleccionará tres gráficas con diferentes variables de cada uno de los estudios de las cuales se hará una descripción explicativa de lo que estas reflejan.

En cuanto a los instrumentos, son los ya dichos, las ECV del INE del 2024 y un Estudio Internacional sobre Salud Mental realizado por el Grupo AXA de 2025. Para entender mejor estos instrumentos es necesario poner en contexto que es el INE y que es la Fundación AXA.

El INE es un organismo autónomo vinculado al Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, encargado de desarrollar estadísticas de interés estatal. Entre sus principales funciones se encuentran la realización de grandes operaciones estadísticas como censos y cuentas nacionales, así como estadísticas sociales, económicas y

demográficas. Además, propone el Plan Estadístico Nacional con ayuda de otros organismos y establece normas comunes para las estadísticas oficiales. Para poder hacer realidad todo esto, mantiene relaciones con entidades internacionales como es la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat). De entre todos los trabajos que realiza se encuentra la ECV que es un estudio anual realizado en hogares, que toma como referencia el antiguo Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Forma parte de un conjunto de estadísticas armonizadas que permiten la comparación entre los países de la Unión Europea y su objetivo principal es ofrecer datos coherentes y comparables sobre diversos aspectos relacionados con la calidad de vida y la cohesión social, tales como: ingresos de los hogares; situaciones de pobreza y carencias materiales; igualdad entre hombres y mujeres; empleo, actividad laboral y cuidado infantil; pensiones, jubilación y condiciones de vida de las personas mayores; condiciones de la vivienda; dinámica regional y migraciones; y educación, salud y su impacto en la situación socioeconómica (INE, 2025).

La Fundación AXA pertenece a la aseguradora AXA y forma parte de la Asociación Española de Fundaciones. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas y crear una sociedad más fuerte haciendo uso de los recursos y conocimientos que cuentan sobre protección y prevención de riesgos. Actúan desde los siguientes ámbitos: prevención y salud, cambio climático, apoyo a la discapacidad, foros de debates y protección, patrimonio y cultura. En este año, 2025, realizaron un estudio internacional sobre salud mental basado en los datos obtenidos mediante encuestas realizadas entre el 8 de octubre y el 11 de noviembre de 2024. Para ello, utilizaron entrevistas en línea a través del Panel de Acceso de Ipsos y aplicaron un método de cuotas para garantizar la representación por sexo, edad, ocupación y región. Además, los datos fueron ponderados para que la muestra reflejara de forma más precisa la estructura demográfica de la población adulta de cada país, teniendo en cuenta el género, la edad, la ocupación y la distribución geográfica. También se aplicó una ponderación adicional para ajustar los resultados a los niveles educativos y de ingresos, en coherencia con las ediciones anteriores del estudio (Fundación AXA, 2024).

### **4.3. Población y muestra**

No se trabajará con una muestra directa de personas, sino con la selección de estudios y documentos explicados anteriormente que abordan la problemática de la pobreza y la salud mental de manera separada desde diferentes contextos, con especial atención al ámbito estatal y, cuando sea posible, con un enfoque específico autonómico. Se ha priorizado la inclusión de estudios recientes para asegurar la actualidad y relevancia de la información recogida.

En primer lugar, como ya se ha dicho se analizará la ECV del 2024 que realiza el INE todos los años. El periodo de recogida fue de febrero a mayo de 2024 con una muestra formada por unas 72.000 personas basándose en los datos del año anterior, es decir, del 2023. Para realizar dichas entrevistas usan un método multicanal ya que ofrecen la posibilidad de responder por internet, por teléfono o de manera presencial. Con respecto al Estudio Internacional de Salud Mental de la Funcación AXA, las encuestas fueron realizadas en 16 países a la población de entre 18 a 75 años, e hicieron 1000 entrevistar por cada país (excepto Alemania, que fueron 2000), en total se llevaron a cabo 17000 entrevistas. Aunque para el análisis descriptivo de este TFG solo se tendrán en cuenta los datos que se obtuvieron en España.

### **4.4. Procedimientos**

Los pasos a seguir han sido los siguientes:

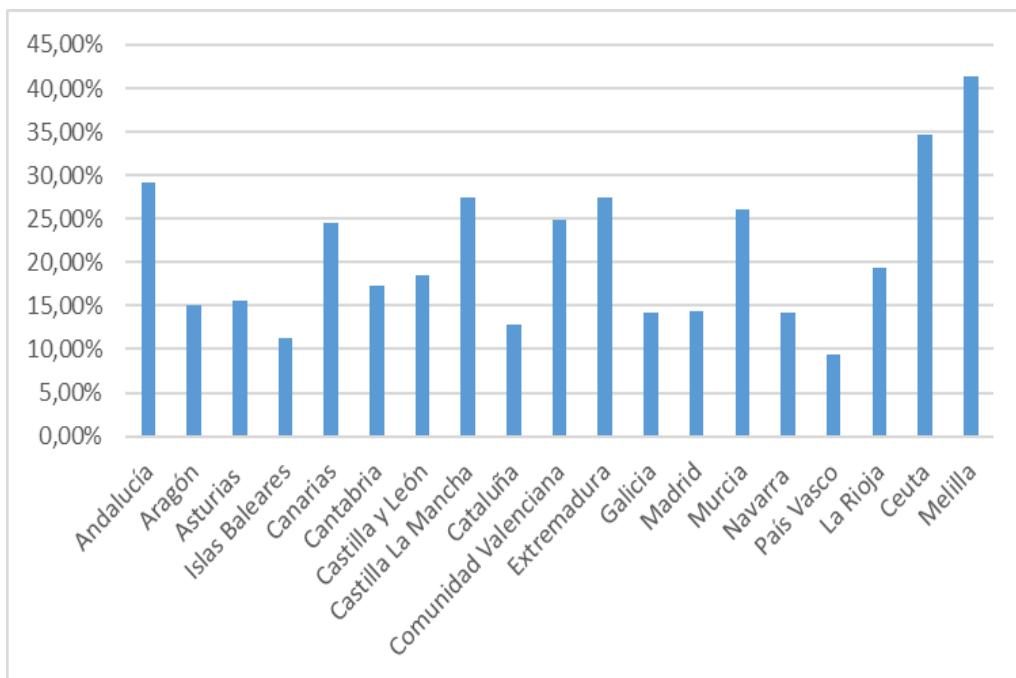
1. Búsqueda y revisión bibliográfica exhaustiva de fuentes secundarias. Esta fase incluyó la consulta de literatura académica, informes institucionales y documentos legislativos que abordasen de manera directa o indirecta la relación entre la pobreza y la salud mental. El propósito de esta etapa fue construir un marco teórico sólido y actualizado, que proporcionara una base conceptual clara para el análisis posterior.
2. Recopilación de datos estadísticos mediante el análisis de informes ya publicados. Se seleccionaron las dos fuentes principales ya nombradas: la ECV y el Estudio Internacional sobre Salud Mental. Estas fuentes se eligieron por su relevancia, fiabilidad y actualidad.
3. Selección de gráficos e indicadores más representativos de la problemática estudiada.

4. Análisis descriptivo de dichos datos. Este análisis consistió en interpretar los resultados ofrecidos por las gráficas seleccionadas, describiendo las tendencias, porcentajes y diferencias entre grupos poblacionales, así como las posibles correlaciones observadas entre pobreza y salud mental.
5. Conclusión y discusión cruzando la información teórica y empírica con los objetivos planteados.

## 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

### ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2024

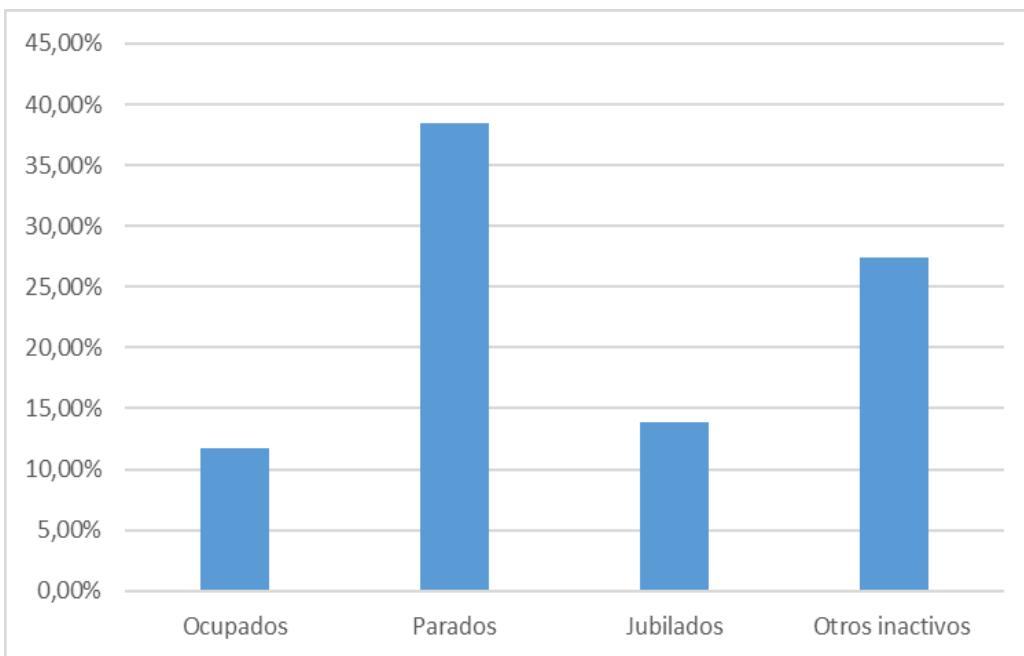
**Gráfico 1.** *Tasa de riesgo de pobreza por Comunidad Autónoma*



Fuente: Elaboración propia a partir del INE, 2024.

Como refleja este gráfico que corresponde a los ingresos del año anterior a la entrevista, existen notables desigualdades territoriales en cuanto al riesgo de pobreza en España. Las tasas más elevadas se registran en Melilla (41,4 %), Ceuta (34,6 %) y Andalucía (19,7 %), lo que evidencia una mayor proporción de población con ingresos por debajo del umbral de pobreza en estas regiones. En el caso de Castilla y León, la tasa se sitúa en un 18,5 %, una cifra por encima de la media nacional, que pone de manifiesto la vulnerabilidad económica de una parte significativa de su población. Por el contrario, las tasas más bajas se observan en el País Vasco (9,4 %), Islas Baleares (11,3 %) y Cataluña (12,9 %), comunidades que, en general, presentan un mayor nivel de renta media y mejores indicadores socioeconómicos. Es importante señalar que el riesgo de pobreza no implica necesariamente una situación de pobreza extrema, sino que hace referencia a personas cuyos ingresos son significativamente inferiores a los del conjunto de la población.

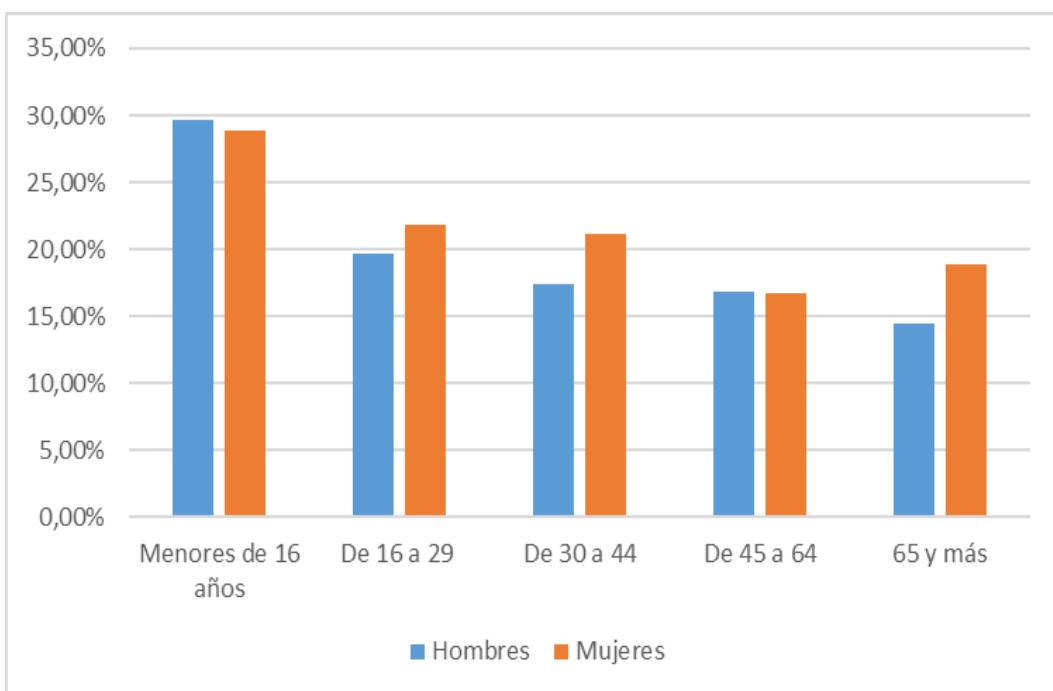
**Gráfico 2. Tasa de riesgo de pobreza con relación a la actividad**



Fuente: Elaboración propia a partir del INE, 2024.

En cuanto a la relación entre la situación laboral y el riesgo de pobreza, los datos del INE (2024) evidencian que las personas en situación de desempleo presentan la tasa más alta, alcanzando el 38,4 %. Esto indica que más de un tercio de las personas paradas viven con ingresos significativamente por debajo del umbral de pobreza, lo que las sitúa en una posición de alta vulnerabilidad. Les siguen otros colectivos inactivos (27,4 %), entre los que se incluyen estudiantes, personas dedicadas al trabajo doméstico no remunerado o personas con discapacidad no activas laboralmente. En tercer lugar, se sitúan las personas jubiladas, con una tasa del 16,5 %, y, por último, las personas ocupadas, cuya tasa de riesgo de pobreza es del 11,7 %, lo que pone de relieve que tener un empleo no garantiza necesariamente una situación económica estable. Estos datos reflejan cómo el acceso al empleo y la calidad del mismo son factores determinantes en la prevención de la pobreza.

**Gráfico 3.** Tasa de riesgo de pobreza por sexo y edad

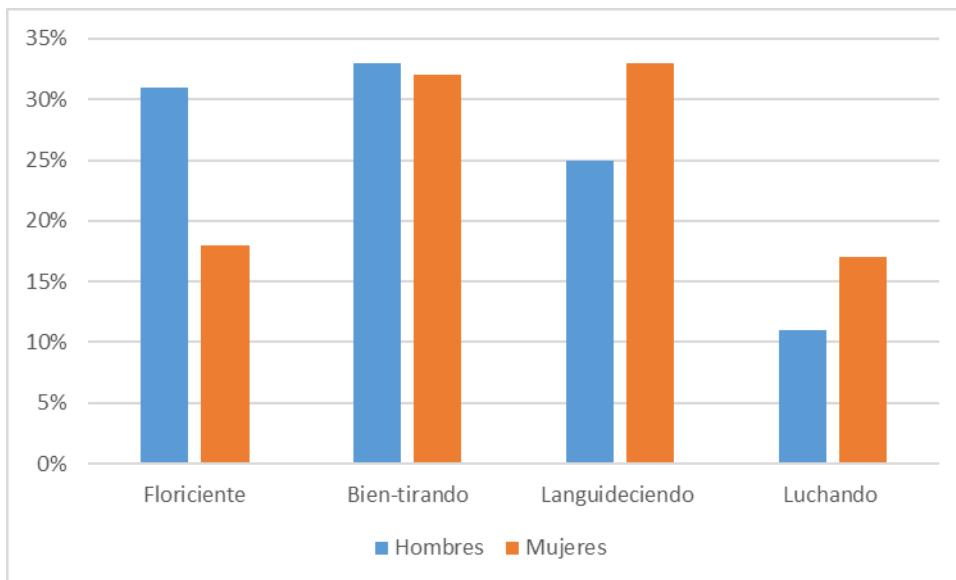


Fuente: Elaboración propia a partir del INE, 2024.

En línea con los análisis anteriores, el siguiente gráfico muestra la tasa de riesgo de pobreza desglosada por sexo y grupo de edad. En términos generales, se observa una distribución relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, aunque con una ligera desventaja para estas últimas. La población menor de 16 años presenta la tasa más elevada, lo que pone de manifiesto la especial vulnerabilidad de la infancia ante situaciones de pobreza. A partir de este grupo, la tasa tiende a disminuir progresivamente con la edad. Sin embargo, destaca una diferencia significativa en el grupo de personas de 65 años o más, donde la tasa de riesgo de pobreza es mayor en mujeres (18,9 %) que en hombres (14,4 %), lo que refleja la desigualdad económica de género en la vejez. En términos globales, las mujeres presentan una tasa de riesgo de pobreza del 20,4 %, ligeramente superior a la de los hombres (18,9 %), lo que evidencia la feminización de la pobreza.

## ESTUDIO INTERNACIONAL SOBRE SALUD MENTAL 2025

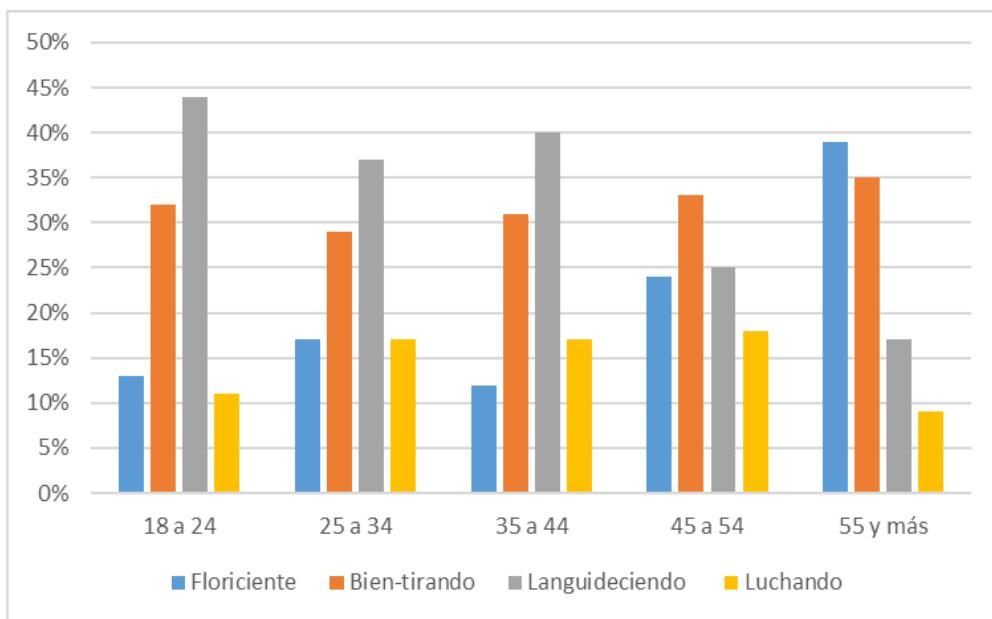
Gráfico 4. Índice de salud mental según el sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de AXA, 2025, p. 7.

Este gráfico permite observar el estado de salud mental de la población en el 2024 en función del sexo, clasificando las respuestas en cuatro categorías: "floreciente" (los mejores), "bien-tirando", "languideciendo" y "luchando" (los peores). Los datos revelan que las mujeres presentan peores indicadores de salud mental que los hombres en todas las categorías, especialmente en los niveles más bajos de bienestar psicológico. El porcentaje de mujeres que se encuentra en las categorías "languideciendo" (33%) y "luchando" (17%) es superior al de los hombres ("languideciendo" 25% y "luchando" 17%), lo que pone de manifiesto una mayor prevalencia de malestar emocional entre ellas. Esta diferencia se suma al hecho ya comentado anteriormente de que las mujeres presentan también una tasa de riesgo de pobreza ligeramente superior.

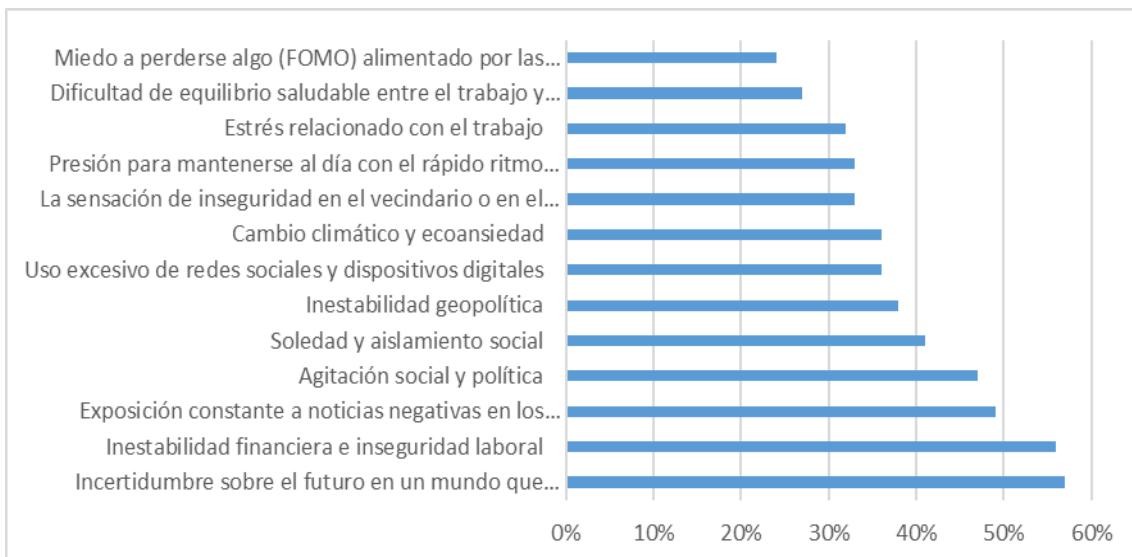
**Gráfico 5. Índice de salud mental según edad**



Fuente: Elaboración propia a partir de AXA, 2025, p. 7.

Pasando al análisis por grupos de edad vemos que los niveles más bajos de salud mental se concentran en la población joven, especialmente entre los 18 y los 34 años. Destaca con un porcentaje del 44% los jóvenes de entre 18 a 24 años que se encuentran dentro de la categoría “languideciendo”. A partir de los 45 años se observa una mejora progresiva en el estado de salud mental. Esta tendencia podría explicarse por diversos factores, como la presión social y económica que enfrentan los jóvenes (precariedad laboral, inseguridad habitacional, incertidumbre sobre el futuro) frente a una mayor estabilidad vital en las etapas más avanzadas. Estos datos coinciden con los resultados del INE, donde también se observaba que los menores de edad eran uno de los grupos con mayor riesgo de pobreza.

**Gráfico 6.** Factores que afectan negativamente a la salud mental



Fuente: Elaboración propia a partir de AXA, 2025, p. 8.

El último gráfico y el más impórtate, ya que da respuesta el objetivo principal de este TFG, analiza los factores que las personas encuestadas identifican como más perjudiciales para su salud mental. Entre ellos destacan la incertidumbre sobre el futuro (57%), la inestabilidad financiera e inseguridad laboral (56%), la exposición a noticias negativas en los medios de comunicación (49%) y la agitación social y política (47%). Estos factores coinciden con muchos de los elementos analizados previamente como la pobreza, el desempleo o la exclusión social, y refuerzan la evidencia de que la salud mental no puede entenderse de forma aislada, sino que está directamente influenciada por las condiciones materiales y sociales de vida, ya que lo que mayor preocupa a la sociedad y los factores que más le afectan a nivel mental como vemos en segundo lugar es la inestabilidad financiera, factor directamente relacionado con la pobreza según se ha visto en el marco teórico y según lo que los autores señalan como pobreza.

En conclusión, el análisis de los datos obtenidos a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE y del Estudio Internacional sobre Salud Mental de la Fundación AXA evidencia una clara interrelación entre la pobreza y la salud mental, tal y como se anticipaba en el marco teórico. En primer lugar, las cifras del INE revelan que el riesgo de pobreza se distribuye de forma desigual en función del territorio, la edad, el sexo y, especialmente, la situación laboral. Grupos como las personas desempleadas, los menores de 16 años o las mujeres mayores presentan mayores tasas de pobreza, lo cual refuerza la idea de que ciertos factores estructurales y sociodemográficos intensifican la vulnerabilidad social. Por otra parte, los datos del estudio AXA muestran cómo la salud mental se ve gravemente afectada por variables que coinciden con aquellas asociadas a la pobreza: la inestabilidad financiera, la incertidumbre sobre el futuro y la exclusión social. La prevalencia de malestar psicológico es significativamente mayor en jóvenes y mujeres, dos colectivos que, a su vez, se identifican en los datos del INE como más propensos a la pobreza, lo cual valida empíricamente el vínculo bidireccional señalado en el marco teórico entre ambos fenómenos.

En este sentido, el marco teórico usado, que define la pobreza no solo como carencia económica, sino también como privación social y emocional (Mendoza, 2022; INE, 2006), cobra especial relevancia al observar cómo las condiciones materiales impactan directamente en el bienestar mental. Del mismo modo, los factores de riesgo descritos por la OMS y recogidos en el marco teórico (desempleo, exclusión, desigualdad o precariedad laboral) se reflejan en los principales condicionantes de salud mental detectados por el Grupo AXA.

Por tanto, los resultados empíricos no solo respaldan las teorías revisadas, sino que también subrayan la importancia de adoptar un enfoque integral en el abordaje de esta problemática. La salud mental no puede entenderse ni tratarse sin tener en cuenta el contexto social y económico en el que vive la persona. En consecuencia, y como se ha señalado a lo largo del TFG, el Trabajo Social tiene un papel esencial en la detección y prevención de estas situaciones, y en la intervención sobre los determinantes sociales que afectan al bienestar psicosocial de los individuos.

## **6. POLITICAS SOCIALES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

Una vez vista la relación entre pobreza y salud mental, y los recursos y servicios disponibles en Valladolid, se observa la necesidad de fortalecer las políticas sociales y mejorar las estrategias de intervención desde una perspectiva preventiva, integral y comunitaria. A continuación, se exponen una serie de recomendaciones y propuestas de mejora que conectan directamente con la práctica del Trabajo Social y que podrían contribuir a la existencia de una intervención más eficaz con el colectivo objeto de trabajo.

- Ampliar y reforzar la cobertura de los recursos existentes
  - Aumentar el presupuesto destinado a los CEAS para asegurar una atención más personalizada y un seguimiento continuo de los casos.
  - Incrementar los recursos para personas con enfermedad mental sin necesidad de que exista un grado de discapacidad reconocido, ya que muchas personas presentan malestar psicológico sin tener reconocida la discapacidad o la dependencia.
  - Fortalecer los equipos multidisciplinares de los servicios sociales, incorporando más profesionales de salud mental, como psicólogos/as clínicos/as y terapeutas ocupacionales, que trabajen en coordinación con los/as trabajadores/as sociales.
- Mejorar la accesibilidad y la coordinación de los recursos
  - Promover la desburocratización de los trámites, simplificando los requisitos para acceder a las ayudas económicas, especialmente en situaciones de urgencia social.
  - Diseñar estrategias de intervención comunitaria para alcanzar a personas que, por estigma o desconocimiento, no van voluntariamente a los servicios.
  - Establecer protocolos de coordinación efectiva entre el sistema de salud, los servicios sociales y las entidades del tercer sector para garantizar una respuesta integral.
- Actuaciones preventivas y de sensibilización
  - Diseñar y desarrollar programas comunitarios de promoción en salud mental, centrados en la prevención primaria.

- Realizar campañas de sensibilización para disminuir la estigmatización asociada a los problemas de salud mental, fomentando una perspectiva inclusiva y empática.
- Fortalecer la educación en salud mental desde el colegio como medida preventiva, especialmente en barrios con mayores índices de pobreza.
- Intervención social centrada en la persona y su contexto
  - Apostar por modelos de intervención basados en itinerarios individuales, que aborden las necesidades de salud mental y las relacionadas con el empleo, la vivienda, las redes de apoyo y el ocio.
  - Desarrollar programas de acompañamiento social, especialmente para personas sin hogar o en riesgo de perder su vivienda, facilitando la inclusión dentro de la comunidad.
  - Fomentar la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones sobre su propio proceso de intervención, reforzando su autonomía.
- Medidas específicas desde el Trabajo Social
  - Promover el papel del/la trabajador/a social como figura clave para la detección temprana de situaciones de enfermedades mentales derivados de la pobreza.
  - Impulsar la formación continua de los/as profesionales del Trabajo Social en materia de salud mental, para mejorar la capacidad de intervención.
  - Favorecer la creación de espacios grupales terapéuticos y de apoyo mutuo, coordinados por profesionales del Trabajo Social y salud mental, que refuerzen las redes sociales y el sentido de pertenencia.
- Nuevas políticas públicas orientadas a la inclusión
  - Desarrollar planes locales y autonómicos específicos sobre pobreza y salud mental, que incluyan acciones de prevención, atención y seguimiento.
  - Establecer bonificaciones e incentivos para empresas que contraten a personas con problemas de salud mental en situación de vulnerabilidad.
  - Impulsar programas de vivienda tutelada o supervisadas, que permitan a estas personas disponer de un entorno seguro mientras trabajan su autonomía.

Estas propuestas buscan transformar el enfoque de la intervención social, centrándose en la prevención, la autonomía y la inclusión social. Donde el Trabajo Social juega un papel esencial como disciplina que conecta políticas públicas, recursos y personas, actuando como puente entre el malestar individual y los determinantes sociales que lo generan o agravan.

## **7. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN**

Para finalizar se presentan las conclusiones a las que se ha llegado tras el desarrollo de este TFG, así como una discusión crítica que relaciona los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo con las principales aportaciones recogidas en el marco teórico. De este modo, se pretende valorar hasta qué punto los hallazgos empíricos corroboran o matizan las afirmaciones de diferentes autores e instituciones, profundizando así en la comprensión del vínculo entre pobreza y salud mental, y en el papel del Trabajo Social como disciplina clave para su abordaje.

El análisis de los datos procedentes de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2024) y del Estudio Internacional sobre Salud Mental (AXA, 2025) confirma de manera clara la relación bidireccional entre pobreza y salud mental planteada en el marco teórico. Según la OMS (2022), la pobreza constituye un importante factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental, al tiempo que estos pueden dificultar la integración laboral y social, favoreciendo la cronificación de la pobreza. Este planteamiento se ve reflejado en los datos analizados: las personas desempleadas presentan una tasa de riesgo de pobreza del 38,4% (INE, 2024), mientras que un elevado porcentaje de la población manifiesta malestar psicológico, especialmente en los grupos más vulnerables, evidenciando la influencia de la precariedad en el bienestar emocional (AXA, 2025).

Asimismo, los datos corroboran la existencia de desigualdades de género y edad, tal como advertía García Fraga (2018) al hablar del carácter estructural y multidimensional de la exclusión social. Las mujeres mayores de 65 años presentan una tasa de riesgo de pobreza superior a la de los hombres de la misma franja de edad (18,9% frente a 14,4%), lo que pone de manifiesto la feminización de la pobreza (INE, 2024). De igual modo, el estudio de AXA (2025) muestra que las mujeres declaran mayores niveles de malestar psicológico, especialmente en las categorías de “languideciendo” y “luchando”. Estos hallazgos confirman que la pobreza y la salud mental no afectan a toda la población por igual, sino que impactan con mayor fuerza en colectivos especialmente vulnerables, como mujeres, menores y personas mayores, en línea con lo descrito por Mendoza (2022) y el informe FOESSA (2019).

Por otro lado, el marco teórico subraya la importancia de los factores estructurales, como la vivienda, el empleo y las redes sociales de apoyo (FOESSA, 2019; Mendoza, 2022). En el caso concreto de Valladolid, el análisis de los recursos disponibles, como el alojamiento temporal, las prestaciones económicas y los servicios de acompañamiento ofrecidos por el Ayuntamiento (2022), pone de relieve que, aunque existe una red de recursos, su cobertura sigue siendo insuficiente o poco accesible para toda la población vulnerable. Este diagnóstico coincide con la advertencia realizada por Oliva et al. (2020) en el Informe SESPAS, donde se indica que las limitaciones en los recursos públicos y los recortes durante las crisis económicas han agravado las desigualdades sociales en salud mental.

En esta misma línea, el análisis empírico confirma la tesis defendida por el DSM-5 (2014), que reconoce las condiciones socioeconómicas desfavorables como factores que pueden contribuir a la aparición y cronificación de los trastornos mentales. La falta de ingresos estables, la precariedad laboral y el riesgo de exclusión social se convierten así en elementos que no solo generan sufrimiento individual, sino que también dificultan el acceso a servicios de salud mental y limitan las posibilidades de recuperación.

Ante esta realidad, el papel del Trabajo Social descrito por la FITS (2014) y Gómez Lavín (2000) cobra especial relevancia ante estos resultados. La intervención preventiva, comunitaria y centrada en la persona se ven como fundamental para romper el círculo vicioso entre pobreza y enfermedad mental. Además, las propuestas de mejora formuladas en el apartado anterior coinciden con las recomendaciones recogidas en estrategias y leyes recientes, como la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030 o la Estrategia de Asistencia en Salud Mental 2024-2030, que insisten en la necesidad de una intervención integral y preventiva.

En conjunto, el análisis cuantitativo respalda las aportaciones teóricas revisadas, confirmando que la pobreza y la salud mental comparten factores de riesgo y se retroalimentan mutuamente. Sin embargo, durante la realización de este TFG se ha encontrado una dificultad importante: la escasez de investigaciones que aborden de forma conjunta y sistemática ambos fenómenos. La mayoría de los estudios tienden a

tratar la pobreza y la salud mental por separado, lo que dificulta construir un análisis global y justifica la necesidad de más estudios longitudinales e interdisciplinares que profundicen en esta relación.

En cuanto a nivel personal y académico, este trabajo ha supuesto una oportunidad para profundizar en un tema que desde la práctica profesional ya se veía urgente y prioritario. La experiencia en el Albergue Municipal de Valladolid fue determinante para observar de primera mano cómo la pobreza no solo implica carencias materiales, sino también sufrimiento psíquico, angustia e invisibilidad. Esta vivencia ha reforzado la convicción de que la atención a la salud mental debe formar parte de toda intervención social, y que los profesionales del Trabajo Social deben estar formados, capacitados y empoderados para abordarla desde una mirada ética, crítica y comprometida con los derechos humanos.

En conclusión, este trabajo ha puesto de manifiesto que la relación entre pobreza y salud mental es compleja, profunda y bidireccional, afectando con especial intensidad a determinados grupos vulnerables. Los datos analizados corroboran las aportaciones teóricas que advierten sobre el impacto que la precariedad económica y la exclusión social tienen en el bienestar psicológico, así como la necesidad de una intervención social que actúe sobre los factores estructurales que originan o perpetúan el malestar emocional. De este modo, se concluye que resulta imprescindible reforzar las políticas sociales y los recursos comunitarios, mejorar la coordinación entre sistemas y situar el Trabajo Social como disciplina clave para ofrecer respuestas integrales, preventivas y transformadoras. Solo desde esta perspectiva será posible avanzar hacia una sociedad más equitativa, en la que la salud mental y el bienestar no dependan de la posición económica o social de las personas, sino que se consideren derechos fundamentales garantizados para toda la ciudadanía. Por ello, este TFG no solo ha permitido alcanzar los objetivos propuestos, sino también abrir nuevas preguntas y líneas de trabajo sobre cómo construir una sociedad más justa, donde la pobreza deje de ser causa y consecuencia de la enfermedad mental, y donde cada persona, independientemente de su situación económica o social, pueda tener acceso a una vida digna y plena.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro blanco del*

*título de Grado en Trabajo Social.*

[https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco\\_trbjsocial\\_def.pdf/e9d5c130-5838-ba71-67a5-0b3725656cf2?t=1654601772085](https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_trbjsocial_def.pdf/e9d5c130-5838-ba71-67a5-0b3725656cf2?t=1654601772085)

American Psychiatric Association. (2014) [2013]. *Manual diagnóstico y estadístico de*

*los trastornos mentales* (5.<sup>a</sup> ed.). (A. Bagney Lifante, M. T. García Moreno, M. J. López-Ibor Aliño, J. M. Montes Rodríguez, & M. D. Braquehais Conesa, Trad.).

<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelos-trastornosmentales-161006005112.pdf>

AXA & Ipsos. (2024). *AXA Mind Health Report 2024: Salud Mental España* [Informe].

[https://www.axa.es/documents/d/axa/axa\\_presentacionsaludmental25](https://www.axa.es/documents/d/axa/axa_presentacionsaludmental25)

Ayuntamiento de Valladolid. (2022). *Catálogo de servicios sociales del Ayuntamiento*

*de Valladolid.* <https://www.valladolid.es/es/temas/hacemos/catalogo-servicios-sociales/catalogo-servicios-sociales.ficheros/812325-Cat%C3%A1logo%20Servicios%20Sociales%20web.pdf>

Canals Botas, L., y Sanz Angulo, A. (2025, febrero). *El estado de la pobreza 2025.*

*Avance de resultados* [informe]. European Anti Poverty Network (EAPN).  
[https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1739537448\\_el-estado-de-la-pobreza--avance-2025.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1739537448_el-estado-de-la-pobreza--avance-2025.pdf)

Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias. (2025). *Las funciones de los y las*

*Trabajadoras Sociales.* Recuperado el 8 de junio de 2025, de  
<https://www.cgtrabajosocial.es/asturias/funciones>

Confederación Salud Mental España (2022, 24 de marzo). *Salud mental y pobreza, una curva peligrosa*. Revista Encuentro, (nº2), 4-6. [Revista-encuentro-n2-2021.pdf](#)

Confederación Salud Mental España. (s.f.). *La salud mental en cifras*. Comunica la Salud Mental. Recuperado el 2 de abril de 2025, de [La salud mental en cifras – Comunica la Salud Mental](#)

Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por la que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, núm 99, de 24 de mayo de 1989, p. 1672 <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/organizacion-administrativa-castilla-leon/organizacion-administrativa/decreto-83-1989-18-mayo-regula-organizacion-funcionamiento>

El Puente Salud Mental Valladolid. (2025). *Inicio*. Recuperado el 10 de junio de 2025, de <https://elpuentesaludmental.org/>

Junta de Castilla y León. (2025). Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030.

<https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284485236356/Programa/1285482339185/Comunicacion>

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). *Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030*. [https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/noticias/Estrategia\\_Prevencion\\_Pobreza.pdf](https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/noticias/Estrategia_Prevencion_Pobreza.pdf)

Federación Internacional de Trabajadora Sociales. (2018). *Declaración global de principios éticos del Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social. <https://www.cgtrabajosocial.es/principioseticos>

Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2014). *Definición global de la profesión de Trabajo Social*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

FOESSA. (2019). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*.  
<https://www.foessa.es/viii-informe/>

Fundación AXA. (2024, 8 de abril). *La salud mental preocupa más que nunca*.

Fundación AXA. <https://www.axa.es/-/salud-mental-preocupa-mas-que-nunca>

Fundación AXA. (2025). *Fundación AXA*. AXA Seguros. Recuperado el 13 de junio de 2025, de <https://www.axa.es/fundacion>

Fundación INTRAS. (2025). *Inicio Fundación INTRAS*. Recuperado el 10 de junio de 2025, de <https://www.intras.es>

García Fraga, J. D. (2018). *Intervención sociolaboral con colectivos en riesgo de exclusión social*. Formación Alcalá.

Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León. (2017). *Centros de Salud Mental*. Recuperado el 10 de junio de 2025, de

<https://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/centros-salud-mental>

Gómez Lavin, C. y Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunate.

INE. (2025). *Riesgo de pobreza y exclusión social (Objetivo Europa 2030). Indicador AROPE*.

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLLayout)

INE. (2006). *La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza*. <https://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>

INE. (2025). *Esquema general del sistema estadístico de la Administración del Estado.*

Recuperado el 13 de junio de 2025, de

<https://www.ine.es/dyngs/INE/es/index.htm?cid=498>

INE. (2025, 13 de febrero). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2024.*

*Resultados definitivos* [Nota de prensa].

<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECV2024.htm>

Junta de Castilla y León. (2025). *Renta Garantizada de Ciudadanía.* Recuperado el 10

de junio de 2025, de <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-familias-vulnerables/renta-garantizada-ciudadania.html>

Ley 4/2016, de 23 de diciembre, por la que se adoptan medidas para reforzar la cobertura de las necesidades de atención social en el ámbito de la Red de Protección a las Familias de Castilla y León afectadas por la crisis. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 249, de 29 de diciembre de 2016.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-494-consolidado.pdf>

Ley 4/2018, de 2 de julio, de ordenación y funcionamiento de la red de protección e inclusión a personas y familias en situación de mayor vulnerabilidad social o económica en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm 132, de 10 de julio de 2018. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-11415-consolidado.pdf>

Ley 5/2021, de 14 de septiembre, del Tercer Sector Social en Castilla y León y de modificación de la Ley 8/2006, de 10 de octubre, del Voluntariado en Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, núm. 243, de 11 de octubre de 2021, pp 123579-123612. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/10/11/pdfs/BOE-A-2021-16411.pdf>

Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, de 22 de abril de 2023.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2023/BOE-A-2023-9773-consolidado.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital. Boletín Oficial del Estado, núm. 304, de 21 de diciembre de 2021.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-21007-consolidado.pdf>

Mendoza, C. (2022). *La pobreza como problema humano. Relaciones de escasez entre bienes materiales, racionales y espirituales*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2025). *¿Qué es el Ingreso Mínimo Vital?* Recuperado el 10 de junio de 2025, de <https://www.inclusion.gob.es/web/inclusion/ingreso-minimo-vital/que-es>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos*.

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CI\\_E10ES\\_2016\\_norm\\_Manual\\_codificacion\\_Diagnosticos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CI_E10ES_2016_norm_Manual_codificacion_Diagnosticos.pdf)

Moix Martínez, M. (2006). *Teoría del Trabajo Social*. Editorial Síntesis.

Oliva, J., González López-Valcárcel, B., Barber, P., Peña Longobardo, L. M., Urbanos Garrido, R. M., y Zozaya, N. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. *Gaceta Sanitaria*, 34 (Supl 1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.009>

OMS. (2025). *Clasificación Internacional de Enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. 11<sup>a</sup> Revisión (CIE-11)*.

<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1516623224>

OMS. (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS. (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A Survey of household resources and standards of living.* California University Press

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1: El índice de privación de Townsend

Tabla 2

| Características   | %    |
|---|------|
| No ha salido de vacaciones en el último año   | 53,6 |
| No ha invitado a comer/tomar algo a un familiar o amigo en 4 últimas semanas (adultos)      | 33,4 |
| No ha ido a casa de ningún familiar/amigo a comer/tomar algo en últimas 4 semanas (adultos) | 45,1 |
| No ha invitado a jugar a casa o a merendar a ningún amigo en las últimas 4 semanas (<15)    | 36,3 |
| No celebró su cumpleaños con una fiesta (niños)   | 56,3 |
| No ha salido a divertirse en las últimas 2 semanas  | 47   |
| Toma comida fresca (incluyendo fuera de casa) menos de cuatro días a la semana              | 19,3 |
| En las últimas dos semanas ha pasado uno o más días sin tomar comida cocinada               | 7    |
| No ha tomado un desayuno completo la mayor parte de los días de la semana                   | 67,3 |
| La vivienda no posee nevera   | 45,1 |
| No suele comer un asado dominical (tres de cada cuatro veces)                               | 25,9 |
| La vivienda no dispone de: inodoro, lavabo, bañera o ducha y cocina eléctrica o de gas      | 21,4 |

Fuente: Townsed, 1979.

## 9.2. Anexo 2. Indicador AROPE: Carencia material y social

Tabla 3

| Nivel de hogar   | Nivel de persona   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.</li><li>• No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.</li><li>• No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.</li><li>• No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.</li><li>• Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.</li><li>• No puede permitirse disponer de un automóvil.</li><li>• No puede sustituir muebles estropeados o viejos.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• No puede permitirse sustituir ropa estropeada por otra nueva.</li><li>• No puede permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones.</li><li>• No puede permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes.</li><li>• No puede permitirse participar regularmente en actividades de ocio.</li><li>• No puede permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo.</li><li>• No puede permitirse conexión a internet.</li></ul> |

Fuente: INE, 2025

### **9.3. Anexo 3. 06 Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (CIE-11)**

**Tabla 4**

|   |
|---|
| Trastorno del desarrollo neurológico  |
| Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios                               |
| Catatonia   |
| Trastorno del estado de ánimo   |
| Trastornos relacionados con la ansiedad o el miedo                                  |
| Trastornos obsesivo-compulsivos o relacionados                                      |
| Trastornos específicamente asociados con el estrés                                  |
| Trastornos disociativos   |
| Trastornos de la alimentación o de la ingestión de alimentos                        |
| Trastornos de la eliminación  |
| Trastornos del malestar corporal o de la experiencia corporal                       |
| Trastornos debido al consumo de sustancias o conductas adictivas                    |
| Trastornos del control de impulsos  |
| Conducta disruptiva o trastornos disociales   |
| Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados                                 |
| Trastornos parafílicos  |
| Trastornos facticios  |
| Trastornos mentales o del comportamiento asociados al embarazo, parto o puerperio   |
| Síndromes mentales o conductuales secundarios asociados a trastornos o enfermedades |

Fuente: Elaboración propia a partir del CIE-11, 2019.

#### **9.4. Anexo 4. Clasificación CIE-11 de trastornos específicamente asociados con el estrés**

**Tabla 5**

|  |   |
|--|---|
| Trastornos específicamente asociados con el estrés | 6B40 Trastorno de estrés postraumático                                    |
|  | 6B41 Trastorno de estrés postraumático complejo                           |
|  | 6B42 Trastorno de duelo prolongado  |
|  | 6B43 Trastorno de adaptación  |
|  | 6B44 Trastorno de apego reactivo  |
|  | 6B45 Trastorno de interacción social desinhibida                          |
|  | 6B4Y Otros trastornos específicos asociados específicamente con el estrés |
|  | 6B4Z Trastornos específicamente asociados con el estrés, no especificados |

Fuente: Elaboración propia a partir del CIE-11, 2019.

## 9.5. Anexo 5. Grupos de trastornos del DSM-5

Tabla 6

| SECCIÓN II. Criterios y códigos diagnósticos  |
|---|
| Trastornos del neurodesarrollo  |
| Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos                                  |
| Trastorno bipolar y trastornos relacionados   |
| Trastornos depresivos   |
| Trastornos de ansiedad  |
| Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados                                     |
| Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés                                    |
| Trastornos disociativos   |
| Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados                                  |
| Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos                          |
| Trastornos de la excreción  |
| Trastornos del sueño-vigilia  |
| Disfunciones sexuales   |
| Disforia de género  |
| Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta                        |
| Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos                               |
| Trastornos neurocognitivos  |
| Trastornos de la personalidad   |
| Trastornos parafílicos  |
| Otros trastornos mentales   |
| Trastornos mentales inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos |
| Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica                                   |

Fuente: elaboración propia a partir del DSM-5, 2014.

## 9.6. Anexo 6. Conceptualización de mecanismos y efectos. Crisis económica y salud mental

Figura 1



Fuente: Elaboración de Oliva et al. (2020) a partir de Catalano et al. Y Dávila y González López-Valcárcel. p. 50.