

TESIS DOCTORAL.

UNIVERSITAT DE BARCELONA (UB).

FACULTAT DE MEDICINA.

**DEPARTAMENT DE SALUT PÚBLICA.
-UNITAT DE MEDICINA LEGAL I FORENSE-
Programa de Doctorado 1999-2001.**

TÍTULO:
ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO DEL ESTATUS DE DESEMPLEO DESDE
UNA PERSPECTIVA SOCIO-LABORAL.

Directores de Tesis Doctoral:

**Prof. Dr. EMILIO HUGUET RAMIA
Y
Prof. Dr. LEOPOLDO ORTEGA-MONASTERIO GASTÓN**

Doctorando:

BERNAT-NOËL TIFFON NONIS

Señora mía, este es el catálogo
de las bellas que amó mi señor;
es un catálogo hecho por mí.
Observad, leed conmigo.
En Italia, seiscientas cuarenta,
en Alemania, doscientas treinta y una,
cien en Francia, en Turquía noventa y una.
¡Pero en España ya van mil tres!
Hay entre ellas campesinas,
camareras, ciudadanas,
hay condesas, baronesas,
marquesas, princesas,
hay mujeres de todos los rangos,
de todos los tipos, de todas las edades.
De la rubia suele alabar
la gentileza;
de la morena, la constancia;
de la canosa, la dulzura.
En invierno prefiere la llenita;
en verano, la delgadita.
La alta es majestuosa;
la pequeña es siempre encantadora.
A las viejas las conquista
por el placer de ponerlas en la lista.
Su pasión predominante
es la joven principiante.
Le da igual que sea rica,
que sea fea, que sea hermosa;
Con tal que lleve faldas,
¡vos ya sabéis lo que hace!

Leporello a Donna Elvira
Don Giovanni
Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791)

El trabajo es el refugio
de los que no tienen nada que hacer.

Oscar Wilde (1854-1900)

A mi padre el Dr. Juan Tiffon Bascompte, a mi madre
Basiliki Nonis Stratidakis, a mis hermanos y a sus
respectivas familias y a toda mi familia de origen
helénica.

ÍNDICE.

| | |
|--|----------|
| 1ª PARTE: INTRODUCCIÓN TEMÁTICA-BIBLIOGRÁFICA..... | 9 |
| 1.1. Agradecimientos..... | 11 |
| 1.2. Introducción..... | 15 |
| 1.2.1 Bibliografía..... | 21 |
| 1.3. Breve Historia social del Trabajo y del Desempleo..... | 23 |
| 1.3.1. La Era de la Herramienta..... | 24 |
| 1.3.1.1. La Antigüedad..... | 24 |
| 1.3.1.2. Grecia..... | 26 |
| 1.3.1.3. Roma..... | 27 |
| 1.3.1.4. La Edad Media..... | 29 |
| 1.3.2. La Era de la Máquina..... | 31 |
| 1.3.2.1. La Economía Capitalista..... | 32 |
| 1.3.2.2. El Proletariado..... | 33 |
| 1.3.2.3. El Trabajo Administrativo..... | 35 |
| 1.3.2.4. Movimientos Obreros..... | 36 |
| 1.3.3. Conclusiones..... | 38 |
| 1.3.4. Bibliografía..... | 41 |
| 1.4. Desempleo y Salud..... | 43 |
| 1.4.1. Estilo de vida y desempleo..... | 45 |
| 1.4.2. Estatus social, salud y desempleo..... | 50 |
| 1.4.3. Indigencia y desempleo..... | 56 |
| 1.4.4. Bienestar subjetivo y desempleo..... | 56 |
| 1.4.5. Temporalidad y desempleo..... | 58 |
| 1.4.6. Desempleo rural y desempleo urbano..... | 60 |
| 1.4.7. Niveles de cortisol y desempleo..... | 61 |
| 1.4.8. Estatura y desempleo..... | 63 |
| 1.4.9. Trastornos del sueño y desempleo..... | 66 |
| 1.4.10. Accidentabilidad y desempleo..... | 67 |
| 1.4.11. Uso de servicios sanitarios y desempleo..... | 67 |
| 1.4.12. Bibliografía..... | 71 |
| 1.5. Desempleo y diferencias de Sexo y Género..... | 79 |
| 1.5.1. Diferencias de sexo y género..... | 79 |
| 1.5.2. Dolor psicológico-emocional, género y desempleo..... | 83 |
| 1.5.3. Actividad física y desempleo..... | 85 |
| 1.5.4. Sexualidad y desempleo..... | 86 |
| 1.5.5. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y desempleo..... | 86 |
| 1.5.6. Bibliografía..... | 88 |

| | | |
|----------|---|-----|
| 1.6. | Desempleo y Hostilidad..... | 91 |
| 1.6.1. | Desempleo y hostilidad..... | 91 |
| 1.6.2. | Conducta delictiva y desempleo..... | 93 |
| 1.6.3. | Abusos sexuales infantiles y desempleo..... | 95 |
| 1.6.4. | Violencia doméstica y desempleo..... | 98 |
| 1.6.5. | Bibliografía..... | 103 |
| 1.7. | Desempleo y Mortalidad..... | 107 |
| 1.7.1. | Factores de riesgo y/o predictores..... | 108 |
| 1.7.2. | Red social..... | 112 |
| 1.7.3. | Intento de suicidio..... | 113 |
| 1.7.4. | Suicidio..... | 116 |
| 1.7.5. | Bibliografía..... | 122 |
| 1.8. | Desempleo y Patología..... | 127 |
| 1.8.1. | Trastornos cardiológicos y desempleo..... | 129 |
| 1.8.2. | Trastornos neurológicos y desempleo..... | 131 |
| 1.8.3. | Lesiones medulares y desempleo..... | 134 |
| 1.8.4. | Trastornos musculares y desempleo..... | 135 |
| 1.8.5. | Trastornos diabéticos y desempleo..... | 136 |
| 1.8.6. | SIDA y desempleo. | 137 |
| 1.8.7. | Bibliografía..... | 139 |
| 1.9. | Desempleo y Psicología Social..... | 143 |
| 1.9.1. | Apoyo y red social..... | 145 |
| 1.9.1.1. | Apoyo social y círculo de amistades..... | 148 |
| 1.9.1.2. | Apoyo social y relación de pareja..... | 149 |
| 1.9.1.3. | Ataque social..... | 149 |
| 1.9.2. | Desempleo y desestructuración familiar..... | 151 |
| 1.9.3. | Desempleo y autoconcepto..... | 153 |
| 1.9.4. | Desempleo y autoestima..... | 154 |
| 1.9.5. | Desempleo y autoeficacia..... | 155 |
| 1.9.6. | Desempleo y optimismo..... | 156 |
| 1.9.7. | Desempleo y procesos atribucionales..... | 158 |
| 1.9.8. | Desempleo juvenil..... | 161 |
| 1.9.9. | Desempleo en cargos de alta dirección..... | 165 |
| 1.9.10. | Bibliografía..... | 168 |
| 1.10. | Desempleo y Psicopatología..... | 175 |
| 1.10.1. | Causalidad..... | 178 |
| 1.10.2. | Efectos psicológicos del cese involuntario del trabajo..... | 181 |
| 1.10.3. | Fases psicológicas del desempleo..... | 186 |
| 1.10.4. | Dolor psicológico-emocional..... | 188 |
| 1.10.5. | Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg..... | 192 |
| 1.10.6. | Trastornos de la Afectividad..... | 196 |
| 1.10.7. | Trastornos de Ansiedad..... | 198 |

| | |
|---|------------|
| 1.10.8. Trastornos Psicossomáticos..... | 200 |
| 1.10.9. Trastornos Fóbicos..... | 201 |
| 1.10.10. Neurastenia traumática..... | 202 |
| 1.10.11. Neurosis de paro..... | 203 |
| 1.10.12. Neurosis de renta..... | 205 |
| 1.10.12.1. Sinistrosis o neurosis sinistrósica de Brissaud..... | 208 |
| 1.10.13. Trastornos Esquizofrénicos..... | 211 |
| 1.10.14. Bibliografía..... | 215 |
| | |
| 1.11. Desempleo y Neurología..... | 223 |
| 1.11.1. Traumatismos craneoencefálicos y desempleo..... | 224 |
| 1.11.2. Epilepsia y desempleo..... | 226 |
| 1.11.3. Esclerosis Múltiple y desempleo..... | 229 |
| 1.11.4. Bibliografía..... | 230 |
| | |
| 1.12. Desempleo y Toxicología..... | 233 |
| 1.12.1. Tabaco y desempleo..... | 233 |
| 1.12.2. Alcohol y desempleo..... | 236 |
| 1.12.3. Drogas y desempleo..... | 245 |
| 1.12.4. Bibliografía..... | 252 |
| | |
| 1.13. Desempleo e Intervención..... | 257 |
| 1.13.1. Motivación e Intervención..... | 263 |
| 1.13.2. Terapias Cognitivas-Conductuales..... | 268 |
| 1.13.3. Terapias Psicoanalíticas Breves..... | 277 |
| 1.13.4. Logoterapia..... | 278 |
| 1.13.5. Terapia de Trabajo..... | 280 |
| 1.13.6. Club de Trabajo..... | 281 |
| 1.13.7. Innovaciones Tecnológicas..... | 281 |
| 1.13.8. Bibliografía..... | 282 |
| | |
| 1.14. Conclusiones..... | 287 |
| 1.14.1. Bibliografía..... | 290 |
| | |
| 2ª PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA..... | 291 |
| | |
| 2.1. Justificación del tema - Hipótesis de Trabajo..... | 293 |
| | |
| 2.2. Parte experimental..... | 295 |
| 2.2.1. Material y método..... | 295 |
| 2.2.1.1. Muestra..... | 295 |
| 2.2.1.2. Material..... | 296 |
| 2.2.1.3. Diseño..... | 299 |
| 2.2.1.4. Limitación..... | 301 |
| 2.2.1.4.1. Limitación por el Diseño Experimental..... | 301 |

| | |
|---|------------|
| 2.2.1.4.2. Limitación por el instrumento de evaluación MMPI.... | 302 |
| 2.2.1.4.3. Limitación por el tiempo medio de paro laboral..... | 302 |
| 2.2.1.5. Procedimiento..... | 303 |
| 2.2.2. Resultados..... | 307 |
| 2.2.2.1. Resultados sociodemográficos..... | 307 |
| 2.2.2.1.1. Sintomatología Psicopatológica..... | 310 |
| 2.2.2.1.1.1. Puntuaciones T..... | 311 |
| 2.2.2.1.2. Sexo | 312 |
| 2.2.2.1.3. Edad..... | 313 |
| 2.2.2.1.4. Estado civil..... | 315 |
| 2.2.2.1.5. Nivel académico..... | 315 |
| 2.2.2.2. Análisis Bivariante..... | 315 |
| 2.2.2.2.1. Escala Hipocondriasis (Hs)..... | 316 |
| 2.2.2.2.2. Escala Esquizofrenia (Sc)..... | 317 |
| 2.2.2.3. Análisis Multivariante..... | 318 |
| 2.2.2.3.1. Escala Sinceridad (L)..... | 318 |
| 2.2.2.3.2. Escala Hipocondriasis (Hs)..... | 319 |
| 2.2.2.3.3. Escala Depresión (D)..... | 320 |
| 2.2.2.3.4. Escala Masculinidad-Feminidad (Mf)..... | 320 |
| 2.2.2.3.5. Escala Psicastenia (Pt)..... | 320 |
| 2.2.2.3.6. Escala Esquizofrenia (Sc)..... | 321 |
| 2.2.2.3.7. Escala Manía (Ma)..... | 321 |
| 2.2.2.3.8. Escala Introversión Social (Si)..... | 322 |
| 2.2.3. Discusión..... | 323 |
| 2.2.3.1. Trastornos de la Personalidad..... | 324 |
| 2.2.3.2. Escala Hipocondriasis (Hs)..... | 328 |
| 2.2.3.3. Escala Esquizofrenia (Sc)..... | 331 |
| 2.2.3.4. Discusión a Hipótesis 1..... | 345 |
| 2.2.3.5. Discusión a Hipótesis 2..... | 346 |
| 2.2.4. Conclusiones..... | 349 |
| 2.2.5. Planteamiento de futuras líneas de investigación..... | 351 |
| 2.3. Bibliografía..... | 353 |
| 3ª PARTE: ANEXOS – TABLAS DE RESULTADOS. | 355 |
| 3.1. Tablas 1-3: Tablas Sociodemográficas..... | 357 |
| 3.2. Tablas 4-7: Tablas de Cobro de Prestación y por Sexos..... | 361 |
| 3.3. Tablas 8-10: Tablas por Intervalos de Edad..... | 365 |
| 3.4. Tablas 11-12: Tablas Puntuaciones T del MMPI..... | 367 |
| 3.5. Tablas 13-30: Tablas Análisis Bivariante..... | 369 |
| 3.6. Tablas 31-32: Tablas resumen Análisis Bivariante..... | 387 |
| 3.7. Tablas 33-50: Tablas Análisis Multivariante..... | 389 |
| 3.8. Tablas 51-59: Tablas resumen Análisis Multivariante..... | 429 |

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN TEMÁTICA-BIBLIOGRÁFICA.

1.1.- AGRADECIMIENTOS.

Con el grado académico universitario de Doctor, quisiera honrar y dedicar tan apreciado título a mis padres quienes han invertido su esfuerzo en mi formación, a mis hermanos y sus respectivas familias, a mis amigos, a mis profesores amigos, a mis profesores académicos y a todas aquellas personas tan igualmente significativas para mí quienes me han acompañado y facilitado su soporte, su apoyo alentador, su inspiración intelectual a lo largo de tantos momentos que, sin los cuales, nunca hubiera podido llevar a término la presente tesis.

Son muchos los nombres de tantos amigos que quisiera que me acompañaran en estos momentos, de los cuales no quisiera olvidar ninguno, y que han tenido que prescindir de mí durante un tiempo. Desde mis amigos de la infancia hasta incluso mis amigos del mundo de las artes escénicas, espectáculo y del teatro quienes han sabido abordar con relatividad los (a veces) duros acontecimientos de la vida cotidiana y enfocar la realidad con humor e ironía para que sea más llevadero nuestro camino por este mundo. Del mismo modo, me gustaría que todos mis familiares, amigos y conocidos, por igual, surgiesen a la vez en una velocidad efímera de pensamiento sin establecer distinciones de preferencias. Absolutamente todos los que me han rodeado y me han acompañado en mi trayectoria vital me han ayudado en mi desarrollo intelectual y personal. Todos han alimentado mi ilusión depositando su confianza, solidaridad, esperanzas y paciencia en el presente trabajo dejando al margen otras ocupaciones acaso más provechosas o lucrativas.

Asimismo, quisiera rendir tributo bajo forma de homenaje a todo aquello que ha representado en nuestra familia la dedicación y el esfuerzo profesional dentro del área sanitaria y de la salud. Es decir, con el fruto del Doctorado aquí

presente y en mi propia representación, quisiera reconocer simbólicamente los esfuerzos meritorios sanitarios de mi ascendencia y linaje, de todos mis antepasados: a mi padre Neuro-Psiquiatra, Dr. Juan Tiffon Bascompte (1925); a mi abuelo Cardiólogo, Dr. Santiago Tiffon Ramonet (1897-1982); a mi bisabuelo Podólogo y Poeta, Emilio Tiffon Vila (1872-1921); a mi tatarabuelo Médico Cirujano-Pedicuro, Roque Tiffon Cassant (1833-1895) y a mi tataradeudo Peluquero-Callista, Alejo Tiffon Barrant (1798-1885). A ellos, les brindo también la oportunidad de acompañarme simbólicamente en este acto académico. Como ellos, he optado por escoger el ámbito profesional de la sanidad como Psicólogo. De esta manera, se mantiene la tradición familiar en lo que respecta al área sanitaria por el cual mis predecesores se han dedicado durante tantos años.

Agradecer también toda la meritoria intervención brindada por el Prof. Dr. Carlos Ascaso y Terrén -Profesor Titular de Bioestadística del Departament de Salut Pública de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB)- quien me ha facilitado desinteresadamente, y en todo momento, todo tipo de consejos y orientaciones brillantes de carácter estadístico-matemático. Reconocer también las estimables atenciones de Prof. Dr. Jaume Arnau y Gras -Catedrático del Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona (UB)- y de Prof. Dr. Manel Salameró y Baró -Profesor Asociado del Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB)- quienes también me han ayudado en la elaboración de la presente tesis ofreciendo espléndidamente apreciables aportaciones orientados en la dirección del objeto de estudio.

Finalmente, no quisiera acabar el apartado de agradecimientos sin hacer mención especial de quienes me han ayudado loable y encomiablemente en la elaboración y redacción de la Tesis Doctoral: Al Prof. Dr. Emilio Huguet y Ràmia -Catedrático de Medicina Legal i Forense del Departament de Salut Pública de la

1.1. Agradecimientos.

Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB)-, así como también de Prof. Dr. Leopoldo Ortega-Monasterio y Gastón -Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal y Forense, Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Salamanca y Profesor del Instituto de Criminología de la Universitat de Barcelona (UB)-. Ambos me han brindado y proporcionado desinteresada y generosamente toda la ayuda que he requerido, han alimentado mi curiosidad personal, me han nutrido intelectualmente y me han acompañado en todo momento y en todo cuanto he necesitado. Sus consejos y orientaciones sabias y eruditas han facilitado mi desarrollo tanto académico, profesional como personalmente bajo la forma de profesores, tutores, amigos y padres simbólicos que han sido. La paciencia, el sentimiento humanitario y la riqueza cultural que les caracteriza, han proporcionado los ingredientes necesarios para pulir el contenido psicológico-médico de la presente Tesis Doctoral sabiendo dar forma, configurando y modelando mis ideas y planteamientos iniciales.

A todos ellos, muchas gracias.

Barcelona, febrero de 2002.

TESIS DOCTORAL.

**TÍTULO: ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO DEL ESTATUS DE DESEMPLEO
DESDE
UNA PERSPECTIVA SOCIO-LABORAL.**

Directores de Tesis Doctoral:

**Prof. Dr. EMILIO HUGUET RAMIA
Y
Prof. Dr. LEOPOLDO ORTEGA-MONASTERIO GASTÓN**

Doctorando:

BERNAT-NOËL TIFFON NONIS

“La actividad laboral de un individuo consume en términos de tiempo más de un tercio de la vida del mismo. En el marco de dicha actividad se producen interrelaciones que resultan fundamentales e incluso definitivas para el desarrollo personal y psicosocial del sujeto. Nociones como la autosatisfacción; realización profesional y, por tanto, personal; manejo de las relaciones sociales; relaciones con un mundo desconocido y en ocasiones con cierto grado de hostilidad; esfuerzo personal; etc. no serían comprensibles en nuestro medio sin tener en cuenta la vida laboral del mismo” (Macho y Ortega-Monasterio, 1991).

A partir de la Gran Depresión de los años 30 es cuando se originó la tradición de los estudios psicológicos del desempleo. La pérdida de trabajo daba lugar a unas consecuencias económicamente nefastas sumidas en la más pobreza. A pesar de sus deficiencias metodológicas, estos primeros estudios ya marcaron las bases por las cuales los posteriores investigadores se sirvieron como elementos de referencia (García Rodríguez, 1992). Actualmente, con los nuevos

y actuales métodos de investigación y con la aplicación de un mayor rigor metodológico, se ha puesto en evidencia una multitud de aportaciones con relación a los efectos que la situación de desempleo puede provocar. En la época actual, los gobiernos y las Administraciones tienen previsto distintas ayudas para superar la situación de pérdida de empleo.

El estudio de los fenómenos psicológicos consecuentes a la situación de desempleo presenta una amplia bibliografía en numerosos países. En España, la investigación de los aspectos psicológicos del desempleo es muy reciente.

La situación de desempleo provoca o puede provocar potencialmente alteraciones de carácter físico y/o mentales de diferente gravedad -en función de diferentes tipos de variables-. Se trata de un fenómeno social de gran relevancia en el campo de las investigaciones de carácter psico-social.

La falta de actividad o de trabajo puede potencialmente originar trastornos psíquicos bastante importantes. La respuesta adaptativa a la situación de desempleo por parte del sujeto puede variar según las variables moderadoras o conjunto de ellas que pueden intervenir: ya sea, como por ejemplo, la familia o entorno familiar nuclear, la familia ampliada, el nivel sociocultural, el estatus social alcanzado, la autoestima del sujeto, la autorrealización personal, la predisposición o vulnerabilidad del sujeto a padecer algún tipo de trastorno o alteración mental, etc.

Hayes y Nutman (1981) consideran que el trabajo, además de ser fuente de ingresos, también proporciona:

- Un nivel de actividad: el trabajo facilita estar activo mediante el gasto de energía mental o física.
- Una estructura del tiempo diario: facilita distinguir, por oposición, los períodos de tiempo dedicados al descanso y ocio.
- Un desarrollo de la expresión creativa y un dominio del ambiente: el trabajo gratifica al hombre en la necesidad de ser creativo, entendido en un sentido amplio como el sentimiento de lograr algo nuevo y dominar una parte del ambiente.

- Un intercambio de relaciones sociales: el trabajo satisface la necesidad de un vínculo social con otros miembros del grupo de pares o de la organización que complementan las relaciones puramente afectivas que se establecen en el seno de la familia.
- Una identidad personal: la ocupación que una persona posee le dispensa un determinado estatus en la sociedad. Una persona es valorada e identificada en función del empleo que ocupa.
- Un sentido de utilidad: el trabajo satisface la necesidad de la gente de sentirse útil y de contribuir mediante la producción de bienes a la sociedad (en García Rodríguez, 1992).

Debido a ello y haciendo referencia a Warr (1982, 1987), José Luis Álvaro (1989) describe los cambios que se derivan de la situación de desempleo y que pueden ser determinantes de un bajo nivel de salud mental o favorecedores de su deterioro:

1. Reducción de ingresos económicos.
2. Restricción de la variedad de la vida personal.
3. Reducción de metas y propuesta de actividades.
4. Disminución de la capacidad en la toma de decisiones.
5. Menor desarrollo de conocimientos y habilidades personales.
6. Exposición a actividades psicológicamente desestabilizadoras.
7. Incremento en la inseguridad acerca del futuro.
8. Restricción del contacto interpersonal.
9. Pérdida de la posición y el estatus personal.

Los sujetos desempleados no sólo experimentan una búsqueda de empleo infructuosa sino que, además, se ven privados de unos beneficios que anteriormente gozaban en situación de empleabilidad (García Rodríguez, 1992).

El presente estudio intentará profundizar en el tema de las implicaciones y/o consecuencias que un sujeto en situación de demanda de trabajo puede sufrir

debido a su falta de ocupación. Las implicaciones de la falta de trabajo ya tienen una gran tradición bibliográfica. La bibliografía existente que aborda este tipo de tema es ampliamente rica y extensa incidiendo en diferentes áreas de estudio.

Los efectos que la situación de desempleo pueden provocar sobre la salud del sujeto pueden ser muy variados. Se observó en un estudio realizado por Rantakeisu, Starrin, Hagquist (1999) que el desempleado que sufrió un mayor grado de precariedad financiera y quién también experimentó un mayor número de sensación de vergüenza de las experiencias vividas de su situación exhibió un estado de salud más pobre manifestando, en su caso, un deterioro de su salud en un mayor grado. Experimentaba cambios negativos en su estilo de vida, hizo menos uso de su tiempo libre y tenía una autoconfianza más bajo con relación a los sujetos que hallaban en activo.

J.F. Hartley (1980) profundizó sobre la relación entre la autoestima y el desempleo. Observó que la autoestima del sujeto se hallaba muy afectada. El autor acabó por concluir que el desempleo es necesariamente una experiencia negativa para todo aquel quien la experimenta y que inevitablemente da lugar a una baja en el grado de autoestima.

El modo de afrontar la pérdida de trabajo es sustancialmente diferente según la forma en que se perciba la situación. No se trata de una vivencia situacional de carácter uniforme en el conjunto de la población. S. Fineman (1979) observó que las diferencias existentes en percibir la vivencia de pérdida de empleo se pueden dividir, por un lado, en algo como especialmente valioso y muy apreciable; y por otro lado, como una positiva y aceptable experiencia. Según el autor, éstas distintas formas de experimentar la pérdida empleo se halla en relación con el tipo de vínculo previo que los sujetos tenían con su trabajo. Los sujetos que perdieron el trabajo y que consideraban la situación de la pérdida como un evento importante en sus vidas fue porque existía un tipo de vínculo y compromiso bastante importante. Estos sujetos mostraban estados conductuales de estrés, de tensión, una autoestima disminuida y vivencia situacional de desesperación. Curiosamente, todas éstas características se mostraban también en aquellos sujetos que presentaban situaciones de fracaso

temprano con relación al mercado laboral. Por el contrario, Fineman observó que existía un colectivo de sujetos que presentaban un nivel de autoestima elevada y con bajos signos de estrés y de tensión. Ello era debido a que no existía un vínculo previo muy profundo con el trabajo y que la pérdida de éste sobre los sujetos era considerada como un alivio, como una liberación y de exagerado optimismo. En este tipo de colectivo de sujetos –minoritario- la pérdida de empleo tenía muy poco impacto.

Por otra parte, Fineman consideró que un desempleo continuado en el tiempo consolida los niveles de estrés, mayor tensión y baja autoestima, más que agravarlos. Y halló una diferencia muy interesante al observar que sujetos que habían vuelto a ser empleados en trabajos en los que no se sintieron útiles, mostraron un incremento marcado de las dificultades manifestando una sintomatología importante en cuanto a estrés, tensión y autoestima pobre (incluso aún peor que aquellos que se hallaban en situación de desempleo). No obstante, el hecho de hallar un trabajo que sea considerado por el demandante de empleo como útil, daba lugar a una disminución clara del estrés, de la tensión y a un aumento considerable de la autoestima.

Aplicando las escalas de Rosenberg, Buendía Vidal J. (1987) concluyó lo siguiente sobre la autoestima de los desempleados:

- Las personas que se hallan en situación laboral activa presentan puntuaciones más altas en autoestima que las personas que se hallan en situación inactiva.
- Existen diferencias significativas entre diferentes sexos en población activa. Las mujeres obtienen puntuaciones más bajas que los hombres en su nivel de autoestima. No obstante, entre los desempleados, son los hombres quienes muestran un nivel de autoestima ligeramente inferior que las mujeres.
- En la población ocupada se observa que existe una relación directa en cuanto a considerar que cuanto más elevado el nivel cultural y/o educacional, crece el grado de autoestima. No obstante, en población

inactiva sucede lo contrario y si el nivel cultural es alto, se convierte en un factor predictivo de pérdida de autoestima.

- Con todo ello, Buendía deja evidente que el desempleo produce una desvalorización mayor en las personas con estudios superiores.

Autores como Finlay-Jones y Eckhardt (1982) comprobaron que existen una serie de variables que se hallan relacionados con la presencia de algún trastorno mental:

- El sexo del sujeto. El sexo femenino tenía una cifra más alta de casos de trastornos.
- Los hombres que vivían con sus padres tenían las cifras de casos más altos de trastornos mentales.
- Los sujetos que carecían de medios para conseguir ingresos económicos a corto plazo y/o los que presentaban deudas económicas elevadas son los casos de población con más alta probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno.

Los autores llegaron a la conclusión en 1982 de que el colectivo de jóvenes en situación de desempleo está asociado con una cantidad extraordinaria de trastornos psiquiátricos serios. En 1984, concluyeron que existen tres factores que estaban asociados en el riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental: el sexo de las personas, la forma en que llegó a estar desempleado y el estado de las finanzas o ingresos económicos de la persona.

Ante este panorama descrito y sin ánimo de ser ambicioso, el presente estudio intentará abarcar los ámbitos de la Medicina Legal, Medicina del Trabajo y la Psicología de las Organizaciones y del Trabajo para efectuar una investigación de las últimas aportaciones^(*) que, hasta ahora, se han llevado a cabo.

(*) Nota del autor: La mayoría de la bibliografía expuesta y comentada en la presente tesis doctoral ha sido consultada desde la base de datos HealthSTAR y PsycINFO. Ha habido un esfuerzo en traducir los textos del inglés al castellano. Pueden existir perífrasis verbales, expresiones o vocabulario que, debido a la dificultad de traducción y mis propias limitaciones de carácter lingüístico del inglés no sean del todo correctas. En todo caso, se ha intentado reflejar la esencia y el núcleo de las ideas y los mensajes de los autores de los artículos.

1.2.1. BIBLIOGRAFÍA.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- BUENDÍA, VJ. (1987). *“Autoestima, depresión y paro laboral. Un estudio epidemiológico”*. Nau Llibres. Valencia. En GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *“Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- FINEMAN, S. (1979). *“A psychological model of stress and its application to managerial unemployment”*. Human Relations, 32, 323-345. En GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- FINLAY-JONES, R; ECKHARDT, B. (1982). *“A survey of psychiatric disorder among the young unemployed of Canberra (final report)”*. Australia, A Report submitted to the Research and Development Grants Advisory Committee Australian Department of Health. En GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- FINLAY-JONES, R; ECKHARDT, B. (1984). *“A social and Psychiatric Survey of Unemployment Among Young People”*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 18, 143-153. En GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- HARTLEY, JF. (1980). *“The impact of unemployment upon the self-esteem of manager”*. Journal of Occupational Psychology, 53, 147-155. En GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- MACHO, JL; ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psiquiatría del Trabajo”*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psicopatología Jurídica y Forense”*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.
- RANTAKEISU, U; STARRIN, B; HAGQUIST, C. (1999). *“Financial hardship and shame: A tentative model to understand the social and health effects of unemployment”*. British Journal of Social Work. 1999 Dec; Vol 29(6): 877-901.
- WARR, PB. (1982). *“Psychological aspects of employment and unemployment”*. Psychological Medicine. 12, 7-11.
- WARR, PB. (1987). *“Work. Unemployment and Mental Health”*. Oxford Science Publications.

1.3.- BREVE HISTORIA SOCIAL DEL TRABAJO.

El *Trabajo*, conocido como tal, ya existe desde el inicio de todos los tiempos. Es una actividad social tan vieja como la misma humanidad.

Para Blanch (1990), el trabajo es el esfuerzo humano invertido en el ejercicio de una serie de actividades instrumentales orientadas a la obtención de los recursos necesarios para la supervivencia individual y colectiva.

Desde un punto de vista histórico-social, la evolución del trabajo ha frecuentado diversas etapas.

Ya en la Biblia podemos encontrar las primeras referencias de la existencia del *Trabajo*.

En la Génesis, cuando se creó el Jardín de Edén, “tomó pues, Yahvé Dios al hombre, y le puso en el jardín para que lo cultivase y lo guardase”. De esta manera, “cultivar” y “guardar” el Jardín de Edén supone el primer trabajo que Dios encarga a Adán y que no presenta ningún contenido ocioso. Por aquel entonces, Adán aún disfrutaba de la inmortalidad y de otros privilegios.

Es en referencia al episodio perteneciente al engaño de la serpiente hacia a Eva para que comiese el fruto del “árbol de la ciencia del bien y del mal”, que el porvenir de la pareja tuvo unas consecuencias diferentes:

“A la mujer le dijo:

“Multiplicaré los trabajos de tus preñeces; Parirás con dolor los hijos, Y buscarás con ardor a tu marido, Que te dominará.”

A Adán le dijo:

“Por haber escuchado a tu mujer, comiendo del arbol del que te prohibí comer, diciéndote: no comas de él:

Por ti será maldita la tierra; Con trabajo comerás de ella todo el tiempo de tu vida; Te dará espinas y abrojos, Y comerás de las hierbas del campo. Con el sudor de tu rostro comerás el pan, Hasta que vuelvas a la tierra, Pues de ella has sido tomado; Ya que polvo eres, y al polvo volverás.”

(...) “Y le arrojó Yavé Dios del Jardín de Edén, a labrar la tierra de que había sido tomado”.

Debido a este incidente, “esta expulsión del jardín en que el hombre había sido colocado inmortal, implica la privación definitiva de este don de la inmortalidad y de la felicidad del paraíso terrenal”. Esta situación sugiere entonces que, por “castigo divino” el hombre se encuentra condenado y sometido a los esfuerzos que supone y conlleva la actividad laboral.

Desde el punto de vista de la cronología histórica y en líneas generales, Barret (1961) distingue dos grandes etapas: la Era de la Herramienta y la Era de la Máquina. Ambas etapas presentan sus características concretas en función de los momentos socioeconómicos e históricos de la época.

La Era de la Herramienta se extiende desde los comienzos de la historia de la humanidad hasta el siglo XVIII. El maquinismo se origina a partir del siglo XVIII aunque no empezará a alcanzar el pleno auge hasta llegar el siglo XIX.

De esta manera, tanto la fuerza muscular del hombre como la ayuda de los animales han sido -durante muchos siglos- los instrumentos de producción para muchos trabajos y oficios.

1.3.1. La Era de la Herramienta.

1.3.1.1. La Antigüedad.

En las antiguas sociedades, el trabajo es una actividad asociada a la supervivencia y a la obtención de alimentos.

Por otra parte y durante mucho tiempo, la esclavitud era por entonces la forma normal del trabajo: cuando se originaba una guerra entre poblaciones enemigas, los vencedores exterminaban a los vencidos y se alimentaban de sus cuerpos. Según Barret (1961), los sociólogos suponen que después de tantas batallas y de tantos prisioneros en cautivo, “los vencedores no pudieron comérselos todos de una vez. Tuvieron la idea, según parece, de ocuparlos en diversos trabajos. Observaron probablemente que habían obtenido de ese trabajo cierta ventaja y

comprendieron que era más provechoso “hacer trabajar” a los vencidos que repartir su carne. La esclavitud había nacido. Rápidamente se extiende en todas las sociedades antiguas”.

Se trata de las primeras manifestaciones de la distinción de clases dominantes-clases dominadas. En este caso, la clase dominada bajo la dominación guerrera se ve impuesta a prestar servicios a la clase dominante, como una especie de tributo de guerra.

El esclavo trabaja, más bien, por motivación extrínseca: coerción, miedo al castigo, tradición, pan y protección. Los miembros de las clases socialmente dominantes se abstienen ostensivamente de trabajar (Blanch, 1990).

En la Antigüedad, las propiedades eran muy extensas y los miembros de la familia no alcanzaban a explotarlas. Así que, eran los esclavos quienes proporcionan la mayor parte de la mano de obra.

Por lo que respecta a las clases sociales, los hombres se dividían en libres y esclavos. Con el tiempo, las fuentes de la esclavitud y las formas más corrientes de generar servidumbre fueron las guerras, la conquista de todo un país, el avasallamiento de toda una población, la insolvencia de los deudores y la venta o el abandono de los padres.

En tiempos de hoy, el trabajo que hoy se denominaría como el desarrollar una “tarea ardua y dura”, para entonces se consideraba como algo aceptable.

Para el esclavo, la huida era el único medio con que podía aplicar con el fin de evitar la crueldad de su amo. Las revueltas de los esclavos en la Antigüedad fueron frecuentes. La más célebre fue la del gladiador Espartaco, el cual llamó a la rebelión a más de 70.000 esclavos. Mantuvo su campaña de rebelión durante más de tres años pero existieron divisiones entre galos y germanos en su ejército lo que provocó la caída de su dirigente.

Las primeras formas de servidumbre aparecen en Egipto. El número de campesinos libres era elevado durante los primeros reinados de los faraones, lo que daba lugar a la imposición de impuestos cada vez más exigentes. Tal situación obligaba al campesino agrícola a vender sus bienes para hacer frente a sus deudas. Lo cual conlleva una estrecha relación con su familia y con las

tierras que cultiva. El campesino se convierte en siervo estando ligado esencialmente a la tierra.

En la Antigüedad el trabajo agrícola será realizado entonces, y durante siglos, por los esclavos y posteriormente por los siervos.

1.3.1.2. Grecia.

En los últimos tiempos helenísticos de la Grecia clásica, cuando se da lugar la expansión y Alejandro el Grande se hace con inmensas tierras de Europa, Asia y África, se produce una revolución de la economía. Grecia era un país muy pobre, pero los países conquistados eran muy ricos y procuraron explotarlos. De esta situación, los trabajadores sacaron provecho ya que los trabajos duros se reservaron para los pueblos conquistados. En esta época aparece un cierto principio de maquinismo y los sabios inventan ingeniosos dispositivos para hacer el trabajo más fácil y rápido. No obstante, los inventores de la época (p. ej. Arquímedes) no pensaban en el progreso técnico ni en la “redención del proletariado mediante la dulcificación de su diaria faena; para ellos, estos inventos sólo representaban un juego, una forma de demostrar su ingenio” (Carro, 1992).

En el siglo VIII a.C., Hesíodo dedicó el primer poema (“*Los trabajos y los días*”) en elogio al trabajo y consideraba que “la actividad laboral aparece como un imperativo inescapable del principio de realidad que el ser humano -como los mismos dioses- debe aceptar con resignación, como inherente a la propia condición mundana, a pesar de sus inevitables connotaciones de penalidad, fatiga y coerción” (Blanch, 1990).

En “La Ilíada” y en “La Odisea” de Homero existen referencias de vastas y amplias zonas de terrenos que no pertenecían a nadie. Estas tierras las solían trabajar directamente el dueño. En el caso de que los dueños pudieran disfrutar de medios, eran sus esclavos y servidores los que lo hacían. En Grecia, a nadie se le hubiese ocurrido despreciar el trabajo en el cual, todos, por lo menos

alguna vez, participaban (Jaccard, 1971). En general, cabe decir que es destacable la importancia y el lugar que ocupa el trabajo y el desarrollo de este en la Grecia Clásica.

Es significativo la descripción que hace Homero en “La Odisea” de cuando Ulises, vivo, desciende a la morada de los muertos y oye a Aquiles que se lamenta y le dice: “No deberías quejarte; en la tierra de honran como a un dios y aquí reinas sobre las sombras”. Entonces el héroe pronuncia lo siguiente: “No me hables de la muerte; antes preferiría ser labrador y servir, por un salario, a un pobre hombre que apenas pudiera sostenerse que imperar sobre todo el pueblo de los muertos”.

Timeos -historiador griego del siglo II- hace referencia que en Corinto existía 460.000 esclavos y Aristóteles sostenía que en la ciudad de Egina había 470.000. Los historiadores modernos suelen fijar en 200.000 los esclavos públicos de Atenas. Era muy abundante la existencia de esclavos privados. La gente modesta tenía uno o dos esclavos; los burgueses disponían alrededor de diez y los señores, del orden de cien.

El esfuerzo físico que los esclavos realizaban, lo hacían en régimen de necesidad ya que, en aquella época, hasta los guerreros, atletas e incluso los artistas también lo ejercían (Blanch, 1990).

En aquella época, los ricos propietarios comerciaban con tierras adquiridas de bajo precio a pequeños propietarios arruinados. Los artesanos se defendían sin exceso y los comerciantes marítimos presentaban mayores posibilidades de enriquecerse.

1.3.1.3. Roma.

Roma tiene una importancia decisiva en la historia de la Humanidad ya que levantó el documento jurídico más significativo de la civilización.

La esclavitud se fue manteniendo a través de los siglos pero apaciguándose cada vez más en su forma de expresión ya que el Derecho Romano contribuye a

modificar la suerte de los esclavos ya que la admitió y la reglamentó (por ejemplo, Adriano priva al amo del derecho de vida o muerte).

Según Carro (1992),

“los pueblos necesitaban trabajadores que hiciesen las labores serviles más bajas y los egipcios y los griegos emplearon esclavos para tales menesteres, pero pudiéramos decir que de hecho sin reglamentar la relación entre amo y señor. En cambio, los romanos institucionalizaron la esclavitud. Incluso lo hicieron con tal perfección que sus reglas perduraron durante siglos. (...) era lógico que los romanos no quisiesen trabajar y buscasen quienes trabajasen para ellos, porque consideraban naturalmente, en su filosofía, el trabajo como algo indigno. Ésta es la doctrina que habían heredado de Aristóteles y que los mejores pensadores romanos aprendieron”.

En Roma existían dos clases sociales: los patricios (los descendientes de las primeras familias que se establecieron en Roma) y los plebeyos (resto de población venida posteriormente). La plebe se subdivide a su vez en: rústica (pequeños propietarios de campo) y en urbana (los que se dedican a actividades artesanas y comerciales).

La esclavitud fue la base de la mano de obra romana. Las causas que dieron lugar origen la esclavitud eran: las guerras, el nacimiento de madre esclava, la condena de ciertos delitos y penas y el matrimonio de una mujer con un esclavo. La influencia del cristianismo influyó hacia la humanización de la esclavitud y hacia la tolerancia de las leyes rígidas. Para los romanos -al contrario de los griegos-, la realización del trabajo les repugnaba y no lo veían como algo elevado y noble.

Jesucristo predicaba la redención y la nobleza de la humanidad a través del trabajo. Al no entenderlo así, los romanos intentaron suprimir la doctrina cristiana porque incompatible con su filosofía de política y de trabajo.

En la agricultura, el Estado siguió una política de convertirse en explotador directo de la tierra a través de los siervos públicos. Los pequeños propietarios tuvieron que abandonar sus tierras yendo al ejército.

La mano de obra era cada vez más preciada y seguía una cierta organización del trabajo: existía la dirección de la explotación que la ejecutaba el dueño y los deberes de los ejecutores (la mano de obra). Con el paso del tiempo, las

condiciones de trabajo en el campo se hicieron cada vez más difíciles. El romano se llegaba a preocupar de las horas libres de sus esclavos agricultores porque el ocio en colectividad podía resultar peligroso. Catón consideraba tratar a los esclavos como “ganado” con los que había que alimentarlos adecuadamente, no agotarlos y no maltratarlos para no perjudicar su fuerza física y cuando se hicieran viejos “venderlos con los bueyes que envejecen” (Carro, 1992).

1.3.1.4. La Edad Media.

Con la irrupción violenta de los bárbaros (germanos, francos, sajones, visigodos, ostrogodos, vándalos,...) sobre los restos del Imperio Romano en 476, nace este período histórico que se extiende hasta la caída de Constantinopla en poder de los turcos en 1453. El control de Roma sobre sus provincias se fue diluyendo, con lo que los jefes locales aumentaron su poder autónomo lo cual produjo el feudalismo. El régimen feudal es el sistema social, económico y político establecido que configuró y estructuró la Edad Media.

El denominador común de la Edad Media fue la religión y concretamente, el cristianismo. La Iglesia de Roma intentó propagar la unidad y las ideas de la política de los descendientes de San Pedro por la Europa occidental fundando el Sacro Imperio Romano. Cuando se desplazó el poder político hacia los pueblos germanos, pasó a denominarse Sacro Imperio Romano-Germánico.

La Iglesia ejerció una influencia decisiva sobre muchos aspectos de la vida cotidiana y del trabajo. Cuando en la Navidad del año 800, Carlomagno fue coronado Emperador por el Papa, quedó establecida la supremacía del poder espiritual (Papado) sobre el temporal (Imperio).

En aquella época, existían muchas guerras y los hombres libres necesitaban acogerse a la protección de un señor. De esta manera, cedían sus propias tierras al señor y éste se las devolvía como feudos. Así, se convertían en señores de vasallos; con lo que pudieron, en más de una ocasión, crearse con

igual poder que el de los reyes ya que disponían de determinados derechos sobre sus vasallos y sus tierras. De esta manera, los pequeños agricultores quedaron vinculados legalmente a la tierra.

Para entonces, la esencia de la servidumbre se extiende por Europa durante la Edad Media y “todos los que rodean al señor feudal y los que están obligados a un trabajo servil son siervos. Pertenecen al señor en entera propiedad. Son inseparables de su feudo o de su persona. Él los da, los vende o los cambia por otros conforme a su voluntad” (Barret, 1961).

La vida del campesino libre difiere poco de la del siervo. Cada familia campesina trata de producir por sí misma cuanto necesita para la vida cotidiana. El campesino construye su propia vivienda, fabrica y repara sus enseres y herramientas. La mujer y las hijas hacen el pan, hilan la lana o el lino y tejen los vestidos. La materia prima proviene de sus campos, del bosque o de su ganado y no tienen que comprar nada.

El feudalismo tendrá sus consecuencias al nivel de la relación laboral ya que se halla basado en el principio de la jerarquía, la sumisión y sometido al profundo poder de la autoridad señorial y eclesiástico.

Se originan los Gremios los cuales, desde un punto de vista socio-económico, constituyen la institución más importante de la Edad Media. Los Gremios son una agrupación de compañeros de oficio que llegaron a constituir el entramado sociológico durante siglos.

En su “Admonición general” del 789, Carlomagno reguló el trabajo con normas que intentan ser morales:

“No debe realizarse en domingo ningún trabajo que sea servil, y en día tan señalado los hombres deberán abstenerse de todo trabajo en el campo: no cultivarán el viñedo, no labrarán los campos, no segarán, no se ocuparán de los piensos, no habrán de vallar los campos, no desbrozarán los bosques ni talarán árboles, tampoco edificarán casas (...). Solamente se autorizará en domingo tres tipos de acarreamientos: Los acarreos para el ejército, los acarreos para el abastecimiento y, en caso de que tal ocurra, el entierro del amo. Las mujeres se abstendrán igualmente de los trabajos textiles: No cortarán ni coserán con la aguja, ni escardarán la lana, ni agramarán el lino, ni tampoco lavarán la ropa en público. Todo lo cual para que se pueda descansar el día del Señor. ¡Que todos

acudan de todas partes para celebrar la misa en la iglesia y den gracias al Señor por todas las cosas buenas que para nosotros Él hizo en este día!”

Hacia el siglo XI y XII y debido a la influencia opositora de la Iglesia, comienza a perderse una gran fuente de producción: la esclavitud.

La artesanía y el comercio fueron tomando importancia a medida que se ampliaban las oportunidades de negocio e intercambio comercial (Ferias, comercio marítimo,...).

Hacia el final de la Edad Media y con el desarrollo de la técnica entre los siglos XV y XVIII tuvieron por consecuencias la separación de la industria y el comercio dando lugar a la aparición de las clases sociales. Para afirmarse mejor como clase social distinta de la clase obrera, “la burguesía procura el descrédito del trabajo manual. Los trabajadores son víctimas del espíritu aristocrático que impera en el Renacimiento. El sistema educativo, que tiene como eje fundamental el conocimiento del griego y del latín, traza una línea de demarcación infranqueable entre sus hijos y los de sus patronos. El artista y el artesano se divorcian por largo tiempo. Mientras aquél se convierte en un personaje importante que frecuenta príncipes y banqueros, el segundo es relegado entre la plebe” (Barret, 1961).

1.3.2. La Era de la Máquina.

La amplia etapa anterior de la Edad Media ya empezó a sentar las bases para que la economía diese lugar a una profunda transformación. Hasta entonces, la fuerza muscular del hombre y su rendimiento como trabajador fue mediocre. El mercader es sustituido por el comerciante; el artesano por el industrial. La agricultura primitiva ya empieza a adquirir una especialización y la navegación empieza a derivarse como empresa comercial. Con el advenimiento del maquinismo permitió un aumento considerable de la productividad. Se trata de la Revolución Industrial, originándose en el XVIII y cuyo cenit alcanza a mediados

del siglo XIX y que, aún en nuestros días existe viviendo nuevas eras basadas en la tecnología e innovación.

La máquina permite las producciones en masa. La fabricación en serie de miles de artículos cuyo bajo precio se han dado a la venta han permitido una cierta elevación en el nivel de vida de los trabajadores. No obstante, es la clase obrera quien a sufrido las consecuencias por las ventajas derivadas de la industrialización. A partir del siglo XIX, las guerras, la introducción del capitalismo y las crisis económicas han dado lugar a una continua serie de episodios de miserias y un aumento constante del número de desocupados. Todo ello ha contribuido a que la clase trabajadora vaya adquiriendo conciencia de sí mismo y que sus esfuerzos hayan ido orientados a la mejora su situación socio-económica. Según Blanch (1990), “si el Renacimiento entroniza al ser humano como centro del universo y el valor supremo de la creación, el Capitalismo lo reduce a la condición del ente trabajador cuyo valor radica en mera capacidad productiva”.

1.3.2.1. La Economía Capitalista.

En general, existen una serie de mejoras que contribuirán al desarrollo del trabajo y de la productividad: El trabajo agrícola adquiere ventajas (se incrementan las superficies a cultivar, se regulariza el cauce de los ríos,...). Los burgueses enriquecidos por los beneficios de sus pequeñas industrias y comercios compran tierras de nobles arruinados y con su espíritu mercantil sacan provecho con la explotación de las tierras para obtener un mayor rendimiento (el capitalismo, entonces, va orientado hacia la búsqueda del máximo beneficio). De esta manera, empieza a introducirse el verdadero trabajador asalariado en el campo. No obstante, aún sigue existiendo el régimen feudal del medioevo: existe la propiedad inmediata (constituida por el castillo señorial o real); las tierras de la reserva que trabajan los criados del señor o trabajadores asalariados; y, las tenencias, concedidas por el señor al campesino

a cambio de un censo de dinero, en especies y a veces en prestaciones personales obligatorias.

Fue en la industria textil, en donde se observa una radical y profunda transformación sentando las bases de la Revolución Industrial del siglo XVIII. A finales del siglo XVI, William Lee inventa el *stoking frame* o telar de hacer medias con lo que se pasa del trabajo manual (*domestic sysytem*) al trabajo tecnológico (*factory-system*). En el textil se produjo una serie de rápidas revoluciones tecnológicas que rápidamente dio origen a las competencias de diversos países Europeos.

En los siglos XVI y XVII y debido a las nuevas rutas de navegación derivadas del descubrimiento de las nuevas tierras de América y la colonización surgen un amplio abanico de novedades: nuevas técnicas de navegación marítima, funcionarios, el comerciante, la difusión de la banca, la contabilidad, los seguros. El descubrimiento de América y la invención de la imprenta implicaron el principio de una nueva era para la sociedad en general.

1.3.2.2. El Proletariado.

Con la introducción de las nuevas técnicas derivadas de los avances tecnológicos facilitaron el desarrollo de la industria en general: el empleo del vapor; la introducción de los altos hornos; nuevas tecnologías textiles, metalúrgicas y químicas revolucionaron el mundo laboral existente hasta entonces.

La relación *maestro-oficial-aprendiz* continuaba en vigor, no obstante, y con el sobrevenir de la Revolución Industrial, desaparecen las relaciones personales y morales que el artesano implicaba y el mundo de las relaciones laborales se realiza a través del mecanismo del *contrato de trabajo*. Debido a esta relación existente y la aparición de las grandes fábricas que necesitan de cantidades masivas de operarios favorecen la aparición de las figuras del *patrono* y del *obrero*.

El campesino, que hasta entonces era propiedad de alguien, conquista su libertad. Aunque existiendo aún un vínculo de sumisión al señor ya no era marcado por esa relación cerrada de carácter feudal. En el caso de Francia y con la Revolución Francesa acaecida en 1789, se suprimían los derechos feudales y el campesino se convertía libre y legítimo poseedor de las tierras. Aún habrían de pasar años para que esto sucediese en el resto de países de Europa. En España y debido a las desamortizaciones eclesiásticas, muchos campesinos carentes de tierras se vieron obligados a desplazarse a la ciudad y abocados al desempleo y a la miseria.

La situación laboral de entonces era precaria. Una enfermedad o un accidente podían destrozarse cualquier situación económica de una familia. El trabajador industrial tenía normalmente una retribución superior a la del obrero del campo. Sin embargo, para las clases trabajadoras de la época les preocupaba el libre arbitrio de asignación de salarios y precios reclamando la posibilidad de fijar de vez en cuando y según las circunstancias, el precio de la mano de obra.

El período más frecuente de pago del salario era semanal. También existía el pago quinquenal y mensual. En alguna ocasión existía un sistema mixto de retribución en salario y especie para adquirir artículos de primera necesidad, intentando preservar a la familia del trabajador de las debilidades en que éste pueda incurrir, especialmente dado el incremento del alcoholismo entre el proletariado.

Se trabajaba mientras lo permitía la luz del día y según conforme las estaciones del año. Con la llegada del alumbrado artificial, la jornada de trabajo aumentó llegando a alcanzar de catorce a dieciséis horas diarias. Tal situación motivó un importante movimiento reivindicativo para que se motivara su limitación.

Las mujeres y los niños también formaban parte del proletariado, los cuales estando sometidos a condiciones denigrantes también fue motivo de reivindicaciones y movimientos sociales.

El uso de máquinas cada vez más complejas vino a conducir la exigencia de técnicos especialistas que se dedicaran al proceso de montaje y mantenimiento.

Los mercados se hicieron cada vez más distantes y extensos necesitando una red más amplia de distribuidores, intermediarios y promotores de ventas. Los transportes alcanzaron una gran importancia tanto al nivel de productos como para las concentraciones humanas.

1.3.2.3. El Trabajo Administrativo.

La abolición del régimen señorial y los grandes cambios que el Estado moderno experimenta facilita que se de origen a una nueva clase laboral: el funcionario público. Después de la Revolución Francesa, Napoleón reelaboró la administración pública estableciendo la especialización de los agentes y su remuneración estatal. Stein procedió a reformar la Administración Pública prusiana en 1808 exigiendo la formación universitaria y el haber superado una prueba-oposición para el ingreso, de esta manera se consigue una burocracia de excelente nivel en sus conocimientos y estimable rendimiento profesional.

Por otra parte y al aumentar sus actividades en las empresas, se hace necesario la presencia de administrativos con el fin de orientar la organización de la producción. Se hace imprescindible la construcción de oficinas en la fábrica orientados a albergar administrativos que se encarguen de la correspondencia que engendra las relaciones comerciales, las facturaciones de las materias primas o las máquinas compradas y la anotación de las ventas efectuadas, el cálculo y la distribución de los salarios de los obreros, es decir, la contabilidad y las finanzas en general.

Para el desempeño de este tipo de trabajo, estaba reservado a las clases que, gracias a la educación escolar, disponían de los conocimientos y la cultura general necesarios para tal efecto. Surge entonces, una nueva clase social que se hallaba igualada a la clase del proletariado,

“especialmente en cuanto a nivel salarial, pero con funciones más cómodas y exigentes de formación técnica y cultural, la habrían de convertir en un colectivo de características sui generis y que incluso ella misma, por orgullo funcional,

cuidó de mantenerse a distancia de la masa proletaria, la cual, por su parte, respondía con una palpable desconfianza hacia aquellos trabajadores a los que por llevar cuello blanco y corbata no consideraba como iguales, actitudes que todavía en determinadas sociedades no suficientemente evolucionadas, con todas las matizaciones que se quiera, subsisten de alguna manera” (Carro, 1992).

Surgen las profesiones liberales, es decir, profesionales cuya actividad laboral la realiza autónomamente sin depender directamente de un patrono y sin estar sometido a un salario, por lo que su condición se halla al margen de la clase proletaria. La cultura, la índole de su función y su independencia es lo que caracteriza y garantiza a quienes ejercen estas profesiones liberales (p. ej. el colectivo médico o el colectivo de abogados).

1.3.2.4. Movimientos obreros.

Los movimientos obreros se desarrollan en casi todo el siglo XIX e inicios del XX. Con la revolución liberal-burguesa, la desaparición de los privilegios feudales y de las categorías jurídicas igualando a todos los hombres ante la ley y la fiscalidad provocó el hecho de que los enfrentamientos de clases fueran orientados en el terreno económico. El trabajador adquirió conciencia de clase y se identificó con sus compañeros. Esta adquisición de conciencia de clase implicaba una afirmación de la personalidad colectiva y un rechazo de los restantes estamentos sociales. El proletariado no cree, desconfía de los intentos más o menos bien intencionados, más o menos eficaces de los patronos y de sus políticos dirigentes a favor de su progreso como clase.

A lo largo de todo este tiempo, surgen revoluciones (la Revolución de 1830, la Revolución de 1848), autores que iniciaron los pensamientos socialistas (Owen, Saint-Simon, Fourier, Proudhon) y las grandes corrientes ideológicas del movimiento obrero (Marx i Engels) con el fin de mejorar las condiciones laborales del trabajador.

En 1892, se crean en Francia la Federación de las Bolsas de Trabajo ofreciendo los siguientes servicios: mutualidad (seguros y colocaciones); educación (cursos profesionales, biblioteca); propaganda (creación de sindicatos y cooperativas, estudios económicos y estadísticos).

A modo de ejemplo y con el fin de ilustrar el apartado de “Movimientos obreros”, es interesante apreciar el desarrollo y la evolución de la legislación laboral en España desde 1872 hasta 1926 (García y Gatell, 1991):

- 1872: Se consigue en Barcelona las 11 horas de jornada laboral.
- 1881: Los albañiles consiguen las 9 horas de jornada laboral.
- 1887: Ley de asociaciones que autoriza los sindicatos.
- 1896: Ley de represión del anarquismo.
- 1900: Primeras leyes laborales de protección al trabajo femenino e infantil.
- 1900: Ley de Accidentes de Trabajo.
- 1904: Comienza a regirse la Ley del descanso dominical.
- 1906: Primeras reglamentaciones sobre la inspección del trabajo.
- 1909: Ley de vagas.
- 1912: Ley que prohíbe a las mujeres que trabajen de noche.
- 1913: Consecución de la semana inglesa.
- 1919: Determinación de las ocho horas de jornada laboral y de las Comisiones Mixtas de Trabajo orientados para la resolución de las diferencias laborales.
- 1921: Creación del retiro obrero.
- 1926: Ley sobre el trabajo a domicilio.

En la actualidad, existe una llamada “sociedad industrial” y una “sociedad de consumo”. La sociedad industrial se ha hecho tan poderosa que es capaz de producir bastante más de lo necesario. Actualmente, “el problema no es como obtener una producción suficiente, sino como consumir esa producción” (Carro, 1992). El paso de la sociedad de producción a la sociedad de consumo ha sido posible por el empleo combinado de la planificación, de la organización de las

empresas, de la publicidad masiva, de la venta a plazos, de la participación de los sindicatos y de las clases medias en los beneficios del sistema.

Asimismo y debido a lo anterior, para Brenner (1979, 1980 en Álvaro, 1989), los grupos minoritarios padecen consecuencias perjudiciales debidos a los períodos de rápidos crecimientos económicos en tres características:

- Los trabajadores desempleados sufren relativas privaciones a causa del aumento de los ingresos económicos en el conjunto de población en general.
- Existen trabajadores que encuentran un trabajo de cuyo nivel y estatus económico-social es menor al que ya tenían con anterioridad lo cual se da lugar a una disminución en la movilidad.
- Con las nuevas tecnologías emergentes aumenta la inseguridad en el empleo (en su búsqueda o el mantenimiento de éste) ya que se perciben como obsoletos los conocimientos adquiridos y requerirse de unos nuevos.

1.3.3. Conclusiones.

Con el planteamiento de este breve contexto y marco histórico, se puede derivar entonces, que los términos de empleo y desempleo -los cuales se enmarcan en el mercado laboral de oferta y la demanda- se extienden desde la Revolución Industrial hasta nuestros días, concebido como la producción basada en el capital por una parte y en los trabajadores por otra (Garrido, 1995). Desde la Antigüedad hasta la Revolución Industrial, la relación laboral existente entre esclavo-patricio o siervo-señor no contemplaba una condición laboral como el desempleo ya que no daba lugar a su existencia debido a las condiciones socio-económicas de la época.

De esta manera y con respecto al desempleo, Garrido (1995) considera que “suele entenderse que se parte de la situación de ociosidad involuntaria de las

personas que no encuentran trabajo”. Cabe añadir, que el desempleado “desea trabajar” y “ha de ser por cuenta ajena”. El deseo de trabajar es un requisito imprescindible para ser considerado como desempleado. El mismo autor añade que “el sujeto para ser considerado desempleado tiene que estar dispuesto a vender su trabajo. Debe estar dispuesto a trabajar “por cuenta ajena”, ya que el mercado de trabajo en el sistema capitalista occidental impone las reglas de juego de la oferta y la demanda”.

Tomando como referencia la definición que Garrido ofrece al término de “desempleo”, se puede desprender la idea de que la existencia de este fenómeno social es de hace relativamente poco tiempo, es decir, desde que el hombre dejó de servir al patricio o al señor y trabajar las tierras para él. Existe con el advenimiento de la Era de la Máquina y de la industrialización.

En anteriores épocas y períodos históricos existieron alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales, pero sugiero que la existencia de estas alteraciones no serán debidas directamente o indirectamente por una pérdida de empleo ya que no podían darse lugar al tratarse de un régimen (esclavitud, feudal,...) diferente al de las circunstancias actuales de nuestra época.

En nuestra época actual y de resultas de la actual legislación laboral existente, no tan sólo ejercer una actividad laboral supone una gran importancia sino que la ausencia del ejercicio de éste supone el riesgo de la aparición de la existencia de alteraciones en la salud mental. Asimismo, también puede haber la posibilidad contraria, la actividad laboral puede implicar diversos factores estresantes que desencadenen patología física, psiquiátrica o psicosomática. Según Macho y Ortega-Monasterio (1991), en “la esfera psicopatológica son frecuentes los trastornos depresivos y ansiosos, así como disfunciones de tipo psicosomático que vendrían a ser manifestaciones o complicaciones de la ansiedad. En este sentido, es conocida la relación de estrés laboral con el ulcus gástrico y la cardiopatía isquémica”.

Para Rodríguez y García (1989) estudiar los fenómenos del paro supone tener en cuenta tres aspectos básicos: el incremento progresivo de la automatización de nuestra sociedad, el cambio simultáneo producido en la forma en cómo la

población valora el trabajo y el contexto socio-político-económico en el que se enmarcan y desarrollan estos procesos. De esta forma, y según estos autores, el trabajo se percibe como un mero medio para cubrir un amplio abanico de necesidades de distinto orden articuladas -en su mayoría- en un proyecto de vida. El trabajo constituye pues, un instrumento importante en el que se evita los peligros de la soledad, el aislamiento, los sentimientos de inutilidad, la automarginación y la pérdida de sentido de la realidad y que cuya pérdida supone truncar la configuración de este proyecto de vida. La ausencia de trabajo en los individuos da lugar entonces un desequilibrio y desajuste importante que repercute en distintos niveles tales como a escala psicológica, social, económica y política.

1.3.4. BIBLIOGRAFÍA: Breve Historia Social del Trabajo y del Desempleo.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo juvenil y salud mental”*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *“Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico”*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- BARRET, F. (1961). *“Historia del Trabajo”*. EUDEBA. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- BLANCH, JM. (1990). *“Del viejo al nuevo paro. Un análisis psicológico y social”*. PPU-Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. Barcelona.
- BRENNER, MH. (1979). *“Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936-76”*. The Lancet, september, 568-573.
- BRENNER, MH. (1979). *“Unemployment, economic growth and mortality”*. The Lancet. March, 672-673.
- BRENNER, MH. (1980). *“Importance of the economy to the nation’s health”*. En L. EISENBERG y A. KLENAM (Eds.). *“The relevance of Social Science for Medicine”*. Nueva York. Reidel.
- CARRO, AJ. (1992). *“Historia Social del Trabajo”*. Bosch, Casa Editorial, S.A. Barcelona.
- GARCÍA, M; GATELL, C. (1991). *“Temps. Història Contemporània”*. Edicions Vicens-Vives, S.A. Barcelona.
- GARRIDO, M. (1995). *“Desempleo y Psicopatología. Un estudio empírico e interpretación psicodinámica”*. Editorial Promolibro. Valencia.
- JACCARD, P. (1971). *“Historia Social del Trabajo. De la Antigüedad hasta nuestros días”*. Plaza & Janés, S.A., Editores. Barcelona.
- LEAHEY, T. (1993). *“Historia de la Psicología”*. Editorial Debate, S.A. Madrid.
- NÁCAR, E; COLUNGA, A. (1951). *“Sagrada Biblia”*. Biblioteca de autores Cristianos. La Editorial Católica, S.A. Madrid.
- MACHO, JL; ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psiquiatría del Trabajo”*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psicopatología Jurídica y Forense”*. PPU-Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. Barcelona.
- RODRÍGUEZ, A; GARCÍA, JMA. (1989). *“Personalidad, valores y expectativas en jóvenes titulados en paro”*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *“Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico”*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

1.4.- DESEMPLEO Y SALUD.

El concepto de calidad de vida laboral se podría definir como *“la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles, de toda organización, de influir eficazmente en su propio ambiente de trabajo a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en su trabajo”* (Ylla, González-Pinto y Soledad, 1996).

Para Friis, Carter, Edling (1998), la situación de desempleo y sus consecuencias en el deterioro de la salud del que se encuentra en la situación de inactividad laboral es un tema preocupante desde el punto de vista de la Salud Pública.

En el presente capítulo se ofrece la relación existente entre el estatus de desempleo y sus consecuencias repercutidas en la salud y calidad de vida del sujeto. Ya existen los capítulos referidos a las consecuencias patológicas y psicopatológicas debido a la situación de inactividad laboral, no obstante, la aportación en este capítulo hace referencia a un marco general más amplio en lo que se refiere al uso de servicios de salud, calidad de vida, bienestar psicológico subjetivo...

Disfrutar de un trabajo en el cual el sujeto se perciba implicado y motivado en su labor, encuentre significado y direccionalidad en las tareas que ejecuta, se perciba integrado como miembro de su equipo y en su entorno organizacional, facilita a que eso alimente sus niveles de autoconfianza, autoestima y sensación de valía personal por el trabajo que realiza. Disponer de un trabajo actuaría como variable amortiguante contra cualquier eventual mal estado de salud debido a la sensación de bienestar y tranquilidad que supone mantener una calidad de vida obtenido como consecuencia al nivel socioeconómico alcanzado.

Brenner (1973, 1979) trabajó sobre la hipótesis de que las crisis económicas tenían efectos notables en la salud de numerosas poblaciones. Aplicando amplias técnicas estadísticas en las que correlacionaba datos económicos de décadas atrás con índices sanitarios, el autor halló que tanto en EE.UU. como para el Reino Unido presentaban correlaciones muy claras entre el funcionamiento económico y cambios en los índices de mortandad general, mortandad cardiovascular, consumo de alcohol e índices de cirrosis, suicidio, homicidio e ingresos en hospitales psiquiátricos. En su investigación, Brenner considera que puede hacer uso de su metodología como un instrumento de predicción y asegura que las sociedades que experimente aumentos de un millón en su índice de desocupación en un espacio de 5 años, es probable que sufran 50.000 muertes más debidas a enfermedades generales, 167.000 muertes por causas cardiovasculares y 63.000 nuevos ingresos adicionales en los hospitales psiquiátricos. El autor remarca que estas cifras hacen referencia al conjunto de toda la población indicando que las condiciones económicas no afectan sólo a los que se hallan en paro. Brenner señala que las cifras de desocupación son el índice individual más importante por lo que respecta a la salud.

Definido desde un punto de vista como un problema privado e individual, el desempleo conlleva un riesgo aumentado de tensión psicológica y fisiológica. Considerado desde un punto de vista como un problema público, el desempleo conlleva una tensión social y unos índices de mortandad aumentada (Brenner y Starrin, 1988).

Para Goldney (1996), los efectos que el desempleo provoca sobre la salud del sujeto es básicamente emocional y existen muchos puntos de vista que abordan sus consecuencias sobre la salud en general. Turner (1995) es de la opinión de considerar el contexto económico por el cual el sujeto se halla inmerso para analizar las consecuencias que provoca el desempleo sobre la salud. Considera que muchos estudios que enfocan su interés en las consecuencias en el estado de salud debido al desempleo ignoran el contexto económico en el cual se enmarca.

Para Dzuka (2001), el desempleo a largo plazo se define por experimentar más frecuentemente niveles de ansiedad, expresión de tristeza y enojo, hallarse más a menudo enfermo y presentar una menor actividad de interacción social.

Al analizar una revisión bibliográfica de 139 artículos que versaban sobre el tema, Watkins (1981) concluye que en los períodos de recesión económica se produce un deterioro de la salud y que el desempleo ejerce una influencia negativa en la salud mental y muy probablemente en la salud física. Para este autor, los factores que influyen en esta relación son las siguientes: el miedo al desempleo, cambios en las pautas de consumo, cambios en la vida personal, el incremento de situaciones de estrés, las dificultades o la precariedad económica, entre otros.

Mastekaasa (1996) tiene presente los efectos negativos que recaen sobre la salud el estar desocupado. Es de la opinión que esta situación es debida a los llamados efectos de selección: las personas que sufren trastornos mentales tienen altas probabilidades de ser despedidas; y las personas desempleadas que sufren trastornos mentales o dificultades físicas, se ven reducidas sus oportunidades de encontrar un nuevo trabajo. Esta situación tiene gran potencial de alterar cualquier esfera de la vida de un sujeto.

Waters y Moore (2001) investigaron las relaciones existentes entre el estado de empleo, la salud psicológica, las dificultades económicas y los niveles de esfuerzos aplicados por el sujeto para sobrellevar la situación sobre una muestra de 329 sujetos (201 desempleados y 128 empleados). Los resultados que obtuvieron los autores sugieren que la restricción económica es experimentada diferencialmente entre grupos de sujetos empleados y desempleados en lo que se refiere a las necesidades y las actividades de ocio. De esta manera, los sujetos desempleados aplican más restricciones económicas en actividades de ocio en contraposición a las necesidades que puedan surgir. Para estos autores, tal situación predice significativamente los estados depresivos y los bajos índices de autoestima de los sujetos desempleados.

La ansiedad que puede originar la situación de inactividad laboral puede provocar el aumento de la tensión arterial influyendo en la aparición de trastornos cardiovasculares en sujetos con alta predisposición a la enfermedad y conllevar a consecuencias fatales (Leino-Arjas, Liira, Mutanen, Malmivaara y Matikanen, 1999). Y si además de este cuadro se le añaden agravantes como el consumo elevado de tabaco, alcohol o sustancias adictivas, (entre otras variables) el resultado de la combinación puede suponer un gran riesgo para la salud del sujeto incidiendo en gran parte de las áreas del sujeto: personal, familiar y social. Los sujetos desempleados presentan un nivel más alto de probabilidad de visitar los servicios sanitarios, que incrementen el consumo de medicamentos o sustancias farmacológicas y que aumenten los casos de ingresos hospitalarios. El desempleo presenta efectos adversos en la salud y su relación suele ser muy estrecha. Este efecto es demostrable cuando coincide variables como el tipo de nivel de clase social, los escasos ingresos familiares, el bajo nivel de educativo, la presencia de padres desempleados o la edad. Todas ellas reunidas favorecen a un empeoramiento del estado de salud. Igualmente, si el sujeto se halla ya con problemas de salud y se encuentra en proceso de búsqueda activa de trabajo, la situación no hace más que agravarla debido a la ansiedad que comporta la situación (Janlert, 1997).

Wilson y Walker (1993) destacan que la situación de desempleo favorece considerablemente el aumento en el consumo de alcohol y de tabaco. Asimismo, también consideran que la situación de inactividad laboral provoca un aumento de la mortandad en lo que respecta a los índices de suicidio y los cánceres de pulmón (debido al incremento en el consumo de tabaco). De ahí que, la sensación de bienestar psicológico se ve reducida manifestándose en trastornos afectivos, trastornos de ansiedad e intentos de suicidio. Para Janlert (1997), el consumo de alcohol aumenta considerablemente en jóvenes desempleados. El consumo de tabaco también aumenta exageradamente. Para los que se hallan empleados y consumen tabaco, el riesgo al desempleo es muy alto.

Reisine, Fifield y Winkelman (1998) quisieron evaluar los efectos del empleo sobre la salud en una muestra de mujeres con artritis reumatoide y así probar la hipótesis de que el empleo confiere un beneficio para la salud. Demostraron que las mujeres empleadas con artritis reumatoide presentaban un mejor estado de salud que las mujeres desempleadas. No obstante, las mujeres que previamente habían sido empleadas y que actualmente (en el momento de efectuarse el estudio) se hallaban en desempleo presentaban unos peores resultados que las mujeres activas y las mujeres que nunca habían sido empleadas. Estos resultados sugieren que la pérdida de empleo supone expresar un peor estado de salud. Reisine, Fifield y Winkelman creen importante indagar más en la investigación para averiguar los factores subyacentes que contribuyen a un empeoramiento del estado de salud entre las mujeres desempleadas y a un estado salubre de salud en las mujeres activas.

No obstante, Harych (1995) al evaluar una muestra de 1.628 sujetos entre empleados y desempleados de la población de Sajonia (Alemania Oriental) con el fin de averiguar la relación entre la situación de inactividad laboral y sus consecuencias en la salud, se encontró con que los sujetos activos presentan más riesgos para la salud. Las personas activas manifiestan más niveles de preocupación y de intranquilidad por la pérdida de su trabajo (más del 50% de los hombres y el 41% en mujeres) que los desempleados enfrascados en su misión de búsqueda de trabajo. Un 23% de las personas angustiadas del total de la muestra expresaron malas condiciones de salud; de la cifra total, se distingue que el 20,5% pertenece a los sujetos desempleados y el 14% pertenece a los sujetos activos que manifiestan ansiedad ante la pérdida de su ocupación. Los que presentaban niveles altos de ansiedad padecían de una presión social muy alta así como cronicidad de enfermedades. El artículo de Harych invita a reflexionar que disfrutar de una ocupación también supone la expresión de sintomatología ansiosa y que según cómo es experienciada la situación puede llegar a ser desagradable para el sujeto que lo vivencie.

1.4.1. Estilo de vida y desempleo.

En las conclusiones que describen Rantakeisu, Starrin y Hagquist (1999) en su artículo y en el que estudian los sentimientos de vergüenza asociados ante la vivencia de la situación, detallan que el que experimenta más este tipo de sentimientos exhiben un estado de salud más pobre y sufre cambios negativos en su estilo de vida (menor uso de su tiempo libre, bajo nivel de confianza en sí mismo) que otras personas desempleadas.

Hammarstrom (1994) desarrolló un estudio de los efectos del desempleo en población juvenil. Sus resultados evidenciaron un mayor aumento de sintomatología física y psicológica; un aumento de enfermedades fisiológicas (particularmente en sexo femenino); un aumento en el consumo de drogas, tabaco y abuso de alcohol (particularmente en sexo masculino); un incremento de la tensión arterial. La proporción de mortandad (suicidios y accidentes) es significativamente alta en mujeres y en varones jóvenes desempleados. Las consecuencias sociales debido a la falta de trabajo a largo plazo facilitan al riesgo de aumento de conductas alienadas, falta de recursos económicos, conductas criminológicas y futura exclusión del mercado laboral. Las conclusiones por las cuales Hammarstrom llega en su estudio son que el desempleo juvenil se halla asociado con una mayor manifestación de sintomatología expresado desde el punto de vista de la salud física y psicológica, un mayor nivel de tensión arterial y un deterioro en las conductas promotoras de salud. En desempleados jóvenes existe un riesgo incrementado en el desarrollo de un estilo de vida alterado cayendo en conductas de consumo de sustancias y manifestando celos y desconfianza ante los demás (Morrell, Taylor y Kerr, 1998).

Liira y Leino-Arjas (1999) investigaron si los indicadores de salud, las condiciones de trabajo o el estilo de vida presentan potencial para predecir el desempleo subsiguiente así como las consecuencias de éste en la salud y en el estilo de vida. A lo largo de los cinco años de cuando se inició el estudio en 1989

hasta 1994, los autores estudiaron dos tipos de muestras: una muestra estaba constituida por 781 operarios del sector de la construcción de edificios y obras; la otra muestra, por 877 operarios del ámbito forestal. Pudieron descubrir que los operarios de la construcción que permanecieron en el paro por un período superior de dos años se caracterizaban por: una edad superior de los 40 años; una percepción subjetiva de la salud valorada como pobre; una alta tendencia al consumo de tabaco y alcohol; una baja satisfacción por el trabajo y por vivir en soledad. Las características que definían a los operarios del ámbito forestal fueron que presentaban: una edad superior a los 40 años; frecuentes síntomas de tensión y/o ansiedad y la proporción de fumadores disminuyó conforme se prolongaba en el tiempo su situación de inactividad laboral. En ambos grupos, disminuyeron significativamente los síntomas del sistema esquelético-muscular. Aunque, y conforme se avanzaba en el tiempo su condición de inactividad laboral, en el colectivo de los operarios de la construcción que presentaban una situación de desempleo de larga duración manifestaban una mayor expresión de síntomas ansiosos. Para Liira y Leino-Arjas, el desempleo en los obreros de la construcción viene determinado por el estilo de vida que aplican en su entorno, el tipo de conductas saludables y sus niveles de satisfacción del trabajo. Para los trabajadores forestales, el desempleo es menos determinado por factores individuales. También puntualizan que los cambios en la expresión de dolor y los síntomas del sistema esquelético-muscular son dependientes directos de la actividad profesional realizado, siendo particularmente manifiesto por los trabajadores del ámbito de la construcción y obras.

Para Ellenius, Loof, Leppert i Sorensen (1994), el tipo de calidad de vida es más sana entre personas vigorosas que entre aquellos que presentan una capacidad reducida para trabajar o que se encuentren en desempleo.

1.4.2. Estatus social, salud y desempleo.

La situación económica es una variable a considerar ya que las actitudes ante el desempleo son diferentes en función de los recursos económicos disponibles. La reacción ante el desempleo no tendrá los mismos efectos en personas de diferentes clases sociales. En un estudio realizado con una muestra de 100 desempleados de clase social media, Little (1976) observó que las actitudes ante el desempleo fueron diferentes. Es decir, Little pudo observar que aquellas personas inactivas con mayores dificultades económicas eran más propensas a considerar el desempleo como un acontecimiento negativo. En cambio, las personas que declaraban estar en una situación económica más holgada tendían a percibir el desempleo de una forma más positiva. De hecho, los sujetos que declaraban tener problemas económicos con mayor frecuencia eran los que mostraban un mayor nivel de deterioro psicológico, mostraban más sintomatología depresiva, una menor satisfacción ante la vida presente y una autoevaluación más negativa (en Álvaro, 1989).

Las diferencias entre clases son evidenciables y existentes, marcando distinciones en grupos poblacionales jóvenes. Enguita (1989) describe que los jóvenes de clase media, en comparación con los jóvenes de clase obrera, pueden permitirse prolongar su juventud porque las presiones familiares son menores. Gozan de un mayor nivel de autonomía personal, tanto en su comportamiento como en sus relaciones personales. En cambio, los jóvenes de clase obrera contarán con menos recursos familiares, con una autoridad más tradicional y suponen una carga proporcionalmente mayor y, por tanto, indeseada para la economía y la estabilidad emocional de sus familiares. Lo cual viene a explicar que el período de desempleo en los jóvenes de clase obrera acostumbra a ser menor y que su introducción en el mercado laboral suele ser más inmediata que los jóvenes de clase media.

El deterioro del estatus y del prestigio social causado por la pérdida del puesto de trabajo puede provocar un sentimiento de incapacidad personal y de autculpabilización que conlleva cambios en la misma y propia autoevaluación personal (Álvaro, 1989). El estatus es un constructo subjetivo que depende fundamentalmente de la percepción con que somos vistos y posteriormente evaluados por los demás miembros del grupo. Para Macho Vives (1993), “el estatus social no dependen de lo que uno es o incluso de lo que uno cree que es, ni siquiera de lo que uno hace, sino de lo que los demás miembros de la sociedad o grupo de pertenencia, piensan que somos”.

Un nivel socio-económico bajo es un predictor potente que predice posibles problemas generales en la salud mental que recae sinérgicamente en el resto de personas del entorno familiar. Los miembros de las familias también atraviesan un período de ajuste al desempleo (Bakker, 1940). Las dificultades económicas y/o financieras tienen gran potencial para predecir el posterior dolor psicológico-emocional que se deriva de la situación (Creed, Muller y Machin, 2001). A partir de una muestra de 237 niños, Thabet y Vostanis (1998) dan a conocer que los niños de baja clase social suelen expresar elevados síntomas de ansiedad y pensamientos negativos que aumentaban conforme con la edad siendo significativamente más alta su incidencia en chicas. Los profesores que atendían a los niños informaban de índices elevados de problemas en la salud mental de estos niños (un 43,4%).

El estatus social también puede ser considerado un indicador del riesgo de sufrir alguna alteración de carácter mental. Hauenstein y Boyd (1994) describen un estudio en el que comparan los síntomas depresivos entre grupos de mujeres del medio urbano y mujeres del medio rural. Detallan que el perfil por el cual define la sintomatología depresiva se caracteriza por ser mujer joven, desempleada y con escasos recursos académicos-educacionales. Las mujeres con menores recursos académicos y económicos informan más los síntomas propios de la depresión. Los autores consideran que los profesionales de la

salud pueden descubrir el riesgo de depresión en la mujer considerando su edad, su nivel educativo y su situación laboral.

En un estudio planteado por Rodgers (1991), se observó que las manifestaciones de carácter neurótico eran más frecuentes en hombres de bajo estatus socio-económico, siendo más frecuente en desempleados.

En función a unos entornos sociales pobres o la vivencia de acontecimientos adversos o negativos en los cuales un sujeto haya podido vivir la posibilidad de exponerse ante un estado mental insalubre es altamente probable teniendo en cuenta también la vulnerabilidad del sujeto ante el trastorno mental.

Estudiando una muestra de 8.200 sujetos de la ciudad de Estocolmo (Suecia), Elofsson, Unden y Krakau (1998) pudieron observar que los calificados grupos más débiles de la sociedad que describen su situación económica de precariedad (los estudiantes, los desempleados, los extranjeros y las madres sin pareja) percibieron un peor estado de salud manifestando un mayor grado de dolores generales y una presencia más alta de enfermedades crónicas.

Analizando indicadores antecedentes de salud y factores socio-económicos en la niñez con el estado de desempleo en la etapa adulta, Montgomery, Bartley, Cook y Wadsworth (1996) quisieron comprobar la hipótesis de que la situación de los varones jóvenes que se hallan en desempleo es causada por un mal estado de salud durante sus infancias. De una muestra original de 2.256 sujetos, 269 varones de entre 22 y 32 años de edad se hallaban en desempleo a largo plazo (más de 1 año). Unas condiciones socio-económicas pobres durante la infancia y un bajo nivel educacional se asocia con un elevado riesgo al desempleo. La región geográfica de residencia también presentaba un alto nivel de significación en la probabilidad de permanecer desempleado.

Todo apunta que la ausencia de habilidades básicas de trabajo se relaciona con una predisposición hacia la situación de desempleo. Bynner (1997) considera que los hombres desempleados presentaron una cierta inclinación a considerarse como sujetos no diestros, con pocas habilidades y/o capacidades o

peores en comparación a otros sujetos en lo que se refiere a procesos de cálculo, de organización y contabilidad. El grupo de sujetos que presentaban un nivel bajo de habilidades mostraba sentimientos más bajos de bienestar psicológico asociado con una baja autoestima que aquellos sujetos que presentaban altas habilidades.

Kirchgassler (1990) considera que existe una relación íntima entre la clase social y el estado de salud. Y que, los colectivos que presentan un riesgo perjudicial más alto de salud son los pertenecientes a los grupos de desempleados y los grupos que perciben ayudas económicas de subsidio (Renta Mínima de Inserción -RMI-). Zlotnick y Cassanego (1992) asocian la pobreza y el estatus de desempleo con el hecho de enfermarse más rápidamente. Para ellos, se dan lugar en serie un conjunto de hechos relacionados entre sí que facilitan a la mala salud del sujeto: pérdida de trabajo, pérdida del seguro de salud, aumento de consumo de drogas y/o alcohol. Las personas de bajo estatus social que se hallan en la pobreza y no poseen ni casa ni hogar presentan un riesgo más alto a sufrir enfermedades. Estos sujetos se caracterizan por hallarse en desempleo, con episodios de abuso de alcohol y con frecuentes patologías dentales y ginecológicas (Ferenchick, 1992).

Croucher, Marcenes, Torres, Hughes y Sheiham (1997) asocian que la periodontitis está relacionado con la vivencia de acontecimientos o sucesos negativos en la vida y en el número de ellos, con los niveles altos de placas dentales, con el consumo de tabaco y con la situación de desempleo.

Los profesionales médicos odontólogos suelen considerar que los sujetos en edad de jubilación y los que se hallan recientemente desempleados presentan un riesgo más alto en desarrollar caries (Jones, 1995). Asimismo, la presencia de un menor nivel educativo asociado con una situación de invalidez o de desempleo se incrementaba por dos veces la probabilidad de desarrollar hábitos nutricionales y alimenticios pobres (Rogers, Simon, Zucker, Mackessy, Newman-Palmer, 1995).

En una investigación aplicada en España, la obesidad presenta una alta tendencia en prevalecer en sujetos desempleados, jubilados, en sujetos de bajo nivel educativo y escasos ingresos económicos (Martínez-Gonzalez, Martín-Almendros, Gibney, Kearney y Martínez, 1999).

La pobreza es un problema considerado importante en Estados Unidos. Presenta una gran prevalencia en mujeres y en familias jóvenes. Gelberg, Andersen, Wenzel, Leake y Sumner (1999) analizaron características sociodemográficas en una muestra de 974 mujeres sin casa ni hogar de la ciudad de Los Angeles y en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. La mayoría de ellas se hallaban desempleadas (87%). Los autores del artículo revelan que las mujeres de la muestra estudiada presentan altos índices de padecer una enfermedad, sufrir agresiones físicas y/o sexuales, número elevado de embarazos cuyos nacimientos presentaban niveles bajos de calidad. Resultan interesantes la relación de estadísticas dadas a conocer ya que permite hacer la idea lo que engloba la situación de desempleo y qué consecuencias conlleva tal situación. Sus conclusiones se apoyan en los siguientes datos: La edad crítica de la muestra era 32.9; 55% eran afroamericanos, 16% caucásico, 14% hispano, y 15% otro grupo étnico; 59% nunca habían estado casados; 42% tenían niños que viven con ellos; tenían una media de 11.7 años de educación; por término medio, habían salido de sus hogares hace 2.7 años; 74% tenían seguro de salud, 66% tenían los beneficios públicos y 61% tenían una fuente regular de cuidado. Las proporciones de agresiones y/o abusos eran altas durante la niñez (44% físico y 32% sexual), así como durante los últimos 12 meses (34% físico y 13% sexual). Muchas de las mujeres estaban depresivas durante el último año (49%). Un 40% presentaban una dependencia crónica al alcohol, un 48% para el consumo de droga y un 8% eran usuarias de droga inyectada. Su salud física era pobre: 39% expresaron un nivel de salud pobre, 55% tenían una limitación funcional, 75% tenían síntomas de salud físicos serios, 67% presentaban síntomas ginecológicos importantes y un 53% de ellas sufrían de una enfermedad transmitida sexualmente. La

mayoría de las mujeres habían estado embarazadas (87%) y entre estas mujeres, el 89% de las madres gozaban de un niño nacido vivo, un 6% habían nacido muerto, un 27% un nacieron prematuramente (<37 de semanas de gestación), un 21% de los infantes presentaban un peso bajo al nacer (<2500 g.) y un 46% fueron un aborto. Una proporción muy elevada de mujeres habían estado embarazadas en el último año (25%), sólo el 15% de éstas habían querido intencionalmente quedarse en estado. Dos terceras partes informaron que su último embarazo fue imprevisto (69%): el 40% fue un embarazo no deseado y un 29% dijeron que el embarazo se deseó en otro momento. Por lo que se refiere a su actividad sexual, durante los últimos 12 meses existía riesgo a la exposición a las enfermedades de transmisión sexual: 81% eran sexualmente activas, 37% tenían múltiples compañeros sexuales y el 79% practicaban el sexo sin preservativo. En cuanto a los métodos anticonceptivos se refiere, durante los últimos 12 meses el 52% hicieron uso del preservativo, un 9% tomaron la píldora abortiva y menos del 5%, un diafragma. Sin embargo, el 80% informaron que estaban deseosas de usar en el futuro los preservativos y un tercio de ellas preferían usar píldoras abortivas, métodos de esterilización y diafragmas. El uso de los servicios de salud durante el último año era elevado: se habían hospitalizado un 30% de la muestra estudiada y practicaron un promedio de 6,8 visitas a los centros de atención primaria o al ambulatorio.

Los factores socio-económicos expresados en términos de ocupación parece estar asociado con la situación de infecundidad en parejas, sobretodo si la mujer se halla en situación de desempleo (Collins, Burrows y Willan, 1993).

En cambio, las madres que gozaban de bienestar económico con ingresos altos y disfrutaban de un empleo, se hallaban en un nivel educacional medio-alto y con una edad fértil óptima presentaban unas condiciones favorables para el desempeño del papel materno (Savitz, Whelan, Rowland y Kleckner, 1990). La conclusión por la cual llegan Joebgen y Richards (1990) es que cuando las madres presentan un nivel educacional alto y se halla empleadas o aquellas que disponen un menor nivel de educación y desempleadas pero experimentan altos

niveles de afecto, esta variable recae sobre sus hijos mostrando una autoestima más alta y unos más bajos niveles de depresión. No obstante, consideran que la relación entre el empleo maternal y el cuidado de los hijos es muy compleja y sus efectos son indirectos.

1.4.3. Indigencia y desempleo.

En otro extremo, tenemos la problemática de los indigentes sin hogar. Gupta (1995) considera que los indigentes se encuentran asociados con la situación de desempleo y su estado de salud mental. Se trata de un colectivo que presentan un bajo estado de salud mental y con una falta de incentivos y medios para iniciar un proceso de búsqueda activa de trabajo. El desempleo a largo plazo asociado con la indigencia se ha identificado, a menudo, como un estresor crónico que afecta en la salud y bienestar del desempleado y de sus familiares (Weiss, 1997). Wenzel (1992) pudo apreciar que los indigentes que disponían de bajos niveles de recursos psicológicos, de un bajo apoyo social y de un período largo de tiempo sin casa ni hogar estaban asociados con resultados poco exitosos en la consecución de un empleo.

1.4.4. Bienestar subjetivo y desempleo.

Estudiando los determinantes y las consecuencias del bienestar subjetivo en población australiana, Marks y Fleming (1999) pudieron comprobar que el desempleado muestra substancialmente más bajos niveles de bienestar y que los aumentos de los índices de desempleo a escala nacional disminuyeron los niveles de bienestar en todas las franjas de edad a excepción de la cohorte más joven.

La combinación resultante entre la falta de actividad laboral, la vivencia subjetiva o objetiva de precariedad económica y tensión financiera consiguiente, el tipo de calidad de vida alcanzado y las percepciones psicológicas de la realidad provocan en el sujeto una serie de reacciones ansiolíticas y trastornos psicosomáticos que repercuten en el organismo. De esta manera, para Elkeles y Seifert (1993), la satisfacción desde el punto de vista de la salud en sujetos desempleados se relaciona con un bajo nivel de éste así como los deterioros del mismo.

En un estudio sobre 188 sujetos desempleados usuarios de un centro de acogida de Kentucky, éstos indicaron niveles de satisfacción general en cuanto respecta a sus habilidades físicas y cognoscitivas mientras que expresaban niveles más bajos de satisfacción en los aspectos sociales de sus vidas. También manifestaron valoraciones más bajas en su salud general, calidad de vida y el apoyo social percibido. Para Steiner, Looney, Hally Wrigth (1995), estos resultados sugieren que un papel social pobre en los sujetos desempleados contribuye en un nivel pobre de calidad de vida.

En un estudio efectuado por Broomhall y Winefield (1990) aplicaron una comparación del bienestar afectivo entre desempleados jóvenes y de mediana edad en relación con la longitud temporal de desempleo. Aunque sus resultados no son concluyentes considerando provisionales los resultados y las conclusiones de su estudio, los autores apreciaron que el grupo de desempleados de mediana edad manifestó un estado de salud mental más pobre y una menor satisfacción en la vida. En general, los grupos no difirieron en la autoestima. El apoyo social es el mejor predictor de bienestar subjetivo para el grupo de desempleados jóvenes, en cambio, la participación en actividades de ocio fue el mejor predictor para el grupo de desempleados de mediana edad. En ambos grupos, el mejor predictor de bienestar afectivo era las medidas de apoyo social aunque en medidas diferentes.

Elkeles y Seifert (1996) presentaron un artículo en el que estudiaban longitudinalmente la salud de sujetos laboralmente activos, inactivos y sujetos activos migratorios en Alemania. Los trabajadores extranjeros desempleados manifestaron una menor satisfacción en su estado de salud sintiéndose crónicamente enfermos que los propios alemanes desempleados. No obstante, en un análisis más profundo de la situación, los datos no corroboraron la hipótesis de que la expresión de un estado de salud más pobre en trabajadores desempleados migratorios es explicada por su situación de inactividad laboral. Los resultados se interpretan en la dirección de que la presentación de un estado de salubridad más baja en este colectivo es explicada por el tipo de procesos de selección que aplica el propio Mercado Laboral para escoger a los candidatos idóneos.

1.4.5. Temporalidad y desempleo.

Según Leeflang, Klein-Hesselink y Spruit (1992), el desempleo a largo plazo da lugar a fenómenos sociales que reestructuran la vida personal del sujeto: escasos recursos sociales, baja implicación social y problemas emocionales.

Sobre una muestra de 229 sujetos italianos (empleados, desempleados y estudiantes), Martella y Maass (2000) estudiaron la función que ejerce el sentimiento de grupalidad o colectividad y la estructura del tiempo sobre el sujeto desempleado. En este caso, los desempleados mostraban bajos niveles de satisfacción ante la vida, baja autoestima y sentimientos de infelicidad en contra del grupo de empleados y estudiantes. Según Martella y Maass, estas diferencias estaban influenciadas por el sentimiento de colectividad (apoyo social) y por la estructura y organización del tiempo. También pudieron apreciar que entre desempleados, los niveles de satisfacción ante la vida tendían a ser más alta cuando la organización del tiempo se percibía como más estructurado, planificado y/o útil. Los autores concluyen que la situación de desocupación

puede presentar consecuencias menos severas en una cultura en donde se promueve el sentimiento de colectividad y/o apoyo social y para las personas con óptimas habilidades para la organización del tiempo.

Los artículos dados a conocer sugieren la idea de que las reacciones conductuales y sintomatológicas debido al desempleo no se producen de manera inmediata una vez finalizada la actividad laboral. Existe un proceso evolutivo en el tiempo por el cual estas reacciones se van evidenciando insidiosamente hasta manifestarse de manera preocupante para y por el desempleado y/o familiares. La pérdida, progresiva en el tiempo, de la cohesión familiar y su desestructuración resultante puede afectar a la vida personal del sujeto desempleado. En sujetos que expresan dolor emocional como un factor característico de rasgo de personalidad y se encuentra en la situación de inactividad de larga duración son más vulnerables a las adversidades que se puedan hallar (Grossi, Ahs, Lundberg, 1998). La longitud del desempleo es un determinante significativo de bienestar psicológico: un período largo provoca un más bajo nivel de bienestar psicológico en comparación de aquellos sujetos que se halla en situación reciente de desempleo por un período de tiempo más corto (Shams y Jackson, 1994).

A medida se aumenta en el tiempo la situación de inactividad laboral, las sensaciones y percepción de la realidad del sujeto comienzan a distorsionarse (pérdida de la autoconfianza, baja autoestima, pérdida de la confianza y agresividad contra la sociedad, sentimiento de inutilidad,...). Los efectos del desempleo en la salud varían por la duración de la inactividad (Grayson, 1993). Por ejemplo, El empleo es un componente importante para el restablecimiento de la identidad, la autoestima y el nivel de calidad de vida en sujeto a quien se le ha practicado un trasplante de corazón (Paris, Tebow, Dahr, Cooper, 1997).

Para Janlert (1992), los períodos más largos de desempleo están asociados con un aumento de la tensión arterial del sujeto, lo cual puede provocar el riesgo de originar trastornos cardíacos.

1.4.6. Desempleo rural y desempleo urbano.

Leeflang, Klein-Hesselink y Spruit (1992) analizaron los efectos del desempleo sobre la salud entre población urbana y rural distinguiendo similitudes y diferencias. Observaron que tanto en una población como en otra existían manifestaciones comunes referentes a lo que se refiere a estados depresivos, quejas somáticas o enfermedades crónicas. No obstante, pudieron encontrar que los factores más importantes relacionados con la mala salud del desempleado fueron: el sentimiento de soledad, las consecuencias desventajosas del desempleo, el déficit económico relacionado y un previo mal estado de salud antes de situarse en paro. La diferencia más importante entre los dos grupos mencionados es que en el grupo de desempleados de ámbito urbano, la red social percibida por el sujeto es más amplia que en el grupo de desempleados de ámbito rural. En cambio, el desempleado de ámbito rural presenta un grado de estigmatización social percibido. Los autores concluyen en su artículo que en ambos grupos, el desempleo da lugar a consecuencias negativas en la salud.

En otra investigación realizada por los mismos autores, analizaron cómo afecta en la salud la situación de desempleo. En este caso, la muestra estaba constituida por: 157 mujeres desempleadas oficialmente, 218 hombres desempleados oficialmente, 204 mujeres empleadas, 274 hombres empleados y 200 mujeres desempleadas no oficialmente. Apreciaron que en el caso de los desempleados de ambos sexos registrados oficialmente existían efectos adversos contra la salud. También pudieron descubrir la coincidencia de factores de riesgo que propician el deterioro en la salud de los desempleados registrados oficialmente. No obstante, los resultados indican que por las características que definen a los desempleados no registrados oficialmente forman parte de una categoría grupal diferente -en función de su estado de salud y por los factores de riesgo- (Leeflang, Klein y Spruit, 1992).

1.4.7. Niveles de cortisol y desempleo.

Los sistemas fisiológicos y bioquímicos del cuerpo humano están interrelacionados y son frecuentemente interdependientes. Cuando un sistema pierde su equilibrio, otros pueden verse afectados y las relaciones causales tan aparentemente simples son difíciles de descubrir. Sin embargo, los procesos fisiológicos son las condiciones para la comprensión psicológica. De esta manera, se considera que existen dos síndromes como la ira/hostilidad y la depresión/ansiedad las cuales han sido asociados a niveles elevados de corticoesteroides (tales como el cortisol) y las catecolaminas (tal como la epinefrina). La elevación en los niveles de grados de concentración de cualquiera de los dos (el corticoesteroide o de la catecolamina) pueden provocar anomalías metabólicas (Friedman y Booth-Kewley, 1987).

Cuando, fruto de del estrés, se acontece una sobreexcitación incluso hasta el más pequeño contratiempo puede originar una respuesta conductual extrema. Se inicia entonces una liberación de la hormona corticotrópica (HCT) la cual finaliza con un aflujo de hormonas estresantes, principalmente cortisol. Las hormonas secretadas en situaciones de estrés perduran durante varias horas en el torrente sanguíneo de modo que a cada nuevo incidente perturbador no hace más que aumentar la tasa de hormonas estresantes. El nivel de funcionamiento en general con altos índices de concentración de cortisol en el torrente sanguíneo provoca que aparezcan pensamientos erróneos (unos mayores niveles de distracción, un menor nivel de memoria,...) y que resulte más difícil procesar la información. Cuando el estrés persiste, la situación puede originar *Bourn-Out*^(*) o trastornos de ansiedad (Goleman, 1999).

(*) Burn-Out: Leiter y Robichaud (1997) identificaron seis causas fundamentales de pautas empresariales que acaban desmoralizando y desmotivando a los empleados: el exceso de trabajo a desempeñar en muy poco tiempo; la falta de autonomía o muy poco margen de maniobra en el desempeño del mismo; las remuneraciones insuficientes por el exceso de trabajo; la pérdida de conexión o el aumento de la sensación de aislamiento en el entorno laboral; la injusticia o las desigualdades manifiestas que hacen más que alentar el resentimiento; y la discrepancia entre los valores personales y las exigencias laborales. El resultado final de estas prácticas empresariales erróneas es el de contribuir al agotamiento crónico, la desconfianza, la falta de motivación y de entusiasmo, y el descenso de la productividad (en Goleman, 1999).

Se estudiaron los efectos de la tensión crónica asociada a la situación de desempleo en los niveles de secreción de cortisol en la saliva. Se observó que a diferencia de los sujetos empleados (N=60), los sujetos desempleados (N=60) presentaban unos niveles de secreción diurna más alto por las mañanas y más bajo por las tardes. Ockenfels, Porter, Smyth, Kirschbaum, Hellhammer y Stones (1995) explican que los contrastes de niveles radican en las diferencias de experimentar las situaciones.

No obstante, cabe decir que Hall y Johnson (1988) pretendieron probar si el dolor psicológico de la depresión en mujeres desempleadas daban valores significativos en los niveles de secreción de cortisol en comparación con las mujeres empleadas. No hallaron ningún tipo de relación entre los niveles de secreción de cortisol y situación laboral o niveles de secreción de la sustancia y depresión.

Por otra parte, en otro estudio se investigó las relaciones existentes entre factores psicológicos y la secreción de niveles de concentración de cortisol salival entre 59 desempleados de ambos sexos. Grossi, Ahs y Lundberg (1998) pudieron apreciar dos resultados:

- Los individuos con rasgos de personalidad que facilitan la expresión de dolor psicológico-emocional, son más vulnerables al agotamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical en sujetos desempleados de larga duración.
- La ausencia de monotonía y los sujetos con Patrón A de Personalidad^(*), parece ejercer, al menos temporalmente, una influencia beneficiosa en la salud mental de los sujetos desempleados de larga duración.

(*) Patrón A de Personalidad (o patrón de riesgo coronario): Jenkins (1975) considera este patrón como *"un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por una extrema competitividad, motivación de logro, agresividad, apresuramiento, impaciencia, inquietud, hiper-alerta, explosividad en el habla, tensión en los músculos faciales, y sensación de estar bajo presión del tiempo y en desafío con la responsabilidad. Las personas que tienen este patrón están usualmente entregadas a su vocación o profesión, mientras que son relativamente descuidados en otros aspectos de sus vidas. (...) El patrón no es un rasgo de personalidad, ni una reacción puntual a una situación desafiante, sino la reacción de una persona predispuesta caracterológicamente para una situación que le resulta desafiante. Diferentes tipos de situaciones evocan reacciones máximas a diferentes personas"*.

Para Manuck y Garland (1979), esta clase de sujetos *"tienden a aumentar la tensión arterial (TA) y la frecuencia cardíaca (FC) al margen de que la tarea esté o no incentivada"* (en Sender, Valdés, Riesco y Martín, 1993).

Frankenhaeser (1980) considera que en situación de inactividad, los sujetos de Patrón A de Personalidad presentan una mayor frecuencia cardíaca y segregan más adrenalina y cortisol que en situación de actividad. Esto le permite concluir que esta clase de sujetos presenta carencias de recursos para afrontar la inactividad sumiéndolos en un riesgo adicional. En general, este grupo de personas tiene una mayor posibilidad de desarrollar trastornos coronarios –tanto en la actualidad como en el futuro- (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1976).

Kasl, Gore y Cobb (1975) pudieron encontrar altos niveles de concentración de ácido úrico y de colesterol y la tensión arterial aumentada en trabajadores que estaban a punto de hallarse inactivos. Asimismo, también pudieron apreciar que estos niveles se mantenían en sus mismos niveles altos mientras no encontraban ocupación laboral alguna. En su estudio pudieron hallar que existía un exceso de enfermedades coronarias, dispepsia, artritis, hipertensión y casos de alopecia. Los índices fisiológicos pudieron volver a sus niveles normales e incluso más bajo que durante el período de ocupación, al cabo de dos años continuos de inactividad laboral mostrando un proceso de habituación y/o adaptación.

1.4.8. Estatura y desempleo.

En un estudio que Rona y Chinn (1991) realizaron, pretendieron investigar la relación existente en el estado de desempleo de la figura paterna y la altura de los niños de enseñanza primaria en Reino Unido. En la investigación contemplaron las siguientes variables: el estado de empleo del padre, la clase social, el número de niños en la familia, la altura informada de los padres, el peso del niño al nacer, la altura y las dimensiones del niño. Las conclusiones por las cuales llegaron fueron que los niños con un padre desempleado eran de más baja estatura (sobre todo si el padre es desempleado de larga duración -más de 1 año-) que los niños de padre actualmente empleado.

En un parecido estudio planteado por Dimitrov (1997), los índices antropométricos de los niños dependen de la edad de la madre en el momento de su nacimiento: los niños aumentan conforme aumenta la edad de la madre alcanzando su máximo alrededor de los 30-34 años. El orden de nacimiento también influye en el desarrollo físico de los recién nacidos logrando valores más altos en el segundo nacimiento. No obstante, los valores son significativamente más bajos en los recién nacidos de madres desempleadas. Para Dimitrov, los recién nacidos primogénitos de madres de escaso nivel educativo son

significativamente inferiores en comparación a los recién nacidos de madres de niveles educativos más altos.

Siedlecka, Makowiec-Dabrowska (2000) destacan que la incidencia de los nacimientos a pretermino (antes de las 40 semanas de gestación) se halla condicionado por varios factores. Los resultados obtenidos y llevados a cabo sobre una muestra de mujeres desempleadas revelan que el riesgo de originarse nacimientos a pretermino es debido al estado de salud de la misma y por la carga de tensión física de los tipos de trabajos que debe soportar la mujer como resultado de la difícil situación económica que pueda vivir.

Otro estudio orientado en el sentido del anterior propuso estudiar las diferencias sociales o los estilos de vida según las agrupaciones socioeconómicas en las conductas maternas saludables. Se halló que -a diferencia de las mujeres de clase socio-económico más alto- las mujeres de baja clase socio-económica presentaban una edad más joven; eran de estatura más baja; presentaban una tendencia más alta hacia la obesidad y mostraban un nivel más alto de consumo de tabaco, alcohol y de café durante el embarazo. También se evidenció de que los pesos de los niños al nacer eran más bajos en el grupo de mujeres desempleadas de clase social baja (Olsen y Frische, 1993).

Montgomery, Bartley, Cook y Wadsworth (1996) pudieron deducir a partir de los estudios que aplicaron que los sujetos que presentan una estatura baja y una inadaptación social en su niñez es un indicador significativo de circunstancias socio-económicas precarias durante la infancia y que se expresa en un menor desarrollo del sujeto y una alta probabilidad de experimentar en desempleo en la etapa adulta. Es decir, Los niños de clase socio-económica baja presentan una más alta probabilidad de presentar una estatura más baja evidenciando la importancia de las influencias medioambientales en los procesos de crecimiento. Las variables biológicas son a menudo insuficientes para explicar las bajas estaturas (Voss, Mulligan, Betts, 1998).

Han, Bijnen, Thin y Seidell (1998) estudiaron las relaciones entre los factores de estilo de vida con el diámetro de la cintura, el diámetro de la cadera y los índices de masa corporal en 5.887 hombres y 7.018 mujeres de los Países Bajos.

Aplicando las técnicas estadísticas necesarias, los sujetos que significativamente se caracterizaban por presentar unas medidas superiores en lo que respecta a la cintura (mayor o igual a 102 centímetros en hombres, mayor o igual 88 centímetros en mujeres) lo incluyen: los que presentaban un bajo o nulo consumo de tabaco, los altos consumidores de alcohol, los sujetos desempleados, los que presentan estudios primarios, las mujeres que han tenido más de tres nacimientos y las personas ancianas. Los autores opinan que los distintos tipos de estilo de vida presentan una influencia expresada diferentemente en los tamaños de las cinturas y caderas.

Sin embargo, la relación entre el grado de actividad física en el trabajo y el riesgo de un retraso en el crecimiento fetal es polémica, aunque Spinillo, Capuzzo, Baltaro, Piazza, Nicola y Laschi (1996) buscaron esta relación. Compararon las características del trabajo a desarrollar y la intensidad de fatiga profesional derivada del puesto de trabajo (tipos de posturas, horas laborables dedicadas a la semana, grado de esfuerzo físico) en una muestra de 349 pacientes a las cuales se les confirmó un retraso en el crecimiento del feto. El grupo control estaba compuesto por 698 madres cuyo embarazo no presentaba ningún tipo de alteración. Los resultados obtenidos confirman que existe igual riesgo de presentar un posible retraso en el crecimiento fetal en mujeres desempleadas como empleadas, aunque se hallaron diferencias significativas en operarias cuyo trabajo era básicamente manual presentando un riesgo ligeramente más alto que las mujeres activas. Las mujeres que trabajan un tiempo igual o superior a 30 horas semanales no se asociaban con la presencia del retraso en el crecimiento de su feto. Se encontraba que el riesgo era significativamente alto entre mujeres quienes expresaban un nivel moderado-alto de esfuerzo físico.

Keselman, Martínez, Swamp, Bergada, Heinrich (2000) sugieren que los pacientes que padecen de deficiencias de la hormona de crecimiento pueden mostrar trastorno depresivos, aislamiento social y un estilo de vida sujeto a la

dependencia de otros, lo cual puede dificultar la aplicación de procesos de búsqueda activa de trabajo. Los que padecen de este tipo de trastorno suelen no completar sus estudios, viven con sus progenitores, están desempleados o empleados en negocios familiares.

1.4.9. Trastornos del sueño y desempleo.

Durante la primera mitad de la década de los noventa, la tasa de desempleo en Suecia aumentó favoreciendo el crecimiento de la inseguridad en el trabajo. El bienestar psicológico se deterioró tanto en sujetos empleados como desempleados (Hallsten, Grossi, Westerlund, 1999). Hyypä, Kronholm y Alanen (1997) estudiaron la asociación entre la época de crisis económica de la citada época en población finlandesa con las conductas implicadas en el sueño. En esa época, las personas desempleadas sufrieron de insomnio e hicieron más uso que los sujetos empleados de los hipnótico-sedantes para conciliar el sueño.

Mientras el ser humano permanece dormido, se producen continuamente diferentes formas de actividad física y psíquica (Grau, 1983). Yamadera, Sasaki, Itoh, Ozone y Ushijima (1998) exploraron las alteraciones clínicas de los ritmos circadianos del sueño originados en situación de desempleo. Los autores distinguieron entre los trastornos primarios de los ritmos circadianos del sueño de los secundarios. Definieron que es hacia la juventud la edad aproximada en que suele manifestarse clínicamente la sintomatología de los trastornos primarios de los ritmos circadianos del sueño. Añadieron que los trastornos secundarios de los ritmos circadianos del sueño se manifestaban más en sujetos desempleados ya que son el resultado de algún tipo de alteración mental derivado de la situación de inactividad laboral.

1.4.10. Accidentabilidad y desempleo.

Leigh y Waldon (1991) consideran el desempleo como una variable que no es tomada en cuenta en los accidentes o en desastres. Para estos autores, el desempleo origina disminución de la motivación y/o del impulso del sujeto a actuar o ha hacer alguna actividad; origina la conducta abusiva de ingesta de alcohol como mecanismo de defensa para apaciguar los efectos ansiógenos de las consecuencias derivadas del desempleo y, también origina la focalización de la atención sobre la situación considerada y vivida como infeliz por el sujeto desempleado. Para Leigh y Waldon, la probabilidad de ocasionarse accidentes pueden ser alto debido a los efectos de tensión originados por la situación de desempleo.

Cesare, Morgan, Felice y Edga (1990) diseñaron un estudio para analizar las características de lesiones violentas en víctimas de accidentes por vehículos. Pudieron distinguir que las víctimas de accidentes de vehículos a motor tendieron a ser jóvenes, solteros, empleados y un 32% consumían algún tipo de sustancia. En cambio las víctimas de accidentes de motocicletas tendieron a ser jóvenes varones, solteros, desempleados y un 25% de ellos consumían algún tipo de sustancia.

Según Jin, Shah y Svoboda (1995) creen que puede existir una relación inversa entre la tasa de desempleo y el número de accidentes debidos a vehículos a motor. Es decir, los autores piensan que en este tipo de accidentes suelen participar más sujetos en activo que inactivos.

1.4.11. Uso de servicios sanitarios y desempleo.

Existe mucha bibliografía sobre el tema de las admisiones psiquiátricas de pacientes con trastornos mentales, los cuales coinciden en expresar que en el momento de su ingreso presentaban una situación de desempleo o desempleo

a largo plazo. Asimismo, también suelen coincidir que los pacientes acostumbran a vivir solos y presentan una historia de antecedentes psiquiátricos (Mok y Watler, 1995). Los individuos con invalideces psiquiátricas pueden experimentar más dificultades en la consecución de un empleo que sujetos que presentan otros tipos de invalideces debido a la actitud reticente que muestran las personas, en general, hacia los trastornos mentales (Cho, 2000).

Hill, Rice y Roland (1996) pudieron determinar que el número de visitas en consultas médicas en el momento de realizar sus investigaciones lo ocupaban sujetos recientemente desempleados. Kraut, Mustard, Walld y Tate (2000) apreciaron que hubo un aumento de ingresos hospitalarios de sujetos desempleados incluso antes de darse efectivo el despido. Algunos de estos sujetos ya presentaban antecedentes de tratamientos anteriores; pero en los casos de personas que no recibían tratamiento alguno en materia de salud mental, el número de ingresos aumenta después de un período prolongado de inactividad laboral. Por otra parte, existe otro estudio en el que se demuestra que los sujetos desempleados incapacitados para el desarrollo de su trabajo habitual presentan un estado de salud más pobre en relación con aquellas personas desempleadas (Van der Horst, Muris, Nijhuis, 1993).

Billittier, Moscati, Janicke, Lerner, Seymour y Olsson (1996) investigaron los posibles factores que contribuyan a hacer uso del servicio de ambulancias de manera innecesaria. De 626 pacientes investigados, 71 (11,3%) fueron juzgados por las autoridades médicas como un transporte innecesario, de los cuales, más del 85% de los pacientes eran desempleados. La justificación más comúnmente utilizada para usar la ambulancia era la falta de un modo alternativo de transporte (38,5%), aunque el 82% de ellos habrían estado deseosos de usar un medio alternativo si las condiciones hubieran sido favorables.

En Austria, se practicó un estudio para analizar los factores de riesgo sobre la salud y su relación con el estado de empleo. La muestra estaba constituida por 8.747 sujetos (345 desempleados y 8.402 empleados). Los resultados por los cuales llegaron Rasky, Stronegger y Freidl (1996) muestran que existen altas

conductas de riesgo en varones desempleados que en empleados. Los varones desempleados efectuaban un mayor número de visitas en los centros sanitarios por motivos de ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, pérdida de apetito y enfermedades respiratorias crónicas. Además, presentaban significativamente una menor motivación para cambiar sus hábitos alimentarios y reducir su peso que los sujetos empleados.

En un estudio planteado por Studnicka, Studnicka, Woegerbauer, Rastetter (1991) se analizó la salud física y psicológica en relación con el uso de los servicios sanitarios en una muestra compuesta por 172 desempleados. Pudieron apreciar que los desempleados manifestaban un peor estado de salud psicológica que sujetos que habían vuelto a trabajar. Entre sujetos desempleados, se duplicó el uso de los servicios sanitarios.

En otro estudio efectuado por Kryter (1990), se reparó la relación de los efectos del ruido del avión con la tasa de ingreso en un hospital psiquiátrico. Para el autor, la relación era significativa concluyendo que la proporción de admisiones en el hospital psiquiátrico era más alto cuanto más se exponía el sujeto desempleado al ruido del avión.

En Singapur, los sujetos que disponen de un buen nivel educativo, aquellos a los cuales se les han asignado citas con intervalos de tiempo más cortos para intervenir en su tratamiento psiquiátrico o bien, para aquellos que se les ofreció la cita para el día siguiente en el momento de hacer efecto la demanda suelen ser más regulares en sus visitas a los profesionales de la salud mental. Por el contrario, los sujetos desempleados acostumbran a ser más irregulares (Lim, Poo, Lein y Chew, 1995).

Kent y Yellowlees (1995) estudiaron la relación entre los factores sociales y la frecuencia de uso de los servicios psiquiátricos en Australia. Tuvieron en cuenta las variables de falta de apoyo social, la soledad, el aislamiento social, los

factores económicos de 50 desempleados y en relación con sus trastornos psiquiátricos. Se advirtió que existían severos problemas sociales asociados como las dificultades de relación, problemas de alojamiento, dificultades económicas y dificultades en conseguir un empleo. Los factores sociales contribuyeron al 39% de las admisiones psiquiátricas. La mayoría de los sujetos evaluados no disponían de una estable relación personal, existiendo problemas de carácter generacional y un bajo apoyo social percibido.

Posteriormente, Kent, Fogarty y Yellowlees (1995) se plantearon el propósito en configurar el perfil descriptivo de los usuarios de los Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental australianos a partir de una muestra de 50 sujetos. Los datos a los cuales llegaron a determinar fueron los siguientes:

- Media de edad crítica: 34,9 años,
- Ligero predominio de sexo femenino,
- La mayoría de pacientes nunca se habían casado,
- Desempleados de larga duración,
- Escasos ingresos económicos,
- Bajo nivel educativo,
- Diagnósticos psiquiátricos más comunes: esquizofrenia, desórdenes esquizoafectivos y trastornos bipolares.

Los datos expresados hacen pensar en las posibles consecuencias psicopatológicas que puede sufrir un sujeto como consecuencia de su situación laboral. La relación no tiene por que ser directa pero si favorecedora como una variable más contemplada en toda una amalgama posible de parámetros que den lugar a la manifestación de algún desequilibrio mental.

1.4.12. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Salud.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- BILLITTIER, AJ; MOSCATI, R; JANICKE, D; LERNER, EB; SEYMOUR, J; OLSSON, D. (1996). *“A multisite survey of factors contributing to medically unnecessary ambulance transports”*. Academic Emergency Medicine. 1996 Nov; 3(11): 1046-52.
- BRENNER, MH. (1973). *“Mental illness and the economy”*. Harvard University Press.
- BRENNER, MH. (1979). *“Unemployment, economic growth and mortality”*. The Lancet. March. 1979; 24: 672.
- BRENNER, SO; STARRIN, B. (1988). *“Unemployment and health in Sweden: Public issues and private troubles”*. Journal of Social Issues. 1988 Win; Vol 44(4): 125-140.
- BROOMHALL, HS; WINEFIELD, AH. (1990). *“A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment”*. The British Journal of Medical Psychology. 1990 Mar; 63 (Pt 1): 43-52.
- BYNNER, JM. (1997). *“Basic skills in adolescents' occupational preparation”*. Career Development Quarterly. 1997 Jun; Vol 45(4): 305-321.
- CARR-HILL, RA; RICE, N; ROLAND, M. (1996). *“Socio-economic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth of national morbidity survey of general practices [see comments]”*. BMJ. 1996 Abr 20; 312(7037): 1008-12.
- CESARE, J; MORGAN, AS; FELICE, PR; EDGE, V. (1990). *“Characteristics of blunt and personal violent injuries”*. The Journal of Trauma. 1990 Feb; 30(2): 176-82.
- CHO, SY. (2000). *“Factors associated with weekly earnings at closure of males and females with psychiatric disabilities”*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2000 Mar; Vol 60(8-B): 3894.
- COLLIINS, JA; BURROWS, EA; WILLAN, AR. (1993). *“Occupation and the follow-up of infertile couples”*. Fertility and Sterility. 1993 Sep; 60(3): 477-85.
- CREED, PA; MULLER, J; MACHIN, MA. (2001). *“The role of satisfaction with occupational status, neuroticism, financial strain and categories of experience in predicting mental health in the unemployed”*. Personality and Individual Differences. 2001 Feb; Vol 30(3): 435-447.
- CROUCHER, R; MARCENES, WS; TORRES, MC; HUGUES, F; SHEIHAM, A. (1997). *“The relationship between life-events and periodontitis. A case-control study”*. Journal of Clinical Periodontology. 1997 Ene; 24(1): 39-43.
- DIMITROV, I. (1997). *“Sociobiological factors and physical development of newborn infants in Plovdiv”*. Folia Medica (Plovdiv). 1997; 39(1): 74-9.

1.4. Desempleo y Salud.

- DZUKA, J. (2001). *"Time sampling of unemployment experiences by Slovak youth"*. Brandstaetter, Hermann (Ed); Elias, Andrzej (Ed). (2001). *Persons, situations and emotions: An ecological approach. Series in affective science.* (pp. 147-162). New York, NY, US: Oxford University Press. ix, 225 pp. SEE BOOK
- ELKELES, T; SEIFERT, W. (1993). *"Unemployment and your health: long-term analysis for the German Federal Republic"*. *Sozial und Preventivmedizin.* 1993; 38(3): 148-55.
- ELKELES, T; SEIFERT, W. (1996). *"Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984-1992"* *Social Science & Medicine.* 1996 Oct. 43(7):1035-47.
- ELLENIUS, B; LOOF, E; LEPPERT, J; SORENSEN, S. (1994). *"Risk factors for cardiovascular disease and their relation to age and educational level among middle-aged women. Study of middle-aged women in a rural area"*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 1994 Dec; 12(4): 289-94.
- ELOFSSON, S; UNDEN, AL; KRAKAU, I. (1998). *"Patient charges--a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care"*. *Social Science & Medicine.* 1998 May; 46(10): 1375-80.
- ENGUITA, MF. (1989). *"Los efectos del desempleo juvenil sobre las transiciones a la vida adulta"*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- FAGIN, L. (1984). *"Aspectes físics i psicològics de la desocupació"*. En "Atur i Salut" (Compilación de las aportaciones al Seminario organizado en 1983). Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- FERENCHICK, GS. (1992). *"The medical problems of homeless clinic patients: a comparative study"*. *Journal of General Internal Medicine.* 1992 May-Jun; 7(3): 294-7.
- FRANKENHAUESER, M; LUNDBERG, V; FORSMAN, L. (1980). *"Dissociation between sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal responses to an achievement situation characterized by high controllability: comparison between type A and type B males and females"*. *Biological Psychology,* 10, 79-91.
- FRIEDMAN, HS; BOOTH-KEWLEY, S. (1987). *"Disease-Prone personality. A meta-analytic view of the construct"*. *American Psychologist,* 42(6), 539-555.
- FRIIS, L; CARTER, N; EDLING, C. (1998). *"Self-reported health problems among Swedish miners one year after unemployment"*. *Occupational Medicine (Oxford).* 1998 Jul. 48(5):297-301.
- GELBERG, L; ANDERSEN, R; WENZEL, S; LEAKE, B; SUMNER, G. (1999). *"Homeless women's use of birth control and women's health services"*. *Abstract Book/Association for Health Services Research.* 1999; 16: 150-1.
- GOLDNEY, RD. (1996). *"Unemployment and health"*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1996 Jun; Vol 30(3): 309-311.
- GOLEMAN, D. (1999). *"La práctica de la Inteligencia Emocional"*. Editorial Kairós. Barcelona.
- GRAU, C. (1983). *"Cronobiología del comportamiento"*. En *"Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos"*. Editorial Herder. Barcelona. 1983.

- GRAYSON, JP. (1993). *"Health, physical activity level, and employment status in Canada"*. International Journal of Health Services; Planning, Administration, Evaluation. 1993; 23(4): 743-61.
- GROSSI, G; AHS, A; LUNDBERG, U. (1998). *"Psychological correlates of salivary cortisol secretion among unemployed men and women"*. Integrative Physiological & Behavioral Science. 1998 Jul-Sep. 33(3):249-63.
- GUPTA, GR. (1995). *"Homelessness and mental disorder: Policy considerations"*. Journal of Social Distress and the Homeless. 1995 Jan; Vol 4(1): 33-42.
- HALL, EM; JOHNSON, JV. (1988). *"Depression in unemployed Swedish women"*. Social Science and Medicine. 1988; Vol 27(12): 1349-1355.
- HALLSTEN, L; GROSSI, G; WESTERLUND, H. (1999). *"Unemployment, labour market policy and health in Sweden during years of crisis in the 1990's"*. International Archives of Occupational & Environmental Health. 1999 Jan. 72 Suppl:S28-30.
- HAMMARSTROM, A. (1994). *"Health consequences of youth unemployment"*. Public Health. 1994 Nov; 108(6): 403-12.
- HAMMARSTROM, A. (1994). *"Health consequences of youth unemployment--review from a gender perspective"*. Social Science & Medicine. 1994 Mar; 38(5): 699-709.
- HAN, TS; BIJNEN, FC; LEAN, ME; SEIDELL, JC. (1998). *"Separate associations of waist and hip circumference with lifestyle factors"*. International Journal of Epidemiology. 1998 Jun; 27(3): 422-30.
- HARYCH, H. (1995). *"Worries about the job, unemployment and health status--initial results of a study in Saxony"*. Das Gesundheitswesen. 1995 Feb; 57(2): 82-5.
- HAUENSTEIN, EJ; BOYD, MR. (1994). *"Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women"*. Women & Health. 1994; 21(2-3): 105-23.
- HYYPPA, MT; KRONHOLM, E; ALANEN, E. (1997). *"Quality of sleeps during economic recession in Finland: a longitudinal cohort study"*. Social Science & Medicine. 1997 Sep; 45(5): 731-8.
- JANLERT, U. (1992). *"Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers"*. Journal of Internal Medicine. 1992 Mar; 231(3): 241-6.
- JANLERT, U, (1997). *"Unemployment as a disease and diseases of the unemployed"*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 1997. 23 Suppl 3:79-83.
- JENKINS, CD. (1975). *"The coronary-prone personality"*. En WD Gentry y RB Williams (Eds.): *"Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care"*. San Luis: Mosby.
- JENKINS, CD; ZYZANSKI, SJ; ROSENMAN, RH. (1976). *"Risk of new myocardial infarction in middle-aged men with manifest coronary heart disease"*. Circulation, 53, 342-347.
- JENKINS, CD; ZYZANSKI, SJ; ROSENMAN, RH. (1992). *"Inventario de Actividad de Jenkins – JAS"*. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie menor nº 199. TEA Ediciones, S.A. Madrid.
- JIN, RL; SHAH, CO; SVOBODA, TJ. (1995). *"The impact of unemployment on health: a review of the evidence [see comments]"*. CMAJ. 1995 Sep 1; 153(5): 529-40.

- JOEBGEN, AM; RICHARDS, MH. (1990). *"Maternal education and employment: Mediating maternal and adolescent emotional adjustment"*. Journal of Early Adolescence. 1990 Aug; Vol 10(3): 329-343.
- JONES, JA. (1995). *"Root caries: prevention and chemotherapy"*. American Journal of Dentistry. 1995 Dec; 8(6): 352-7.
- KASL, SV; GORE, S; COBB, S. (1975). *"The experience of losing a job. Reported changes in health, symptoms and illness behaviour"*. Psychosomatic Medicine. 1975, 37: 106-22.
- KENT, S; FOGARTY, M; YELLOWLEES, P. (1995). *"Heavy utilization of inpatient and outpatient services in a public mental health service"*. Psychiatric Services. 1995 Dec; 46(12): 1254-7.
- KENT, S; YELLOWLEES, P. (1995). *"The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services"*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1995 Sep; Vol 29(3): 403-408.
- KESELMAN, A; MARTÍNEZ, A; PANTANO, L; BERGADA, C; HEINRICH, JJ. (2000). *"Psychosocial outcome in growth hormone deficient patients diagnosed during childhood"*. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism. 2000 Abr; 13(4): 409-16.
- KIRCHGASSLER, KU. (1990). *"Health and social inequities in the Federal Republic of Germany"*. Social Science & Medicine. 1990; 31(3): 249-56.
- KRAUT, A; MUSTARD, C; WALLD, C; TATE, R. (2000). *"Unemployment and health care utilization"*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2000 Apr. 26(2):169-77.
- KRYTER, KD. (1990). *"Aircraft noise and social factors in psychiatric hospital admission rates: a re-examination of some data"*. Psychological Medicine. 1990 May; 20(2): 395-411.
- LEIGH, JP; WALDON, HM. (1991). *"Unemployment and highway fatalities"*. Journal of health Politics, Policy and Law. 1991 Spring; 16(1): 135-56.
- LEEFLANG, RL; KLEIN HESSELINK, DJ; SPRUIT, IP. (1992). *"Health effects of unemployment: I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting"*. Social Science and Medicine. 1992 Feb; Vol 34(4): 341-350.
- LEEFLANG, RL; KLEIN HESSELINK, DJ; SPRUIT, IP. (1992). *"Health effects of unemployment--II. Men and women"*. Social Science and Medicine. 1992 Feb; 34(4): 351-63.
- LEINO-ARJAS, P; LIIRA, J; MUTANEN, P; MALMIVAARA, A; MATIKAINEN, E. (1999). *"Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study"*. BMJ. 1999 Sep 4. 319(7210):600-5.
- LEITER, MP; ROBICHAUD, L. (1997). *"Relationships of Occupational Hazards with Burnout: An Assessment of Measures and Models"*. Journal of Occupational Health Psychology 2 (1997).
- LIIRA, J; LEINO-ARJAS, P. (1999). *"Predictors and consequences of unemployment in construction and forest work during a 5-year follow-up"*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 1999 Feb. 25(1):42-9.
- LIM, LE; POO, KP; LEIN, T; CHEW, SK. (1995). *"Why patients fail to attend psychiatric outpatient follow-up: a pilot study"*. Singapore Medical Journal. 1995 Aug; 36(4): 403-5.
- LITTLE, C. (1976). *"Technical-professional unemployment: middle-class adaptability to personal crisis"*. The Sociological Quarterly. 17, 262-74.

- MACHO, JL. (1993). "Aproximación a la Psicología Social. Rol y estatus. Relaciones inpersonales. Estructura y dinámica de los grupos". En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1993). "Lecciones de Psicología Médica". PPU Promociones y Publicaciones Universitarias, SA. Barcelona. (pág. 755-766).
- MANUCK, SB; GARLAND, FN. (1979). "Coronary-prone behavior pattern, task incentive, and cardiovascular response". *Psychophysiology*, 16, 136-142.
- MARKS, GN; FLEMING, N. (1999). "Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980-1995". *Social Indicators Research*. 1999 Mar; Vol 46(3): 301-323.
- MARTELLA, D; MAASS, A. (2000). "Unemployment and life satisfaction: The moderating role of time structure and collectivism". *Journal of Applied Social Psychology*. 2000 May; Vol 30(5): 1095-1108.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, MA; MARTÍN-ALMENDROS, MI; GIBNEY, MJ; KEARNEY, JM; MARTÍNEZ, JA. (1999). "Perceptions about body weight and weight reduction in Spain". *Public Health Nutrition*. 1999 Dec; 2(4): 557-63.
- MASTEKAASA, A. (1996). "Unemployment and health: Selection effects". *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 1996 Aug; Vol 6(3): 189-205.
- MOK, H; WATLER, C. (1995). "Brief psychiatric hospitalization: preliminary experience with an urban short-stay unit". *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*. 1995 Sep; 40(7): 415-7.
- MONTGOMERY, SM; BARTLEY, MJ; COOK, DG; WADSWORTH, ME. (1996). "Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1996 Aug. 50(4):415-22.
- MORREL, SL; TAYLOR, RJ; KERR, CB. (1998). "Jobless. Unemployment and young people's health". *Medical Journal of Australia*. 1998 Mar 2. 168(5):236-40.
- OCKENFELS, MC; PORTER, L; SMYTH; J; KIRSCHBAUM, C; HELLHAMMER, DH; STONE, AA. (1995). "Effect of chronic stress associated with unemployment on salivary cortisol: overall cortisol levels, diurnal rhythm, and acute stress reactivity". *Psychosomatic-medicine*. 1995 Sep-Oct; 57(5): 460-7.
- OLSEN, J; FRISCHE, G. (1993). "Social differences in reproductive health. A study on birth weight, stillbirths and congenital malformations in Denmark". *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1993 Jun; 21(2): 90-7.
- PARIS, W; TEBOW, S; DARH, AS; COOPER, DKC. (1997). "Returning to work after heart transplantation: A replication". *Research on Social Work Practice*. 1997 Jul; Vol 7(3): 370-377.
- RANTAKEISU, U; STARRIN, B; HAGQUIST, C. (1999). "Financial hardship and shame: A tentative model to understand the social and health effects of unemployment". *British Journal of Social Work*. 1999 Dec; Vol 29(6): 877-901.
- RASKY, E; STRONEGGER, WJ; FREIDL, W. (1996). "Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria". *Preventive Medicine*. 1996 Nov-Dec. 25(6):757-63.
- REISINE, S; FIFIELD, J; WINKELMAN, DK. (1998). "Employment patterns and their effect on health outcomes among women with rheumatoid arthritis followed for 7 years". *Journal of Rheumatology*. 1998 Oct; 25(10): 1908-16.

- RODGERS, B. (1991). "*Socio-economic status, employment and neurosis*". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 1991 May; 26(3): 104-14.
- ROGERS, MA; SIMON, DG; ZUCKER, LB; MACKESSY, JS; NEWMAN PALMER, NB. (1995). "*Indicators of poor dietary habits in a high risk population*". *Journal of the American College of Nutrition*. 1995 Apr; 14(2): 159-64.
- RONA, RJ; CHINN, S. (1991). "*Father's unemployment and height of primary school children in Britain*". *Annals of Human Biology*. 1991 Sep-Oct; 18(5): 441-8.
- SAVITZ, DA; WHELAN, EA; ROWLAND, AS; KLECKNER, RC. (1990). "*Maternal employment and reproductive risk factors*". *American Journal of Epidemiology*. 1990 Nov; 132(5): 933-45.
- SENDER, R; VALDÉS, M; RIESCO, N; MARTÍN, MJ. (1993). "*El patrón A de conducta y su modificación terapéutica*". Ediciones Martínez Roca. Barcelona.
- SHAMS, M; JACKSON, PR. (1994). "*The impact of unemployment on the psychological well-being of British Asians*". *Psychological Medicine*. 1994 May; 24(2): 347-55.
- SIEDLECKA, J; MAKOWIEC-DABROWSKA, T. (2000). "Risk factors for preterm birth in a group of unemployed women. II. Analysis of independent variables". *Medycyna Pracy*. 51(6):609-14, 2000.
- SPINILLO, A; CAPUZZO, E; BALTARO, F; PIAZZA, G; NICOLA, S; IASCI, A. (1996). "*The effect of work activity in pregnancy on the risk late of fetal growth retardation*". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1996 Jul; 75(6): 531-6.
- STEINER, RP; LOONEY, SW; HALL, LR; WRIGHT, KM. (1995). "*Quality of life and functional status among homeless men attending a day shelter in Louisville, Kentucky*". *The Journal of the Kentucky Medical Association*. 1995 May; 93(5): 188-95.
- STUDNICKA, M; STUDNICKA, B; WOEGERBAUER, G; RASTETTER, D; ET AL. (1991). "*Psychological health, self-reported physical health and health service use: Risk differential observed after one year of unemployment*". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1991 Mar; Vol 26(2): 86-91.
- THABET, AA; VOSTANIS, P. (1998). "*Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip*". *Archives of Disease in Childhood*. 1998 May; 78(5): 439-42.
- TURNER, JB. (1995). "*Economic context and the health effects of unemployment*". *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 Sep; Vol 36(3): 213-229.
- TURNER, JB. (1995). "*Economic context and the health effects of unemployment*": Erratum". *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 Dec; Vol 36(4): insert 1.
- VAN DER HOST, F; MURIS, JW; NIJHUIS, FJ. (1993). "*Morbidity among unemployed and work-incapacitated men in The Netherlands*". *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 1993 Jun; 19(3): 168-74.
- VOSS, LD; MULLIGAN, J; BETTS, PR. (1998). "*Short stature at alcohol entry--an index of social deprivation?*". *Child: Care, Health & Development*. 1998 Mar; 24(2): 145-56.
- WATERS, LE; MOORE, KA. (2001). "Coping with economic deprivation during unemployment". *Journal of Economic Psychology*. 2001 Aug; Vol 22(4): 461-482.

- WATKINS, SJ. (1981). *"Recesion and health. A research strategy"*. WHO Conference on Economic Instability and Health. Munich.
- WEISS, LJ. (1997). *"Acute and chronic stress: The mediating effects of loss of control"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1997 Nov; Vol 58(5-B): 2756.
- WENZEL, SL. (1992). *"Length of time spent homeless: Implications for employment of homeless persons"*. Journal of Community Psychology. 1992 Jan; Vol 20(1): 57-71.
- WILSON, SH; WALKER, GM. (1993). *"Unemployment and health: a review"*. Public Health. 1993 May; 107(3): 153-62.
- YAMADERA, W; SASAKI, M; ITOH, H; OZONE, M; USHIJIMA, S. (1998). *"Clinical features of circadian rhythm sleep disorders in outpatients"*. Psychiatry & Clinical Neurosciences. 1998 Jun; 52(3): 311-6.
- YLLA, L; GONZÁLEZ-PINTO, A; SOLEDAD, M. (1996). *"Psicopatología Social, laboral y de grupo"*. En RIDRUEJO, P; MEDINA, A; RUBIO, JL. (1996). *"Psicología Médica"*. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.
- ZLOTNICK, C; CASSANEGO, M. (1992). *"Unemployment and health"*. Nursing & Health Care. 1992 Feb; 13(2): 78-82.

1.5.- DESEMPLEO Y DIFERENCIAS DE SEXO Y GÉNERO.

El desempleo tiene un impacto diferencial entre hombre y mujeres. El presente capítulo trataría observar las diferencias existentes entre sexos en cuanto a las consecuencias del desempleo.

1.5.1. Diferencias de sexo y género.

Ytterdahl y Fugelli (2000) repararon que la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva eran dos y tres veces más común en población desempleada respectivamente. Existía una frecuencia más alta de depresión entre varones desempleados que en mujeres. El varón de 30 a 39 años presentaba una más baja calidad de vida y manifestaba una sintomatología depresiva y ansiosa más grave. Los autores interpretan los resultados en el sentido de que posiblemente el varón experimenta más existencialmente la amenaza de la pérdida del trabajo que las mujeres.

Winefield, Tiggemann y Winefield (1991) pudieron determinar a razón de un estudio que plantearon con una muestra de 554 sujetos que los varones valoraban negativamente la situación de desempleo que el desarrollo de un empleo poco satisfactorio. En cambio, las mujeres valoraban negativamente el desarrollo de un empleo poco satisfactorio que la situación propia de desempleo.

En un estudio desarrollado por Stronks, Van der Mheen, Van Cubil Bos y Mackenbach (1995) hallaron que las diferencias en la salud son más pequeñas entre las mujeres inactivas que entre los hombres. Los autores explican esta diferencia por el débil papel que juega el sexo femenino en el Mercado Laboral.

En los procesos de búsqueda activa de trabajo, Malen y Stroh (1998) pudieron determinar que los varones presentaban una eficacia significativamente más alta en comparación con las mujeres. Se estudiaron gerentes de ambos sexos y las autoras pudieron apreciar que las mujeres necesitan más ayuda apoyándose en la red de amistades y conocidos para que les brinde la ayuda necesaria en su proceso de búsqueda activa de trabajo. Estas autoras definen en su artículo que convendría que los profesionales que desarrollan sus actividades laborales en el ámbito laboral tengan en cuenta este hallazgo y que ayuden a las mujeres a aplicar conductas y habilidades de búsqueda más apropiadas.

Estudiando una muestra de 613 israelitas desempleados de edades comprendidas entre los 21 a 60 años, Kulik (2000) indica que tanto el sexo como la edad daban lugar a efectos significantes.

En cuanto a las diferencias de sexo, cabe decir que:

- Las mujeres tienden a rechazar más rápidamente los trabajos sobre la base de los tipos de condiciones que requieren los trabajos, sobre la base de la satisfacción en el trabajo y sobre las obligaciones familiares.
- Los hombres tienden a consagrar más tiempo durante la semana a la búsqueda de trabajo.

Estas diferencias pueden explicarse por las generalizadas expectativas sociales que corresponden a cada uno de los papeles que han de ejercer los respectivos géneros.

En cuanto se refiere a las diferencias de edad:

- Los desempleados de mediana edad dedican más tiempo a la búsqueda de trabajo que los desempleados más jóvenes.
- El grupo de jóvenes desempleados consagra más el tiempo a dedicarse a ellos mismos e informan una menor deterioración de su estado de salud como resultado de los efectos de desempleo.
- El grupo de jóvenes desempleados presenta más tendencia en creer que los demás no tienen respeto para la persona que se halla en situación de inactividad laboral.

En un estudio posterior, Kulik (2001) pudo apreciar que las estrategias de búsqueda de empleo más populares utilizadas por hombres y mujeres eran las respuestas por teléfono de anuncios de ofertas de trabajo y preguntando a amigos o conocidos por posibles ocupaciones.

El objeto de estudio de Goede y Spruijt (1996) fue observar los efectos de dos acontecimientos considerados como importantes en la vida de los jóvenes: el divorcio de los padres y la situación de desempleo. Aplicando un estudio longitudinal, se evidenció que el divorcio y todas las consecuencias que conlleva debidas al proceso de separación origina efectos negativos en la salud de las jóvenes. En cambio, la situación de inactividad laboral o haberlo experimentado anteriormente causa efectos dañinos en la salud psicológica o mental en los jóvenes. A pesar de ello, el desempleo no da lugar consecuencias perjudiciales en la salud física tanto en jóvenes de sexo masculino como de sexo femenino. A la vista de estos resultados, los autores creen importante que las consecuencias de un proceso de divorcio como del desempleo juvenil en la salud de los jóvenes tiene que ser especificada para ambos sexos.

Novo, Hammarstrom y Janlert (2000) investigaron la salud en personas jóvenes desempleadas en épocas de bonanza y crisis socio-económica. En época de bonanza socio-económica (año 1986), la muestra de sujetos estaba constituida por 1.083 sujetos; en época de crisis (año 1994), la muestra estaba constituida por 898 sujetos. En los resultados se pudo apreciar que en la comparación de ambos períodos socio-económicos no existía ninguna diferencia en la expresión de sintomatología somática y psicológica en sujetos desempleados a largo plazo. Sólo a excepción de los sujetos varones desempleados quienes expresaban una menor sintomatología psicológica durante el período de crisis socio-económica.

En otra investigación posterior que los mismos autores hicieron con las mismas muestras, pudieron apreciar que los varones y las mujeres jóvenes informaron más sintomatología somática y psicológica de malestar durante la época de

crisis socio-económica que en la de bonanza. La única excepción era que entre los varones, la expresión de sintomatología de malestar psicológica era de la misma magnitud durante ambos períodos. En época de crisis socio-económica, se encontraron niveles más pobres de estado de salud en mujeres así como en jóvenes (varones y mujeres) estudiantes. De esta forma, para Novo, Hammarstrom y Janlert (2001) se pueden medir los efectos del desempleo en la sociedad a través de la salud de las personas jóvenes a través del pesimismo sobre el futuro, de los problemas económicos y de las altas demandas de empleo.

Según un estudio aplicado en Finlandia por Saarento, Rasanen, Nieminen y Isohanni (2000) y comparando ambos sexos, los varones jóvenes desempleados, solteros, que viven solos o con los padres presentan un mayor índice de probabilidad de hacer uso de los servicios psiquiátricos. Los varones predominan en la manifestación de los trastornos psicóticos orgánicos, en los trastornos de personalidad y consumo de sustancias mientras que, las mujeres presentan mayor índice de presentar trastornos de origen neurótico. Por otra parte, las mujeres jóvenes experimentan el desempleo con señales más frecuentes de más baja autoestima y depresión que los hombres jóvenes (Kleinova y Renata, 2000).

Para Gilberto (1997), la pérdida de trabajo en las mujeres mayores de 50 años supone un gran problema. El alcance y la severidad de las reacciones que se expresan y la habilidad para encontrar un nuevo trabajo varían mucho estando bajo la influencia de variables medioambientales, variables demográficas y factores de personalidad (las variables medioambientales contemplan la naturaleza del Mercado Laboral, la discriminación por la edad, los tipos de gerentes existentes). Las mujeres solteras y las mujeres que habían trabajado en ocupaciones de bajos ingresos económicos son las presentan una más alta probabilidad de sufrir por factores psicológicos y por factores económico-financieros. Gilberto apreció que la probabilidad de encontrar un nuevo trabajo

influye un modelo de características concretas de personalidad; poseer habilidades de búsqueda de trabajo; aceptar trabajos con menos sueldo, menos beneficios y/o con menos seguridad.

1.5.2. Dolor psicológico-emocional^{*}, género y desempleo.

Ensminger y Celentano (1990) examinaron si el desempleo tiene un impacto diferencial en la expresión de dolor psicológico-emocional entre hombres y mujeres. No se hallaron grandes diferencias entre ambos sexos. Según los autores, las diferencias existentes en cuanto a la manifestación de dolor psicológico se basan en el papel tradicional de asignación de roles: el papel del trabajo y sustento de la familia para el hombre y el papel del cuidado de la familia para la mujer. Vieron que existen unas variables que en su conjunto marcan diferencias de sexos: las circunstancias familiares, el grado de preocupación y cuidado de los hijos y de la familia, el apoyo social percibido, la integración social y el tipo de actividad laboral a desempeñar.

Hammer (1993) establece la diferencia en sexos en cuanto se refiere al tema del apoyo social y considera que la presencia de éste modera la sintomatología ansiosa en las mujeres pero que su efecto resulta ausente en el sexo masculino.

Anthony y Petronis (1991) consideran que el riesgo de padecer depresión mayor era más alto para el sexo femenino que con el sexo masculino, así como para aquellas personas divorciadas o separadas. Smari, Arason, Hafsteinsson y Ingimarsson (1997) plantean una aproximación explicativa del motivo de la incidencia más alta en sexo femenino que en hombres. Para ellos, las mujeres presentan índices más elevados de depresión y de ansiedad por el dolor

(*) El concepto de dolor psicológico-emocional se define más ampliamente en el apartado "1.10.4. Dolor psicológico-emocional" del capítulo "1.10. Desempleo y Psicopatología".

psicológico-emocional que supone la pérdida de trabajo además de la anulación de la función o el rol social que se desempeña.

En cambio, el sexo masculino expresaba sintomatología ansiosa-depresiva por la anulación o la pérdida de su funcionalidad laboral.

Crepet, Piazzì, Vetrone y Costa (1993) analizaron una muestra constituida por 551 sujetos (307 mujeres y 244 hombres) aplicando una serie de tests psicotécnicos para medir los efectos psicológicos y estado de salud mental en sujetos desempleados. Se distribuyeron los sujetos en 3 grupos: sujetos en activo, estudiantes y sujetos que buscan su primer empleo. Los autores constataron que las mujeres experimentan los efectos del desempleo con un mayor nivel de dolor psicológico-emocional mientras que los hombres presentan más tendencia en manifestar una marcada sintomatología depresiva.

Fielden y Davidson (2001) investigaron el impacto global del desempleo en gerentes de sexo femenino en comparación con gerentes de sexo masculino. Los resultados se orientaron hacia la dirección de que los gerentes de sexo femenino desempleados presenten niveles más altos de tensión o ansiedad que sus colegas masculinos. Presentan niveles aumentados de estrés y una menor habilidad y eficacia de canalización de la ansiedad o tensión lo cual origina la experimentación de un bienestar mental subjetivo significativamente más pobre durante el desempleo que los gerentes de sexo masculino.

Siguiendo la misma dirección sobre las altas calificaciones profesionales y sobre población de madres desempleadas, Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel y Lelong (2000) pudieron hallar especialmente que aquellas que ocupaban profesiones más cualificadas presentaban niveles más altos de dolor psicológico al año del nacimiento de su hijo en comparación con las mujeres empleadas.

1.5.3. Actividad física y desempleo.

El esfuerzo desarrollado en el trabajo puede ser indicador de una situación futura de desempleo. Van Mens Verhulst y Bensing (1997) examinaron los factores que diferencian a las mujeres y los hombres que padecen fatiga. Los sujetos que presentaban una mayor incidencia de manifestar quejas de fatigas persistentes coincidían en ser de sexo masculino, de mediana edad, bajo nivel educativo y desempleado. Además, presentaban un nivel superior de problemas de carácter psicológico y psicosociales que los sujetos que presentaban un nivel de fatiga circunstancial o momentáneo.

Para Underlid (1996), existe una relación positiva entre un estado de salud mental sano o saludable y un nivel alto de actividad desarrollado por el sujeto. Underlid observa que el desempleado es generalmente más pasivo que la media poblacional y con un menor grado de implicación en actividades sociales. En comparación en lo que se refiere a género, las mujeres son algo más activas que los hombres -particularmente en relación con las tareas domésticas-.

Tuomi (1994) evaluó las características que pudiesen utilizarse como predictores a sufrir un trastorno coronario a partir de una muestra de 5.353 sujetos finlandeses de edades comprendidas entre los 44 y los 58 años. El autor sugiere que un nivel alto de actividad física y de esfuerzo da lugar a un alto riesgo a padecer trastornos coronarios. Asimismo, pudo hallar que en el caso de las mujeres, éstas presentan un mayor riesgo si desarrollan un trabajo exigente. En cambio, en el caso de los varones las características que predicen el riesgo de trastorno coronario se definen por el consumo de tabaco, conviviendo con dos o más sujetos desempleados de edades superiores a los 15 años y por efectuar un tipo de trabajo que requiere un nivel alto de actividad física y/o esfuerzo.

1.5.4. Sexualidad y desempleo.

Para May y Bobele (1988), la situación de desempleo puede provocar disfunción eréctil en el varón manifestando la relación existente entre la pérdida de trabajo y la vida sexual del sujeto.

Morokoff y Gilliland (1993) también pudieron constatar esta relación. Examinaron la relación entre las dificultades del funcionamiento sexual y la satisfacción matrimonial de 92 hombres y 73 mujeres. Pudieron descubrir que para los hombres, el desempleo era asociado con la dificultad para lograr una erección y que esa dificultad aumentaba conforme con la edad. Las esposas de hombres desempleados también informaron de mayores dificultades eréctiles que las esposas de hombres empleados. Los resultados pueden ir orientados con respecto a la importancia psicológica del tipo de estresor que de da lugar en ese momento en concreto.

1.5.5. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y desempleo.

Eversley, Policar, White, Grinstead, Newstetter, Avins i Hearst (1993) aplicaron un estudio en relación con las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS). Observaron que las mujeres afroamericanas que presentaban un nivel educativo bajo y en situación de desempleo presentaban mayor nivel de probabilidad de informar de una infección por una ETS que mujeres de otros grupos étnicos y demográficos.

El propósito de un estudio realizado por McDonald, Fisher, Wells, Doherty y Bowie (1994) sobre la actividad sexual de la juventud marginada del Canadá, observaron que las proporciones de ETS eran más bajas en varones desempleados (5%) y el más alto en mujeres que se dedican a la prostitución (68%).

Evans, Bond y MacRae (1998) compararon variables de conductas sexuales e incidencias genitales entre hombres heterosexuales de orígenes raciales diferentes. Las conclusiones por las cuales llegaron fueron que a diferencia de los hombres de raza blanca, los hombres de raza negra que se presentan a un clínica de especialidad genito-urinario presentan más tendencia a ser desempleados, haber comenzado la comunicación sexual en una edad más temprana y tener la infección de uretra. Según estos autores, la explicación de esta situación es debida a que los hombres de raza negra son más propensos a practicar felaciones, cunilingus o practicas anales.

1.5.6. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Sexualidad

- ANTHONY, JC; PETRONIS, KR. (1991). "Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old". *Epidemiology*. 1991 Mar; 2(2): 123-32.
- CREPET, P; PIAZZI, A; VETRONE, G; COSTA, M. (1993). "Effects of occupational status on the mental health of young Italian men and women: A cross-sectional study". *International Journal of Social Psychiatry*. 1993 Win; Vol 39(4): 303-312.
- DE GOEDE, M; SPRUIJT, E. (1996). "Effects of parental divorce and youth unemployment on adolescent health". *Patient Education & Counseling*. 1996 Dic; 29(3): 269-76.
- ENSMINGER, ME; CELENTANO, DD. (1990). "Gender differences in the effect of unemployment on psychological distress". *Social Science and Medicine*, 1990; 30(4): 469-77.
- EVANS, BA; BOND, RA; MACRAE, KD. (1998). "Racial origin, sexual behaviour, and genital infection among heterosexual men attending a genitourinary medicine in London (1993-4)". *The Sexually Transmitted Infections*. 1998 Feb; 74(1): 40-4 .
- EVERSLEY, RB; POLICAR, M; WHITE, V; GRINSTEAD, O; NEWSTWITTER, A; HEARST, N. (1993). "Self-reported sexually transmitted diseases among family planning clients: ethnic differences in sexual risk behavior and HIV risk reduction". *Ethnicity & Disease*, 1993 Spring; 3(2): 181-8.
- FIELDEN, S; DAVIDSON, MJ. (2001). "Stress and gender in unemployed female and male managers". *Applied Psychology: An International Review*. 2001 Apr; Vol 50(2): 305-334.
- GILBERTO, LM. (1997). "Downsized expectations: Older women coping with job loss". *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 1997 Nov; Vol 58(5-A): 1919.
- HAMMER, T. (1993). "Unemployment and mental health among young people: a longitudinal study". *Journal of Adolescence*. 1993 Dec; 16(4): 407-20.
- KLEINOVA, RENATA (2000). "THE PREZIVANIE NEZAMESTNANOSTI ADOLESCETNYMI CHLAPCAMI A DIEVCATAMI. / Experiencing of unemployment for the juvenile boys and girls". The Slovak Republic: Vyskumny Ustav Detskij Psychologie a Patopsychologie. *Psychologia-a-Patopsychologia-Dietata*. 2000; Vol 35(1): 46-56.
- KULIK, L. (2000). "The impact of gender and age on attitudes and reactions to unemployment: The Israeli case". *Sex Roles*. 2000 Jul; Vol 43(1-2): 85-104.
- KULIK, L. (2001). "Assessing job search intensity and unemployment-related attitudes among young adults: Intergender differences". *Journal of Career Assessment*. 2001 Spr; Vol 9(2): 153-167.
- MACDONALD, NE; FISHER, WA; WELLS, GA; DOHERTY, JA; BOWIE, WR. (1994). "Canadian street youth: correlates of sexual risk-taking activity". *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 1994 Aug; 13(8): 690-7.
- MALEN, EA; STROH, LK. (1998). "The influence of gender on job loss coping behavior among unemployed managers". *Journal of Employment Counseling*. 1998 Mar; Vol 35(1): 26-39.

- MAY, JL; BOBELE, M. (1988). "Sexual dysfunction and the unemployed male professional". *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1988 Win; Vol 14(4): 253-262.
- MOROKOFF, PJ; GILLILLAND, R. (1993). "Stress, sexual functioning, and marital satisfaction". *Journal of Sex Research*. 1993 Feb; Vol 30(1): 43-53.
- NOVO, M; HAMMARSTROM, A; JANLERT, U. (2000). "Health hazards of unemployment--only a boom phenomenon? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession". *Public Health*. 114(1):25-9, 2000 Jan.
- NOVO, M; HAMMARSTROM, A; JANLERT, U. (2001). "Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession". *Social Science & Medicine*. 53(3):293-303, 2001 Aug.
- SAARENTO, O; RASANEN, S; NIEMINEN, P; HAKKO, H; ISOHANNI, M. (2000). "Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland". *European Psychiatry: Journal of the Association of European Psychiatrists*. 2000 May; 15(3): 205-12.
- SAUREL-CUBIZOLLES, MJ; ROMITO, P; ANCEL, PY; LELONG, N. (2000). "Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000 Mar; Vol 54(3): 185-191.
- SMARI, J; ARASON, E; HAFSTEINSSON, H; INGIMARSSON, S. (1997). "Unemployment, coping and psychological distress". *Scandinavian Journal of Psychology*. 1997 Jun. 38(2):151-6.
- STRONKS,K; VAN DE MHEEN, H; VAN DEN BOS, J; MACKENBACH, JP. (1995). "Smaller socioeconomic inequalities in health among women: the role of employment status". *International Journal of Epidemiology*. 1995 Jun; 24(3): 559-68.
- TUOMI, K. (1994). "Characteristics of work and life predicting coronary heart disease: Finnish research project on aging workers". *Social Science and Medicine*. 1994 Jun; Vol 38(11): 1509-1519.
- UNDERLID, K. (1996). "Activity during unemployment and mental health". *Scandinavian Journal of Psychology*. 1996 Sep; Vol 37(3): 269-281.
- VAN MENS-VERHULST, J; BENSING, JM. (1997). "Sex differences in persistent fatigue". *Woman & Health*. 1997; 26(3): 51-70.
- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M; WINEFIELD, HR. (1991). "The psychological impact of unemployment and unsatisfactory employment in young men and women: Longitudinal and cross-sectional data". *British Journal of Psychology*. 1991 Nov; Vol 82(4): 473-486.
- YTTERDAHL, T; FUGELLI, P. (2000). "Health and quality of life among long-term unemployed". *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. 120(11):1308-11, 2000 Apr 30.

1.6.- DESEMPLEO Y HOSTILIDAD.

El desempleo es una condición estresante para el que se halle en tal situación. La expresión del estrés puede manifestarse según diferentes maneras en función de la variabilidad individual.

Según Goleman (1999),

“Una de las paradojas de la vida laboral es que una situación concreta puede ser vivida por una determinada persona como una amenaza inminente, mientras que otra, por el contrario, puede percibirla como un reto estimulante. Así pues, cuando disponemos de los recursos emocionales adecuados, lo que anteriormente nos parecía amenazador podemos terminar abordándolo como un desafío y afrontarlo con energía y hasta con entusiasmo. Existe una diferencia esencial entre el funcionamiento cerebral en condiciones de “estrés positivo” (es decir, los desafíos que nos movilizan y nos motivan) y de “estrés negativo” (es decir, las amenazas que nos desbordan, nos paralizan o nos desalientan)”.

1.6.1.- Desempleo y hostilidad.

Una de las maneras en que puede expresarse el estrés es bajo la forma agresiva u hostil contra sí mismo, contra cualquier persona o contra los objetos. Existe una multiplicidad de factores de riesgo en la expresión de conductas violentas y la situación de desempleo puede ser un factor favorecedor para dar lugar su manifestación. En parte, la expresión de violencia se encuentra asociado con la situación de desempleo y el estatus socioeconómico del sujeto. Es decir, la cesación de la función social del trabajo, los escasos ingresos económicos y el consumo de alcohol son variables favorecedoras en la expresión de conductas violentas (Wright y Kariya, 1997).

El cese involuntario del trabajo y la pérdida de éste supone una frustración para el sujeto que presenta un gran compromiso e implicación para el trabajo. Para

Ortega-Monasterio (1993), la frustración es la reacción displacentera ante un obstáculo que impide la satisfacción de una conducta motivada. El impedimento ha de ser subjetivamente vivido como realmente adverso o displacentero para que se pueda hablar de frustración. El conflicto supone una dinámica de motivaciones contrapuestas (contradicciones internas) que acarrearán una frustración o el resultado insatisfactorio de un comportamiento motivado. Una frustración puede ser a la vez conflictiva y/o estresante pudiendo correr el riesgo de originar la expresión de conductas agresivas. Es decir, la base y la esencia de una conducta hostil o agresiva es la frustración.

Un estudio planteado por Kokko y Pulkkinen (2000) analiza la agresividad aplicada durante la niñez y el desempleo a largo plazo en la madurez del mismo. Pudieron descubrir que la agresividad aplicada durante la niñez puede predecir posteriormente un bajo rendimiento escolar, el cual se halla directa o indirectamente relacionado con el desempleo a largo plazo. Los autores detallan que estos sujetos se hallan desprovistos de alternativas profesionales y/o con problemas derivados del consumo de alcohol.

Por otra parte, Catalano, Dooley, Novaco, Wilson y Hough (1993) estudiaron los efectos del despido del lugar de trabajo en la conducta violenta. Plantearon 2 hipótesis de trabajo: en una se basaron en que los trabajadores que se hallaban despedidos presentaban una probabilidad más alta de expresar conductas violentas; la segunda hipótesis describía que los empleados de una industria presentaban disminuciones en la probabilidad de mostrar conductas violentas. Los resultados a los cuales llegaron fueron que el riesgo de expresión de conducta violenta de los desempleados era seis veces superior que el de sus colegas empleados. El riesgo de conducta violenta estaba reducido entre aquellos que permanecían empleados. Concluyeron que la pérdida de empleabilidad y su consiguiente reducción económica o pérdida de calidad de vida puede desencadenar la expresión de la agresividad en una comunidad.

1.6.2. Conducta delictiva y desempleo.

Las relaciones entre desempleo, psicopatología y conducta delictiva pueden ser estrechas si existen condicionantes favorecedores para su expresión. Teniendo en cuenta las siguientes variables se puede realizar una cierta aproximación predictora de sus posibles consecuencias tanto en el ámbito familiar, laboral como social (Badawi, Eaton, Myllyluoma, Weimer y Gallo, 1999):

- Los datos demográficos esenciales (edad, sexo, raza, nivel académico, estado civil y empleo);
- Los datos sobre la vida familiar (tamaño de la casa, número de niños, nivel de ingresos económicos, número de rehabilitaciones en el hogar);
- Las variables culturales (etnia a la cual pertenece el sujeto);
- Las variables sociales (el apoyo social y la red social, uso de armas, el uso de un apodo o de un alias, antecedentes delictivos, antecedentes psiquiátricos, vagabundeo);
- El estado de salud general (antecedentes patológicos o enfermedades, disfrutar de un seguro médico público o privado, beneficiario de una pensión o prestación de invalidez);
- La observación del entrevistador o del profesional de la salud mental;
- Las variables psicopatológicas (trastornos mentales, conductas autolíticas, comorbilidad, consumo y/o abuso de sustancias adictivas).

Kepecs-Schlüssel (1995) estudió las relaciones existentes entre el nivel intelectual, la intencionalidad criminológica y el hecho delictivo. Pudo apreciar que la mayoría de agresores no finalizaron los estudios académicos secundarios y se hallaban desempleados en el momento del crimen. Farrington y Lambert (1994) examinaron los archivos policiales de 345 ladrones y 310 agresores de una población de Inglaterra y pudieron distinguir que los ladrones eran desempleados y sus actos delictivos iban orientados a la consecución de bienes materiales. Mientras que, los agresores violentos efectuaban sus

comportamientos delictivos bajo la influencia del alcohol causados por la cólera, enojo o la provocación.

La expresión de la hostilidad como un fenómeno social y delictivo también ha sido objeto de estudio por Ullman (1999) quien estudió en Chicago las diferencias en la manifestación de conductas hostiles y las agresiones de violación realizadas tanto al nivel de grupo de agresores como individualmente por un agresor. Los análisis mostraron que los casos de violación consumados por un grupo común de agresores eran jóvenes y con una alta probabilidad de estar desempleados que los que consumaban agresiones de forma individual. La consumación de las violaciones se caracterizaban por agresores que se hallaban bajo los efectos de un consumo abusivo de alcohol y de drogas. Asimismo, las agresiones se producían más durante las noches con lo que la víctima ofrecía una menor resistencia. Las lesiones sexuales perpetradas en grupo de agresores eran más severas que las lesiones producidas por un único agresor. Los análisis llevados a término revelaron distintos resultados tanto si las lesiones físicas fueron producidas de manera grupal que de manera individual.

Mullen, Pathe, Purcell y Stuart (1999) estudiaron 145 acosadores-perseguidores de un centro de Psiquiatría Forense para evaluar sus conductas, motivaciones y psicopatologías. La mayoría de los acosadores eran hombres (114 sujetos, los cuales representaban el 79% de la muestra); muchos eran desempleados (56 sujetos, los cuales representaban el 39% de la muestra) y nunca habían tenido una relación íntima (75 sujetos, los cuales representaban el 52% de la muestra). La mayoría de los acosadores solían vivir solos y son socialmente incompetentes, con ausencia o bajo nivel de habilidades sociales para las relaciones interpersonales (con trastornos de personalidad) pero con gran capacidad para asustar y apenar a sus víctimas. Presentan un gran abanico de motivaciones para acosar a sus víctimas pero acostumbran a reafirmar su poder sobre una persona de la cual les rechazó la petición de mantener una relación íntima o amorosa.

Campbell y Robinson (1997) asociaron los estados de empleo y la conducta delictiva en mujeres. Evaluaron a 141 presas y pudieron diferenciar que las presas que se hallaban empleadas en el momento del acto delictivo estaban más involucradas en casos de robos y en casos de crímenes de menor violencia que las mujeres que se hallaban en desempleo. En cambio, las mujeres desempleadas presentaban una más alta probabilidad de encontrarse involucradas en casos de crímenes violentos.

No obstante, Fox (1998) considera que la relación causa-efecto entre el desempleo y la conducta delictiva aún no se ha establecido.

1.6.3. Abusos sexuales infantiles y desempleo.

Revisando investigaciones sobre el tema, Jones (1990) relaciona los casos de abuso sexual infantil con la situación de desempleo. Jones sugiere la existencia de varias posibilidades que expliquen la existencia de estos abusos sexuales: Las dificultades económicas, el deterioro en el estado psicológico del desempleado, la pérdida del rol de cabeza de familia en la figura paterna, un incremento de la ingesta de alcohol y su respectivo abuso de ella, un aumento en el aislamiento familiar, entre otras explicaciones.

Para Kim y Ko (1990) suele ser más frecuente que los casos de maltratos y abusos infantiles se den con más incidencia en estratos sociales bajos cuyas condiciones de vida sean pobres, con la familia desestructurada y cuyos padres se hallen en desempleo.

Por otra parte, los sujetos que han sufrido casos de incestos y/ abusos en su infancia pueden presentar tendencia hacia el desempleo. Janikowski, Bordieri y Glover (1997) entrevistaron a 732 sujetos, de los cuales 266 (36,3%) informaron haber sido víctimas de incesto. Los participantes de la muestra total presentaban

una media de edad de 33,8 años, el 45,2% nunca se habían casado, presentaban un bajo nivel educativo (media de 11,7 años de educación-formación) y el 69,4% se hallaban actualmente desempleados. García-Andrade (1993) considera que el incesto padre-hija es el tipo de abuso sexual en niños que se realiza con una mayor frecuencia y acostumbra a iniciarse bajo la influencia del alcohol. Esta actividad continua posteriormente sin la necesidad de abuso de sustancias desinhibidoras y manteniéndose durante años incluso con varias hijas y con la posible complicidad de la esposa y madre.

En la misma línea de abusos sexuales infantiles, Morris, Scott, Mortimer y Barker (1997) observaron que la mayoría de casos involucra a un solo niño y que muchos de los abusadores conviven en la misma casa. Tanto el abusador como la víctima mantienen una relación de confianza. De una muestra de 964 sujetos, se encontró que una tercera parte de los abusadores se encontraba en la situación de desempleo. Los casos de abusos múltiples tendieron a ser sexual y perpetrados por hombres. El mayor número de casos de abusos físicos era en niños de 9 años como media de edad, en cambio los casos de abusos sexuales se perpetró en niñas de 9 a 11 años de edad. En niños menores de 12 meses de edad la proporción fue de un 1,5% de casos de abuso sexual y de un 8,5% de casos de abusos físicos.

Al analizar las características del perfil de un supuesto perpetrador de abusos sexuales infantiles, Tzeng, Robinson y Karlson (1999) consideran que se define por ser varón, obrero, de bajo nivel cultural y hallarse en desempleo.

Al comparar casos de violencia en familias americanas con familias chinas de Hong Kong, Tang (1998) pudo comprobar que en las últimas el tipo y proporción de violencia ocasionada sobre la víctima era ligeramente bajo aunque si la víctima era de sexo masculino la violencia era más severa.

Hummel, Greenhalgh, Barthel, DeSerna, Gottschlich, James y Warden (1993) investigaron los aspectos clínicos y factores socio-económicos de niños víctimas de abusos y de quemaduras sospechosas. Sus resultados mostraron de que la mayoría de los padres de niños maltratados eran desempleados. La persona

sospechosa de llevar a término el abuso siempre era un miembro de la familia, excepto en los casos en que la niñera era el sujeto sospechoso. Para estos autores, el maltrato en el niño no sólo afecta en éste sino también en la sociedad en general ya que se aumenta la necesidad de pagar los recursos dedicados a las admisiones en los hospitales.

Krishnan, Barbour y Foster (1990) analizaron modelos de lesiones óseas y factores psicosociales en niños víctimas de abusos. De 108 casos de lesiones óseas sospechosas, 90% habían confirmado la lesión ósea de quien 56 casos (52%) tenía las fracturas múltiples. 20 de 41 casos presentaban fractura de cráneo. En niños menores de 12 meses de edad, las lesiones en huesos largos eran la forma más común de presentación y en un 83% de estas lesiones eran múltiples. Los análisis de factores psicosociales demostraron que el 48% de los niños eran primogénitos y que el 67% de padres abusadores eran desempleados. Del abusador supuesto, la madre fue conocida por ser responsable en un 50% de los casos. Un 10% de los casos, el padre responsable del acto agresivo admite haber efectuado las lesiones en el momento de ingreso en el hospital.

En un artículo publicado en “LA VANGUARDIA” (5 de febrero de 2002) por Celeste López, José Sanmartín da a conocer las cifras estadísticas de las agresiones dirigidas a los menores de las familias. En el artículo, se considera que “uno de cada mil niños sufre maltrato anualmente en España”. De esta manera, de cada 10 niños maltratados:

- 9 sufren negligencia (abandono por parte de los padres y falta de cuidados elementales),
- 2 sufren maltrato físico,
- 4 maltrato emocional,
- y el 3,6% sufren abusos sexuales.

El perfil del agresor se define por soler presentar una edad comprendida entre los 35 y los 39 años en hombres maltratadores y abusadores sexuales; entre los 30 y los 34 años en madres negligentes; no disponer de estudios académicos o sólo tiene estudios primarios; se halla desempleado; es padre o madre biológico del menor; no tiene antecedentes penales; no padece enfermedades crónicas no trastornos psicológicos y un tercio de los casos abusan del alcohol (hombres) y las drogas (mujeres).

El perfil de la víctima se define por tener entre 0 y 4 años; no padece problemas de salud; vive en una familia tradicional; su vivienda carece de las condiciones adecuadas de habitabilidad y reside en una localidad de entre los 20.000 y 50.000 habitantes.

1.6.4.- Violencia doméstica y desempleo .

La mujer maltratada por su pareja desempleada suele estarlo tanto física como psicológicamente. El maltrato físico ya contempla en sí mismo el maltrato psicológico (Ratner, 1993). Es decir, el maltrato psicológico puede darse lugar en una relación sin necesidad de expresar conductas violentas o agresivas.

Generalmente, el contexto en que las condiciones para que se de lugar los casos de violencia doméstica o maltrato hacia la mujer es de una gran variabilidad individual que es difícil poder llegar a determinar un perfil determinado definiendo sus posibles situaciones. Cabe decir que, los entornos sociales de clase baja, de precariedad o escasos recursos económicos, de pobreza, el desempleo de los familiares puede dar cabida a un aumento en la probabilidad de darse lugar los casos de abusos y/o maltratos físicos y psicológicos. Incluso en clases sociales altas puede darse el caso de la manifestación de este tipo de conductas pero, se puede decir, que sus variables favorecedoras son reducidas disminuyendo la probabilidad de comportamientos agresivos. Sullivan y Rumptz (1994) encontraron que las mujeres

afroamericanas víctimas de casos de violencia doméstica, se hallaban en la pobreza, desempleadas y con escasos recursos económicos.

Si la mujer se hallase embarazada los casos de maltrato se manifestaban psicológicamente bajo forma de amenazas y sin llegar a hacer uso del maltrato físico según un estudio elaborado por Leung, Leung, Lam y Ho (1999) en una comunidad china.

Un estudio elaborado por Cantrell, Carrico, Franklin y Grubb (1990) confirman su hipótesis sobre la cual defienden que en familias en donde el padre era desempleado, se esperaba una mayor frecuencia de interacciones familiares de contenido violento. Scales (1995) plantea que los casos de violencia doméstica son cometidos por varones desempleados, con problemas derivados del consumo de sustancias tóxicas y que suelen considerar a la figura femenina como objeto subordinado sin considerarla como una persona con igualdad de derechos que el hombre.

Estudios adicionales sobre el tema de la violencia doméstica, observaron que existen asociaciones entre las interacciones violentas y el abuso sexual o agresividad en la generación anterior. Es decir, la expresión de la agresividad por parte de alguno de los padres puede ser debido a que también sufrió abusos en su infancia. Para Leahy (1991), la mayoría de las víctimas vienen de hogares en donde no existe una presencia de empatía paternal y/o protección paternal hacia el niño. A menudo, uno de los padres o los dos se halla emocionalmente perturbados.

Avakame (1999) apreció que las mujeres desempleadas presentan una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales y casos de violación que las mujeres empleadas. Por su parte, Black, Heyman y Slep (2001) pudieron observar que las mujeres desempleadas y amas de casa de bajo nivel económico menores de 30 años y mayores de 50 presentaban una mayor tendencia a ser víctimas de abusos sexuales perpetrado por sus respectivos compañeros en comparación con las mujeres de edad comprendida entre éstos intervalos. No obstante, los

autores consideran difícil extraer conclusiones a razón y que se necesitan más estudios para poder indagar y profundizar en las características que definen las poblaciones de riesgo que son objeto de abusos sexuales por sus compañeros.

Pate y Hamilton (1992) estudiaron la eficacia de la intervención policial en 907 casos de violencia doméstica, de los cuales el 78,7% de las parejas mantenían relación matrimonial. Aproximadamente el 29% de éstas se hallaban desempleadas. Pudieron comprobar que el arresto tiene un efecto disuasivo significativo entre los sospechosos que se halla en activo, en cambio, el arresto conlleva un aumento significativo de ataques y represalias subsecuentes entre los sospechosos que se hallan desempleados.

Ratner (1993) describe un conjunto de variables que explica la incidencia de casos de abusos hacia la mujer y de su estado mental. Distinguió que el 10,6% de los casos era por abuso físico y que, el 13,1% era por abuso psicológico. Los casos de abuso físico contemplan o incluyen los abusos psicológicos. Ratner considera que las esposas con riesgo más alto de abuso son los que se enmarcan en las siguientes variables:

- las mujeres separadas de su marido en el año anterior,
- las mujeres de edad comprendida entre los 18 y los 44 años,
- las mujeres que inician nuevas relaciones,
- las mujeres de cuyos maridos era desempleados o jornada activa incompleta.

Las mujeres víctimas de abusos físicos y/o psicológicos manifestaban un mayor nivel de quejas somáticas, niveles más altos de ansiedad e insomnio, un mayor nivel de dificultades sociales y mayores niveles en la expresión de síntomas de carácter depresivo que las mujeres que no sufren de ningún tipo maltrato.

La dependencia al alcohol está asociada con los casos de abusos y maltratos en la mujer: el 16,3% de las mujeres abusadas físicamente y el 11,3% de la abusadas psicológicamente presentaban abuso en el consumo de alcohol

siendo alcohólicas dependientes. Sólo el 2,4% de las mujeres no maltratadas eran dependientes al alcohol.

En otro estudio que el mismo autor realizó posteriormente en 1995, intentó determinar indicadores de exposición al abuso de la mujer por parte del marido. En comparación con las mujeres que no sufren ni casos de maltratos ni de violencia, Ratner (1995) considera que las mujeres que sufren violencia doméstica presentan más tendencia en ingresar en unidades de cuidados intensivos, de ingresar en unidades hospitalarias, de avisar a los servicios sanitarios públicos, psiquiatras y psicólogos. La sintomatología más frecuente que se puede evidenciar es la siguiente: esguinces, contusiones, frecuentes dolores de cabeza, dolores de espaldas, sintomatología psiquiátrica y abuso de alcohol. Ratner observó que era más probable que las mujeres abusadas tuvieran un nivel educacional más alto que sus compañeros desempleados y con escasos ingresos económicos.

Para Rodríguez, Lasch, Chandra y Lee (2001), el consumo e ingesta elevada de alcohol dan lugar a que los sujetos desempleados presenten un mayor riesgo de sufrir episodios de violencia familiar en comparación con los sujetos empleados.

Kyriacou, Anglin, Taliaferro, Stone, Tubb, Linden, Muelleman, Barton y Kraus (1999) examinaron las características socioeconómicas y conductuales de mujeres víctimas de violencia doméstica y de los sujetos quienes consumaban los actos delictivos. Aplicando un análisis multivariante, los autores pudieron apreciar las características que definen a la figura del abusador y/o agresor:

- abuso de alcohol,
- consumo de drogas,
- reciente estado de desempleo,
- intermitencia en los empleos ocupados,
- bajo nivel educativo,
- suele ser el marido o novio anterior del que actualmente pueda disponer la mujer.

Johnson (1992) reunió los datos de 426 mujeres maltratadas y que habían sufrido abusos de sus respectivos maridos. Los resultados a los cuales llegó le permitió distinguir que la mujer presenta más tendencia a volver a su hogar junto con el agresor cuando:

- El ingreso familiar anual era relativamente alto,
- Ellas se hallaban en situación de desempleo,
- Ellas habían sufrido de abusos graves y severos,
- Ellas tenían percepciones negativas de sus maridos.

1.6.5. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Hostilidad.

- AVAKAME, EF. (1999). *"Females' labor force participation and rape: An empirical test of the backlash hypothesis"*. Violence Against Women. 1999 Aug; Vol 5(8): 926-949.
- BADAWI, MA; EATON, WW; MYLLYLUOMA, J; WEIMER, LG; GALLO, J. (1999). *"Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981-1996"*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 1999 Feb; 34(2): 91-8.
- BLACK, DA; HEYMAN, RE; SLEP, AMS. (2001). *"Risk factors for male-to-female partner sexual abuse"*. Aggression and Violent Behavior. 2001 Mar-Jun; Vol 6(2-3): 269-280. England: Pergamon/Elsevier Science Ltd.
- CAMPBELL, CS; ROBINSON, JW. (1997). *"Family and employment status associated with women's criminal behavior"*. Psychological Reports. 1997 Feb; 80(1): 307-14.
- CANTRELL, PL; CARRICO, MF, FRANKLIN, JN; GRUBB, HJ. (1990). *"Violent tactics in family conflict relative to familial and economic factors"*. Psychological Reports. 1990 Jun; 66(3 Pt 1): 823-8.
- CATALANO, R; DOOLEY, D; NOVACO, RW; WILSON, G; HOUGH, R. (1993). *"Using ECA survey data to examine the effect of job layoffs on violent behavior"*. Hospital and Community Psychiatry. 1993 Sep; 44(9): 874-9.
- GOLEMAN, D. (1999). *"La práctica de la Inteligencia Emocional"*. Editorial Kairós. Barcelona.
- FARRINGTON, DP; LAMBERT, S. (1994). *"Differences between burglars and violent offenders"*. Psychology, Crime and Law. 1994; Vol 1(2): 107-116.
- FOX, T. (1998). *"Stop the press: Unemployed young people and criminal behaviour"*. Journal of Applied Social Behaviour. 1998; Vol 4(2): 56-66.
- HUMMEL, RP; GREENHALGH, DG; BARTHEL, PP; DeSERNA, CM; GOTTSCHLICH, MM; JAMES, LE; WARDEN, GD. (1993). *"Outcome and socioeconomic aspects of suspected child abuse scald burns"*. The Journal of Burn Care and Rehabilitation. 1993 Jan-Feb; 14(1): 121-6.
- JANIKOWSKI, TP; BORDIERI, JE; GLOVER, NM. (1997). *"Client perceptions of incest and substance abuse"*. Addictive Behavior. 1997 Jul-Aug. 22(4): 447-59.
- JOHNSON, IM. (1992). *"Economic, situational, and psychological correlates of the decision-making process of battered women"*. Families in Society. 1992 Mar; Vol 73(3): 168-176.
- JONES, L. (1990). *"Unemployment and child abuse"*. Families in Society. 1990 Dec; Vol 71(10): 579-588.
- KEPECS-SCHLUSSEL, LA. (1995). *"The relations between intellectual ability, criminal intent, and type of offense"*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1995 May; Vol 55(11-A): 3453.

- KRISHNAN, J; BARBOUR, PJ; FOSTER, BK. (1990). *"Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse"*. The Australian and New Zealand Journal of Surgery. 1990 Jun; 60(6): 447-50.
- KYRIACOU, DN; ANGLIN, D; TALIAFERRO, E; STONE, S; TUBB, T; LINDEN, JA; MUELLEMAN, R; BARTON, E; KRAUS, JF. (1999). *"Risk factors for injury to women from domestic violence against women [see comments]"*. New England Journal of Medicine. 1999 Dic 16; 341(25): 1892-8.
- KOKKO, K; PULKKINEN, L. (2000). *"Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of maladaptation and some protective factors"*. Developmental Psychology. 2000 Jul; Vol 36(4): 463-472.
- LEAHY, MM. (1991). *"Child sexual abuse: Origins, dynamics, and treatment"*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1991 Fal; Vol 19(3): 385-395.
- LEUNG, WC; LEUNG, TW; LAM, YY; HO, PC. (1999). *"The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community"*. International Journal of Gynaecology & Obstetrics. 1999 Jul; 66(1): 23-30.
- LÓPEZ, C. (2002). *"La muerte de niños a consecuencia de malos tratos se triplica desde 1997"*. En *"LA VANGUARDIA"* (5/febrero/2002). La Vanguardia Ediciones, S.L. Barcelona.
- MORRIS, I; SCOTT, I; MORTIMER, M; BARKER, D. (1997). *"Physical and sexual abuse of children in the West Midlands"*. Child Abuse & Neglect. 1997; 21(3): 285-93.
- MULLEN, PE; PATHE, M; PURCELL, R; STUART, GW. (1999). *"Study of stalkers"*. American Journal of Psychiatry. 1999 Aug; 156(8): 1244-9.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1993). *"Frustración, conflicto y estrés"* en *"Lecciones de Psicología Médica"*. PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias, SA. Barcelona. 1993: 421-47.
- PATE, AM; HAMILTON, EE. (1992). *"Formal and informal deterrents to domestic violence: The Dade County Spouse Assault Experiment"*. American Sociological Review. 1992 Oct; Vol 57(5): 691-697.
- RATNER, PA. (1993). *"The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta"*. Canadian Journal of public health Revue Canadienne de Santé Publique. 1993 Jul-Aug; 84(4): 246-9.
- RATNER, PA. (1995). *"Indicators of exposure to wife abuse"*. The Canadian journal of nursing research. 1995 Spring; 27(1): 31-46.
- RODRÍGUEZ, E; LASCH, KE; CHANDRA, P; LEE, J. (2001). *"Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: what is the relation?"*. Journal of Epidemiology & Community Health. 55(3):172-8, 2001 Mar.
- SCALES, PKS. (1995). *"A domestic violence study to determine the effect of treatment on male batterers court-mandated to group counselling"*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1995 Mar; Vol 55(9-A): 2727.
- SULLIVAN, CM; RUMPTZ, MH. *"Adjustment and needs of African-American women who utilized a domestic violence shelter"*. Violence and victims. 1994 Fall; 9(3): 275-86.

1.6. Desempleo y Hostilidad.

- TANG, CS. (1998). *"The rate of physical child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong"*. Child Abuse & Neglect. 1998 May; 22(5): 381-91.

- TZENG, OCS; ROBINSON, RL; KARLSON, HC. (1999). *"Demographic correlates and judicial determinations of child sexual abuse offenses"*. Journal of Social Distress and the Homeless. 1999 Apr; Vol 8(2): 55-77.

- ULLMAN, SE. (1999). *"A comparison of gang and individual rape incidents"*. Violence & Victims. 1999; 14(2): 123-33.

- WRIGHT, J; KARIYA, A. (1997). *"Aetiology of assault with respect to alcohol, unemployment and social deprivation: a Scottish accident and emergency department case-control study"*. Injury. 1997 Jun-Jul; 28(5-6): 369-72.

1.7.- DESEMPLEO Y MORTALIDAD.

El desempleo no tan sólo es un grave problema que afecta tanto a escala socioeconómica como a escala sanitaria, además, supone una variable importante en la consumación del acto suicida o del intento del mismo. La vivencia psicológica y experiencial negativa de la situación de inactividad laboral añadida con otros tipos de variables (sociales y la vulnerabilidad personal) pueden influir y/o incrementar el riesgo de conductas suicidas o en el intento de su consumación.

No obstante, en lo que hace referencia al suicidio existe una compleja amalgama de factores entrelazados que el verdadero conocimiento de los actos de autodestrucción a menudo se han de orientar en la comprensión al complemento de las únicas e individuales historias detalladas que de las investigaciones epidemiológicas y empíricas (O'Shea, 2000). Las asociaciones entre el desempleo y sus consecuencias en la realidad personal del sujeto pueden ser varias, no obstante, los resultados de diferentes tipos de estudios sobre el tema sugieren que la exposición al desempleo puede asociarse con un riesgo aumentado de presencia de pensamientos suicidas, aumento de índices de criminalidad y abuso de sustancias (Fergusson, Horwood y Woodward, 2001). El riesgo de suicidio debido a la inactividad laboral puede ser muy alto en función de las variables situacionales que envuelve el hecho circunstancial del sujeto así como de los procesos psicológicos que aplica para interpretar la realidad.

Los estudios a partir de grandes muestras mostraron índices globales más altos de mortandad, mortandad debida a enfermedades cardiovasculares y mortandad por suicidio tanto en hombres como mujeres debido a su situación de desempleo que en sujetos empleados o que en el resto de la población en general (Jin, Shah y Svoboda, 1995).

El desempleo puede ser causa de suicidio en sujetos cuya vulnerabilidad personal sea propensa a ello. Los índices de mortandad tanto en las personas desempleadas como en sus familiares es comparativamente más alto que el

resto de población general (Buffat, 2000). Muchos estudios que tratan sobre el tema de la relación desempleo-mortalidad informan de que existe una asociación positiva entre las tasas de desempleo nacional y los índices globales de mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares y casos de suicidio (Jin, Shah y Svoboda, 1995). Asimismo, el riesgo de mortalidad en pacientes alcohólicos se asociaba con mayor un nivel de consumo de la sustancia y con la situación propia de desempleo (Finney y Moos, 1992).

En sus estudios, Fox (1984) confirma la relación entre el desempleo y mortandad considerando que los suicidios, los accidentes y las enfermedades respiratorias son los principales factores responsables de los aumentos en los índices de mortandad registrado en los trabajadores desempleados.

Para Morrell, Taylor y Kerr (1998), existe una estrecha relación entre el desempleo en jóvenes y el suicidio de éstos. Pueden existir variables o conjuntos de variables que pueden favorecer a la precipitación del suicidio: familia desestructurada, falta de apoyo social, pérdida de estatus social reconocido o atribuido, ingesta y abuso de sustancias tóxicas,...

Para Stefansson (1991), el empleo facilita en el hombre el reconocimiento de identidad social y psicológica. En la mujer existen fenómenos más compensatorios (ayuda económica en el hogar). Observó que los varones jóvenes de mediana edad y desempleados de larga duración presentaban un riesgo de mortalidad cuatro veces superior que el resto de sujetos. Esta situación puede ser debida por efectos de trastornos mentales debido a la alta tensión psicosocial producida por un desempleo de larga duración.

1.7.1. Factores de riesgo y/o predictores.

Kposowa (2001) investigó los efectos del estado de empleo sobre el riesgo de suicidio en población americana a lo largo de 10 años (1979-89). Kposowa pudo apreciar las siguientes características:

- Al cabo de 3 años de inicio de la investigación, los varones desempleados presentan un mayor riesgo de hasta 2 veces superior de consumir el suicidio en comparación con la población empleada.
- Los varones de más bajo nivel socio-económico presentan un mayor riesgo de consumir el suicidio.
- Al cabo de 9 años de inicio de la investigación, las mujeres presentan un riesgo de hasta 3 veces superior de consumir el suicidio que la población empleada.

Kposowa concluye que la situación de desempleo se relaciona estrechamente con el suicidio, siendo más tardío en sujetos de sexo femenino. Para los hombres, los efectos negativos del desempleo se producen de manera más acusada y más temprana en los años iniciales de la nueva situación de inactividad laboral. En cambio, el riesgo de suicidio en mujeres desempleadas aumenta de forma más tardía desde la nueva situación de inactividad laboral.

Al explorar la relación desempleo-mortalidad, Iversen (1989) propuso analizar qué mecanismos pueden dar lugar a un aumento en el riesgo de mortandad en el sujeto desempleado. Para el autor, el riesgo a desarrollar una enfermedad es un elemento clave para comprender las altas tasas de mortandad en desempleados.

Como consecuencia de la situación de inactividad laboral, la calidad en la salud en general puede decaer originado por cambios en los hábitos de vida y en el estado social del individuo derivados de la disminución en su nivel de ingresos económicos por falta de empleo. Esta situación origina unos procesos de tensión, angustia y ansiedad constante repercutiendo en la salud del sujeto.

Asimismo y por el contrario, para Moser, Fox y Jones (1994), los sujetos que hallándose en activo y muestran una baja calidad en su estado de salud presentan unas más altas probabilidades de situarse en desempleo. Es decir, la mortalidad en sujetos desempleados también puede derivarse como consecuencia de un proceso previo de elaboración de deterioro incluso antes de situarse en inactividad laboral.

Polewka, Pach, Zieba, Chrostek Maj, Kroch, Mikolaszek-Boba, Datka y Rachel (2001) estudiaron los predictores de riesgo al suicidio en una muestra compuesta por 180 sujetos (49 hombres y 131 mujeres) y pudieron observar que la proporción de desempleo era alta (de 26,6% a 29,6% respectivamente) en ambos grupos. Además, pudieron distinguir que:

- Los pacientes que seleccionaron con más frecuencia aquellos sucesos como los que más les habían afectado en su estado mental son los siguientes: la muerte de un pariente íntimo (56,6%); la enfermedad de un pariente (40,8%) y la propia enfermedad del sujeto (37,7%).
- En cambio, un número elevado de sujetos declaró una serie de sucesos como aquellos que más les habían influido en su estado mental: el conflicto en el matrimonio (45,7%) y el desempleo (27%).

Los autores pudieron observar que el 18,7% del grupo de 27% de desempleados que declaraban tal situación como un suceso que les había influido en su estado mental intentó el suicidio después de aplicar un esfuerzo continuado en la consecución de un trabajo y no haberlo conseguido.

Borrell y Aria (1995) estudiaron la relación entre indicadores socio-económicos y niveles de mortandad en la ciudad de Barcelona. Pudieron descubrir de forma muy significativa que la interrelación de un alto índice de desempleo, un bajo nivel académico y disponer de un coche antiguo daban lugar a una pérdida de años potenciales de vida o a una disminución en las esperanzas de vida de un sujeto. Por el contrario, un uso elevado del teléfono y disponer de un coche prestigioso correlacionaba con un bajo índice de mortandad aumentando las esperanzas de vida. Borrell y Aria encontraron que estas correlaciones eran mayores en varones que en mujeres y más altas con la variable de nivel educacional.

Para Bay, Saunders y Wilson (1999) los sujetos que viven en situación de pobreza y que presentan bajos niveles académicos requieren con más necesidad los posibles ingresos hospitalarios que los sujetos empleados y de buen nivel educativo. No obstante, los autores notan que aunque el

desempleado es el tipo de usuario que más necesidad tiene de hacer uso de los servicios sanitarios, a la práctica lo utiliza menos de lo que realmente le hace falta. Por ejemplo, se dan más casos de mortandad perinatal en familias en que los padres se hallan desempleados (Lumey y Reijneveld, 1995). Bay, Saunders y Wilson (1999) asocian con una mortandad prematura (inferior a los 75 años) y con una alta correlación positiva a los sujetos étnicos desempleados, los sujetos de un menor nivel académico y los sujetos de raza negra. En cambio, los sujetos empleados y que gozan de un buen nivel académico tienden a vivir mucho más tiempo.

Para Welch (2001), el desempleo se contempla como un factor de riesgo importante en el origen de conductas suicida. A su vez, también identificó las siguientes características que definen al perfil del suicida: edad joven, sexo femenino, de estado civil célibe o de divorcio, haber experimentado un gran y reciente cambio en su vida, la presencia de algún trastorno mental y/o la experiencia de anteriores casos de intentos de suicidio.

En un artículo realizado por Davis y Schrueder (1990) definen los siguientes predictores sociodemográficos como indicadores de riesgo de suicidio:

- Vivir exclusivamente sólo,
- Estar desempleado,
- Sufrir una enfermedad física o trastorno mental (depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad y dependencia al alcohol son los trastornos más altamente asociados al suicidio).

Badawi, Eaton, Myllyluoma, Weimer y Gallo (1999) son también de opinión de que los sujetos de sexo masculino; desempleados; solteros, separados, divorciados o viudos y sin haber finalizado los estudios secundarios presentan una alta probabilidad de sucumbir a la muerte.

1.7.2. Red social.

Hibbard y Pope (1992) pudieron apreciar que el apoyo social en el trabajo es un factor protector contra los intentos de suicidio y puede constituir una variable que facilite la distinción en el riesgo de mortandad entre sujetos empleados y desempleados. A partir de un estudio efectuado en población femenina, se pudo constatar que existe un menor riesgo para el desarrollo de conductas de intentos de suicidio en mujeres empleadas que disfrutaban de un amplio círculo y apoyo social. En cambio, y aunque los resultados por los que los autores consiguieron no son concluyentes, el riesgo aumenta en mujeres desempleadas que presentaban una pobreza de relaciones interpersonales.

Según Magne-Ingvar, Ojehagen, Traskman-Bendz (1992) concluyen que sería positivo aplicar una evaluación de la red social, la cual sería parte íntegra del manejo clínico de las tentativas del suicidio. De la cual surgiría la base para plantear el tratamiento psiquiátrico o intervención adecuada. Para estas autoras, los empleados y los estudiantes mantienen relaciones personales más profundas que aquellos que se hallan en desempleo o en proceso de reorientación profesional -los cuales manifiestan una menor satisfacción en sus interacciones sociales-. El desarrollo de una pobre interacción social puede facilitar el aumento en el riesgo de aplicar intentos de conductas suicidas.

Según Bethune (1996), el disfrute de una ocupación laboral da lugar a un índice más bajo de mortandad para ambos sexos. En cambio, aquellos sujetos que se hallan en situación de búsqueda activa de trabajo, el índice de mortalidad es más alta. De esta manera, disponer de un empleo, de un hogar, de un cierto nivel educacional, estar integrado socialmente y disfrutar de apoyo social son variables que blindan o protegen al sujeto contra el suicidio (Chandrasena, Beddage, Fernando, 1991). Para Andrian (1996), el estado matrimonial y disfrutar de una ocupación disminuye la posibilidad de consumir el suicidio.

1.7.3. Intentos de suicidio.

Para Moesler, Rummler, Hoell y Lungershausen (1991), la proporción de suicidio consumado era más alta entre sujetos desempleados con un índice de probabilidad superior a 6 veces más que los sujetos empleados. Asimismo, los autores añaden que los intentos de suicidio también presentaban una alta probabilidad en sucederse en sujetos desempleados. En concreto, la proporción de estos intentos de suicidio son más consistentes entre desempleados a largo plazo (Platt y Kreitman, 1990).

Estudiando los casos de suicidio en una muestra de 508 sujetos, Van Heeringen (1994) pudo comprobar que tanto como los jóvenes de sexo masculino como los sujetos de mediana edad de ambos sexos que se hallan en desempleo presentan significativamente un riesgo aumentado en el desarrollo de conductas suicidas que los sujetos empleados. Aunque para Platt, Micciolo y Tansella (1992) y sobre la base del estudio que aplicaron sobre los índices de suicidio en Italia consideraron que mantener una relación entre el desempleo y el suicidio entre el sexo femenino no era convincente. Aprecian que existe una relación confirmada que las mujeres desempleadas presentaban más riesgo de consumir el suicidio que las mujeres empleadas pero que ese riesgo era generalmente bajo.

Revisiones posteriores aplicadas con el fin de analizar la epidemiología de los casos de suicidio sucedidos en Gran Bretaña, se pudo apreciar que los intentos de suicidio eran más altos en sujetos de baja clase social y en sujetos desempleados, presentando mayor riesgo en población femenina que en masculina (Platt, 1992).

Los casos de suicidio en mujeres desempleadas fueron abordados por Hawton, Fagg y Simkin (1988). En este caso, los índices de intentos de suicidio eran superiores en mujeres desempleadas –particularmente con más de 1 año en inactividad- que en mujeres empleadas. Muchos de los casos presentados,

presentaban antecedentes psiquiátricos previos o sumidas bajo los efectos del consumo habitual de alcohol (Hawton, Fagg, McKeown, 1989). Los autores plantean dos explicaciones a esta situación social:

- Las consecuencias secundarios derivadas de la situación propia de desempleo aumentan los riesgos de desarrollar intentos de conductas suicidas.
- Las mujeres con antecedentes psiquiátricos e intentos previos de suicidio presentaban una alta probabilidad de hallarse desempleadas.

Con el fin de comparar los perfiles clínicos y demográficos en casos de intentos de suicidio, Moore y Robertson (1999) pudieron distinguir dos tipos de grupo: un grupo de 51 sujetos con tentativas de suicidio por arma de fuego y un segundo grupo de 31 sujetos con tentativas de suicidio saltando desde una gran altura. Los sujetos con tendencias suicidas para el salto al vacío presentaban más tendencia a vivir solos, se hallaban en situación de desempleo y tenían una base de personalidad psicópata. En cambio, los que usaron armas de fuego solían ser de sexo masculino, con tendencia hacia el abuso al alcohol, con antecedentes penales y con un trastorno de personalidad antisocial o borderline.

Claussen (1998) planteó una investigación en la cual exploraba las ideaciones suicidas en desempleados noruegos de larga duración. Aplicó un diseño longitudinal explorando las ideaciones suicidas al cabo de 5 años más tarde. Se halló que las ideaciones suicidas se encontraron en un 6% de los sujetos que habían vuelto a ser reempleados y en un 22% de los sujetos desempleados. Los resultados obtenidos indican que la tendencia a manifestar y expresar ideaciones suicidas se halla relacionada con la situación de desempleo. Kjoller y Helweg-Larsen (2000) investigaron los casos de ideaciones suicidas y los intentos de suicidio en una muestra representativa de 1.362 sujetos de Dinamarca. Los autores vieron que la ideación suicida era más prevaleciente entre los jóvenes. Asimismo, pudieron apreciar que los casos de ideación suicida

y los intentos de suicidio eran más elevados entre las personas económicamente inactivas (desempleadas).

Según Morton (1993), la franja de edad de 35 a 64 años es la más vulnerable a los intentos múltiples de suicidio de las personas que se hallan en situación de desempleo. Asimismo, también son vulnerables a los intentos de suicidio los que presentan antecedentes de historias clínicas psiquiátricas (ya sean internos o enfermos ambulatorios).

Un estudio desarrollado en Noruega sobre 1.543 casos de intentos de suicidio durante el período de 1988 a 1993, Hjelmeland y Bjerke (1996) hallaron las siguientes características:

- la relación de intentos de suicidio era más alta en mujeres divorciadas y en hombres separados que en sujetos de otras condiciones matrimoniales,
- aunque la proporción de desempleo aumentó en la población en general, la proporción de intentos de suicidio en sujetos desempleados permanecía estable (ni aumentó ni disminuyó el índice de suicidios),
- comparado con los varones, las mujeres declararon más problemas familiares, presentaban más dificultades económicas, sufrían casos de violencia doméstica o de abuso sexual,
- los varones suelen caracterizarse por vivir solos, hallarse en desempleo, con alto nivel de consumo de alcohol, con dificultades económicas, haber sufrido previamente casos de abuso infantil e involucrado en casos delictivos,
- los jóvenes de ambos sexos se hallaban en situación de desempleo y a menudo en contacto con los servicios públicos de salud por motivos de consumo y abuso de sustancias adictivas,
- las jóvenes habían experimentado más problemas de carácter familiar y conductas suicidas entre familiares u amigos.

Lewis y Sloggett (1998) consideran muy importante la asociación entre el desempleo y suicidio sobre otras medidas socioeconómicas. Los resultados obtenidos en su investigación apoyan la idea de que el desempleo o la falta de seguridad en el trabajo aumenta el riesgo de suicidio. Curiosamente, los autores hallaron que los sujetos desempleados que no disponían de automóvil presentaban un riesgo aumentado para el suicidio. Consideran que toda intervención político-económico y social orientado hacia la reducción del paro también recaerá en la disminución de los índices de suicidio.

Szadoczky, Vitrai, Rihmer y Fueredi (2000) investigaron las tentativas de suicidio en Hungría y su relación con los trastornos de ansiedad y los trastorno afectivos. Pudieron establecer que el riesgo de suicidio estaba asociado en sujetos de sexo femenino, en sujetos que habían mantenido una previa relación matrimonial, en solteros y en sujetos desempleados o económicamente inactivo. Para los mismos autores, los trastornos que presentaban una alta probabilidad de tentativa de suicidio estaban relacionados con los trastornos distímicos y los trastornos bipolares.

1.7.4. Suicidio.

Los estudios sobre la relación desempleo-mortalidad han mostrado evidencias de una relación causal consistente. La relación parece seguir además una estrecha correspondencia gradual, es decir, conforme aumenta el período de inactividad laboral se incrementa el riesgo de mortalidad (Lavis, 1998). La relación es inversa si existen períodos cortos de desocupación. Lavis estudió la relación entre el desempleo y la mortalidad en 2.868 padres de familias a lo largo de 25 años y otra muestra de 2.676 sujetos a lo largo de 16 años. Cabe decir que a razón de los resultados que obtuvo, pudo apreciar que aquellos sujetos desempleados de sexo masculino o aquellos que mostraban un número alto de oportunidades de hallarse en situación de desempleo presentaban un

riesgo más alto de mortalidad que los sujetos empleados. Los sujetos que se hallaban en períodos más largos de desocupación se murieron antes que aquellos que experimentaron un período de desempleo más corto. Los varones que se hallaban en desempleo en el momento del estudio y que vivían en una zona de alto índice local de desempleo, tendieron a morir antes en comparación de los sujetos que se hallaban en activo o de aquellos sujetos inactivos que vivían en una zona de bajo índice local de desempleo.

En otro estudio de semejantes características realizado por Preti y Miotto (2000), investigaron si la condición de ser desempleado estaba asociado con el riesgo de suicidio en Italia. A juzgar por estos autores, éstos parten de la idea de que si pasar de la situación de actividad laboral a la de inactividad puede ser considerado como una agravante, entonces, el riesgo de suicidio no resulta ser de la misma proporción siendo empleado, que siendo desempleado buscando un nuevo trabajo y, a su vez, que siendo desempleado buscando el primer trabajo. En general, ellos consideran que la tasa de suicidio en el desempleado es evidente siendo superior al de los sujetos empleados. En cuanto a diferencias de sexos, añaden que el índice de suicidio es tres veces superior en hombres; mientras que, en mujeres la tasa es de dos veces superior. Existe un menor índice de suicidio entre sujetos empleados. Cuando se da lugar el despido, la mayoría de hombres parecen estar afectados por el cambio; mientras que las mujeres están sujetas a variaciones e influencias menos evidentes. Para Preti y Miotto, la situación de desempleo debe tenerse siempre en cuenta como un factor de riesgo para el suicidio aún siendo sintomático de un trastorno mental. Los autores añaden que las consecuencias potencialmente letales de su influencia negativa en la misma autoestima y en la habilidad de usar las redes sociales de una manera eficaz son elementos que deben prestar especial y cuidada atención.

Blumenthal, Bell, Neumann y Schuettler (1989) analizaron los índices de suicidio entre 258 pacientes psiquiátricos 5 años más tarde a su ingreso. Como grupo

control se utilizaron sujetos que no consumaron el suicidio al cabo de los 5 años de su ingreso hospitalario y sujetos cuya muerte fue causada por circunstancias naturales. Los datos que pudieron obtener indican que existe un índice de suicidio en sujetos desempleados o que presentaban un menor grado de motivación o satisfacción en el trabajo. Asimismo, también pudieron observar que existe una tendencia a manifestar una elevada psicopatología en sujetos suicidas aunque los resultados indican que la presencia del trastorno no puede considerarse como un predictor del suicidio.

Con el objetivo de examinar las características socio-demográficas y clínicas de los casos de suicidio en Paris, Lecomte y Fornes (1998) analizaron las necropsias y los resultados toxicológicos de 392 muertes de jóvenes recogidos por el Instituto de Medicina Forense de la capital francesa. Las características por las cuales llegaron a descubrir fueron las siguientes:

- 260 víctimas eran de sexo masculino (66%),
- la edad media de ambos sexos era de 22 años,
- 15% de las víctimas presentaban una edad inferior de 20 años,
- 40% de las víctimas eran estudiantes,
- 35% eran desempleados,
- 35% consumían psicofármacos ya que estaban bajo el cuidado de un profesional de la salud mental en el momento del suicidio (trastornos más frecuentes: depresión -70% de las víctimas-, esquizofrenia -10%-, trastornos antisociales de la personalidad, trastorno borderline de la personalidad, mala relación con la figura parental y factores estresantes),
- los casos de suicidio eran premeditados y raramente son el resultado de una reacción accidental a la situación estresante,
- en 40% de los casos, los padres se hallaban separados o divorciados,
- los métodos más frecuentes de suicidio eran: envenenamiento (tranquilizantes y/o psicofármacos), salto al vacío, por arma de fuego, saltar a las vías del metro o ahogamiento.

Los resultados de los casos que Lecomte y Fornes han descrito, hacen reparar la atención sobre las situaciones y el contexto en que se han dado lugar los suicidios. Puede apreciarse que muchas variables sociodemográficas de las ya mencionadas facilitan o se hallan las bases favorecedoras que facilitan un mayor nivel de probabilidad en que pueda ocurrir el suicidio.

Analizando las circunstancias de las muertes de 174 sujetos menores de 25 años a partir de la exploración de los archivos judiciales y médicos del Reino Unido, Hawton, Houston y Shepperd (1999) detallan que existen más casos de suicidio en individuos de baja clase social y en sujetos desempleados. Los métodos utilizados más frecuentemente para consumar el suicidio eran el ahorcamiento y el envenenamiento por monóxido de carbono.

Se estudiaron los casos de homicidios de dos capitales escandinavas (Copenhague y Oslo) durante un período de 10 años (1985-1994). La proporción más alta de víctimas pertenecía a sujetos que padecían de alcoholismo y los sujetos inactivos. Los motivos más frecuentes de consumación del homicidio eran por disputas familiares, dificultades económico-financieras o por celos (Hougen, Rodge y Poulsen, 1999). En la población de Auckland, se estudió los índices de suicidio a lo largo de nueve años (1989-1997). Se determinó que el suicidio era común afectando más a hombres jóvenes, los sujetos desempleados y los sujetos que sufrían de alguna enfermedad. La intervención de los profesionales de la salud mental favorecían el hecho de impedir el aumento de los índices de suicidio (Rose, Hatcher i Koelmeyer, 1999).

La dependencia al alcohol es un factor de riesgo para el suicidio. En general, se conocen los índices de suicidio debidas a esta causa por estar estrechamente asociado. Según Pirkola, Isometsa, Heikkinen y Lonqvist (2000) los casos que más habitualmente suelen estar relacionados con el suicidio son los jóvenes de sexo masculino que se hallan en situación de divorcio o separación y que, recientemente se hallaban desempleados. Los autores ofrecen la explicación de

que los sujetos que han experimentado recientemente sucesos desfavorables en sus vidas han dado lugar a la dependencia al alcohol con el pensamiento ilusorio de poder experimentar la situación como más “tolerable”. Es por ello que, probablemente han dado lugar a un consumo excesivo exponiéndose al riesgo de posible suicidio de forma inconsciente. Es probable que el consumo viciado del alcohol tenga una influencia negativa sobre el sujeto deteriorando todas las esferas de su vida personal y privada, sucumbiendo en un futuro suicidio.

No obstante, aunque Isacsson (2000) aprecia que, aunque su estudio no es conclusivo y que los datos obtenidos son discutibles, en un estudio que llevó a cabo pudo reparar que el consumo de alcohol y los índices de desempleo no correlacionaban con los índices de suicidio. Y, según considera Isacsson, parece que el consumo de antidepresivos es uno de los factores que contribuyen a la disminución de los índices de suicidio.

Se investigaron 274 casos de suicidio a lo largo de 35 años (desde 1951 hasta 1985) en el Condado de Olmsted (Minnesota). McAlpine, Panser, Swanson, O’Fallon, Melton (1990) describen que existe una mayor proporción de casos de suicidio en sujetos que se hallan en desempleo. Más de la mitad de los casos observados, las víctimas se hallaban solteras. Los métodos de suicidio más común eran las heridas de tiro para el caso de los varones y el envenenamiento para las mujeres.

Los estudios anteriores han encontrado la evidencia de que los índices de mortandad se hallan más elevados en el colectivo de sujetos desempleados que en el de empleados. Sin embargo, Martikainen y Valkonen (1996) consideran que la relación anteriormente mencionada puede resultar incierta teniendo en cuenta valores de desempleo nacional. Indagaron los índices de mortandad durante un período creciente de desempleo en población finlandesa. Los resultados a los cuales llegaron fueron que los índices de mortandad en ambos sexos desempleados por primera vez en 1990 eran bajos en un período en el

que el desempleo nacional era bajo. A su vez, los valores eran aún más bajos para aquellos que experimentaron el paro por primera vez en 1992 cuando la tasa de desempleo nacional era muy alta. Para Martikainen y Valkonen, la asociación entre el desempleo y la mortandad es débil. Morrell, Taylor, Quine, Kerr y Western (1999) tampoco encontraron ninguna relación entre los índices de mortandad y la experiencia de desempleo anterior, la longitud en el tiempo de la situación de inactividad laboral o el número de episodios de desempleo experimentado por el sujeto. Es decir, el desempleo muestra una relación incoherente con el suicidio (Crombie, 1990). Al contrario, Morrell, Taylor, Quine, Kerr y Western destacan la tendencia a la supervivencia entre varones jóvenes como consecuencia de no encontrar un trabajo ni ser estudiante.

1.7.5. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Mortalidad.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ANDRIAN, J. (1996). *“The Suicide in the prime of life: the current data”*. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales. 1996 Abr-Jun; 36(2): 171-200.
- BADAWI, MA; EATON, WW; MYLLYLUOMA, J; WEIMER, LG; GALLO, J. (1999). *“Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981-1996”*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 1999 Feb; 34(2): 91-8.
- BAY, KS; SAUNDERS, LD; WILSON, DR. (1999). *“Socio-economic risk factors and population-based regional allocation of healthcare funds”*. Health Services Management Research. 1999 May; 12(2): 79-91.
- BETHUNE, A. (1996). *“Economic activity and mortality of the 1981 Census cohort in the OPCS Longitudinal Study”*. Population Trends. 1996 Spring (83):37-42.
- BLUMENTHAL, S; BELL, V; NEUMANN, NU; SCHUETTLER, R; ET AL. (1989). *“Mortality and rate of suicide of first admission psychiatric patients: A 5-year follow-up of a prospective longitudinal study”*. Psychopathology. 1989 Jan-Feb; Vol 22(1): 50-56.
- BORRELL, C; ARIAS, A. (1995). *“Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain”*. Journal of epidemiology and community health. 1995 Oct; 49(5): 460-5.
- BUFFAT, J. (2000). *“Unemployment and health”*. Revue Medicale de la Suisse Romande. 2000 Abr; 120(4): 379-83.
- CHANDRASENA, R; BEDDAGE, V; FERNANDO, ML. (1991). *“Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada”*. The British Journal of Psychiatry; The Journal of Mental Science. 1991 Nov; 159: 707-9.
- CHROSTEK MAJ, J; POLEWKA, A; KROCH, S; MIKOLASZEK-BOBA, M; RACHEL, W; DATKA, W. (2001). *“Significance of subjective evaluation of life events as risk factors for predicting future suicide attempts”*. Przegląd Lekarski. 58(4):340-3, 2001.
- CLAUSSEN, B. (1998). *“Suicidal ideation among the long-term unemployed: a 5-year follow-up”*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998 Dec. 98(6):480-6.
- CROMBIE, IK. (1990). *“Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries?”*. International Journal of Epidemiology. 1990 Jun; 19(2): 412-6.
- DAVIS, AT; SCHRUEDER, C. (1990). *“The prediction of suicide [see comments]”*. The Medical Journal of Australia. 1990 Nov 5; 153(9): 552-4.
- DE MOORE, GM; ROBERTSON, AR. (1999). *“Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: a comparative study of survivors”*. American Journal of Psychiatry. 1999 Sep; 156(9): 1425-31.

1.7. Desempleo y Mortalidad.

- FERGUSSON, DM; HORWOOD, LJ; WOODWARD, LJ. (2001). *"Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection?"*. Social Science & Medicine. 53(3):305-20, 2001 Aug.
- FINNEY, JW; MOOS, RH. (1992). *"The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality"*. Journal of studies on alcohol. 1992 Mar; 53(2): 142-53.
- FOX, J. (1984). *"Jobless men "die earlier"*. Social Statistics Research Unit. City University. London.
- HAWTON, K; FAGG, J; McKEOWN, SP. (1989). *"Alcoholism, alcohol and attempted suicide"*. Alcohol and Alcoholism. 1989; Vol 24(1): 3-9.
- HAWTON, K; FAGG, J; SIMKIN, S. (1988). *"Female unemployment and attempted suicide"*. British Journal of Psychiatry. 1988 May; Vol 152: 632-637.
- HAWTON, K; HOUSTON, K; SHEPPERD, R. (1999). *"Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records"*. British Journal of Psychiatry. 1999 Sep. 175:271-6.
- HIBBARD, JH; POPE, CR. (1992). *"Women's employment, social support, and mortality"*. Women-and-Health. 1992; Vol 18(1): 119-133.
- HJELMELAND, H; BJERKE, T. (1996). *"Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway. General epidemiology and the psychological factors"*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 1996 Sep; 31(5): 272-83.
- HOUGEN, HP; RODGE, S; POULSEN, K. (1999). *"Homicide by firearms in two Scandinavian capitals"*. American Journal of Forensic Medicine & Pathology. 1999 Sep; 20(3): 293-9.
- ISACSSON, G. (2000). *"Suicide prevention: a medical breakthrough?"*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 102(2):113-7, 2000 Aug.
- IVERSEN, L. (1989). *"Unemployment and mortality"*. Stress Medicine. 1989 Apr-Jun; Vol 5(2): 85-92.
- JIN, RL; SHAH, CO; SVOBODA, TJ. (1995). *"The impact of unemployment on health: a review of the evidence [see comments]"*. CMAJ. 1995 Sep 1; 153(5): 529-40.
- KPOSOWA, AJ. (2001). *"Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study"*. Psychological Medicine. 2001 Jan; Vol 31(1): 127-138.
- KJOLLER, M; HELWEG-LARSEN, M. (2000). *"Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes"*. Scandinavian Journal of Public Health. 2000 Mar; 28(1): 54-61.
- LAVIS, J. (1998). *"Unemployment and mortality: a longitudinal study in the United States, 1968-1992"*. Hamilton: CHEPA, 1998. 33 p.
- LECOMTE, D; FORNES, P. (1998). *"Suicide among youth and young adults, 15 through 24 years of age. A report of 392 cases of Paris, 1989-1996. Journal of Forensic Sciences. 1998 Sep; 43(5): 964-8.*
- LEWIS, G; SLOGGETT, A. (1998). *"Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study [see comments]"*. BMJ. 1998 Nov 7; 317(7168): 1283-6.

- LUMEY, LH; REIJNEVELD, SA. (1995). "Perinatal mortality in a first generation immigrant population and its relation to unemployment in The Netherlands ". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1995 Oct; 49(5): 454-9.
- MAGNE INGVAR, U; OJHAGEN, A; TRASKMAN BENDZ, L. (1992). "The social network of people who attempt suicide". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992 Aug; 86(2): 153-8.
- MARTIKAINEN, PT; VALKONEN, T. (1996). "Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment [see comments]". *Lancet*. 1996 Oct 5; 348(9032): 909-12.
- McALPINE, DE; PANSER, LA, SWANSON, DW; O'FALLON, WM; MELTON, LJ. (1990). "Suicide in Olmsted County, Minnesota, 1951 through 1985 [see comments]". *Mayo-Clinic-proceedings*. 1990 Jan; 65(1): 13-22.
- MOESLER, TA, RUMMLER, W; HOELL, R; LUNGERSHAUSEN, E. (1991). "Correlation between suicidal actions and unemployment in the period between 1976 and 1985 in the municipal area of Nuernberg". *Psychiatria Danubina*. 1991; Vol 3(3): 322-325.
- MORRELL, SL; TAYLOR, RJ; KERR, CB. (1998). "Jobless. Unemployment and young people's health". *Medical Journal of Australia*. 1998 Mar 2; 168(5): 236-40.
- MORRELL, S; TAYLOR, R; QUINE, S; KERR, C; WESTERN, J. (1999). "A case-control study of employment status and mortality in a cohort of Australian youth". *Social Science & Medicine*. 1999 Aug; 49(3): 383-92.
- MORTON, MJ. (1993). "Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment". *The International Journal of Social Psychiatry*. 1993 Summer; 39(2): 87-99.
- MOSER, KA; FOX, AJ; JONES, DR. (1994). "Unemployment and mortality in the OPCS Longitudinal Study". Steptoe, Andrew (Ed); Wardle, Jane (Ed). (1994). *Psychosocial processes and health: A reader*. (pp. 12-24). New York, NY, US: Cambridge University Press; New York, NY, US: Cambridge University Press. xii, 525 pp. SEE BOOK.
- O'SHEA, B. (2000). "Self-harm and unemployment". *Hospital Medicine (London)*. 61(7):495-8, 2000 Jul.
- PIRKOLA, SP; ISOMETSA, ET; HEIKKINEN, I; LONNQVIST, JK. (2000). "Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population". *Alcohol & Alcoholism*. 2000 Ene; 35(1): 70-5.
- PLATT, S. (1992). "Epidemiology of suicide and parasuicide". *Journal of Psychopharmacology*. 1992; Vol 6(2), Suppl: 291-299.
- PLATT, S; KREITMAN, N. (1990). "Long term trends in parasuicide and unemployment in Edinburgh, 1968-87". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1990 Jan; Vol 25(1): 56-61.
- PLATT, S; MICCIOLO, R; TANSELLA, M. (1992). "Suicide and unemployment in Italy: Description, analysis and interpretation of recent trends". *Social Science and Medicine*. 1992 Jun; Vol 34(11): 1191-1201.

1.7. Desempleo y Mortalidad.

- POLEWKA, A; PACH, J; ZIEBA, A; CHROSTEK MAJ, J; KROCH, S; MIKOLASZEK-BBA, M; DATKA, W; RACHEL, W. (2001). "A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. I. Influence of socio-demographic factors". *Przegląd Lekarski*. 58(4):325-9, 2001.
- PRETI, A; MIOTTO, P. (1999). "Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1999 Nov; 53(11): 694-701.
- ROSE, J; HATCHER, S; KOELMEYER, T. (1999). "Suicide in Auckland 1989 at 1997". *New Zealand Medical Journal*. 1999 Aug 27. 112(1094):324-6.
- STEFANSSON, CG. "Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986". *Social-science-and-medicine*. 1991; 32(4): 419-23.
- SZADOCZKY, E; VITRAI, J; RIHMER, Z; FUEREDI, J. (2000). "Suicide attempts in the Hungarian adult population: Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders". *European-Psychiatry*. 2000 Sep; Vol 15(6): 343-347.
- VAN HEERINGEN, K. (1994). "Epidemiological aspects of attempted suicide: A case-control study in Gent, Belgium". *Crisis*. 1994; Vol 15(3): 116-122.
- WELCH, SS. (2001). "A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population". *Psychiatric Services*. 52(3):368-75, 2001 Mar.

1.8.- DESEMPLEO Y PATOLOGIA.

Muchos de los estudios existentes sobre el tema de la relación entre el desempleo y la manifestación patológica son de carácter transversal con lo que hace difícil poder concluir, a ciencia cierta, que el desempleo da lugar con total seguridad la manifestación de consecuencias patológicas o un precario estado de salud. Para ello, se ha de tener en cuenta el previo estado de salud en que el sujeto se halla en el momento de la pérdida de trabajo. No obstante, y a lo largo de los artículos que se dan a conocer en el presente estudio, puede vislumbrarse una relación significativa. Existen artículos que evidencian la relación entre ambas variables y, por tanto, la situación laboral de desempleo también puede recaer en la salud física de un sujeto.

La desocupación afecta en muchos aspectos de la vida y no es sorprendente que algunos de ellos aparezcan disfrazados manifestándose en los consultorios de medicina general (Fagin, 1984). Warr y Jackson (1984, 1985) ya encuentran que los sujetos de mediana edad presentan un mayor índice de estrés y presión financiera (en relación con los niveles de ingresos y las personas por la cuales dependen económicamente de ellos). Asimismo, estos autores hallaron que los sujetos de mediana edad presentaban una peor salud física manifestando patologías del tipo artrítico, dolores de espaldas, dermatosis, dolores de cabeza, úlceras, etc. Consideran que, el deterioro en la salud física se incrementa hasta los seis meses y que, a partir de entonces, se produce un efecto plataforma manteniéndose constante.

De nuevo, se puede decir que la manifestación sintomatológica puede ser muy variable en función del grado de vulnerabilidad y personalidad de base del sujeto (ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, base neurótica, etc...).

Por otra parte, utilizar verbalmente el término “desempleo” o “despido” bajo forma de amenaza por parte de un mando jerárquico superior contra un operario que se halla aún en actividad laboral o la situación misma de desempleo, puede

ser considerado como un factor que puede facilitar el desarrollo de posibles trastornos tanto físicos como psíquicos. De hecho, para Erikssen, Rognum y Jervel (1979) consideran que “el desempleo -o el temor al mismo- puede conducir a cambios fisiológicos que pueden tener efectos perjudiciales de larga duración” (en Álvaro, 1989).

Claussen (1993) relacionó el estilo de vida, morbosidad y la oportunidad de re-emplazo en una muestra representativa de personas desempleadas. Las características que observó fueron las siguientes:

- Las enfermedades eran más comunes en este grupo de población en comparación a los sujetos que se hallaban en activo (sobre todo en cuanto se refiere a trastornos musculares y trastornos mentales),
- El predominio de diagnósticos médicos era alto,
- El consumo de alcohol era más prevalente en desempleados de sexo masculino,
- La tensión arterial era más baja que la población activa,
- El colesterol era más alto en desempleadas de sexo femenino,
- Disponer de un diagnóstico médico reduce las oportunidades de reinserción laboral después de dos años,
- La relación salud-reinserción laboral puede explicar el espacio temporal que tardan en reincorporarse en el Mercado Laboral las personas desempleadas.

La conclusión por la cual Claussen llega es que la situación de desempleo de larga duración explica un estilo de vida alterado y que los profesionales de la salud deben ser conscientes de esta situación para el trabajo clínico que desarrollan en sus ámbitos laborales.

En otra investigación practicada al año siguiente por el mismo autor sobre una muestra de 291 sujetos desempleados de larga duración, se pretendió descubrir la tensión o ansiedad psicológica y bioquímica derivada de la vivencia de la situación. Claussen (1994) pudo descubrir que el desempleado manifestaba un nivel alto de dolor psicológico al primer examen. Pasado un segundo año y

estando el sujeto en activo, el dolor disminuyó. Estos resultados orientan a Claussen poder determinar la hipótesis de causalidad que explica que la situación de desempleo da lugar a la manifestación de dolor psicológico. En cambio, no apreció ninguna diferencia significativa en índices o valores biológicos entre desempleados y re-empleados.

Pese a todo, un estudio aplicado en una muestra de mujeres empleadas de Suecia, los riesgos de cáncer en general se han observado en trabajadores de jornada completa, trabajadores jóvenes, trabajadores urbanos y en trabajadores con unos ingresos socioeconómicos altos. Gridley, Nyren, Dosemeci, Moradi, Adami, Carroll y Zahm (1999) concretaron que específicamente existía un número elevado de cánceres de pulmón y de cánceres en los órganos sexuales reproductores (pecho, ovarios, endometrio y cerviz). Aunque para Selvin, Merrill, Erdmann, Blanco y Ragland (1998), la situación de desempleo es el indicador más potente que indica un alto riesgo en padecer un cáncer de pecho.

1.8.1. Trastornos cardiológicos y desempleo.

La presencia de una personalidad o un sistema nervioso hiper-reactivo es un factor subyacente en el desarrollo de una personalidad ansiosa y si un sistema nervioso hiper-reactivo es un factor subyacente en el desarrollo de la cardiopatía, entonces parece que la ansiedad crónica sería un marcador para el desarrollo de la cardiopatía; pero la ansiedad por si misma, no necesariamente jugará un rol causal en el desarrollo del trastorno cardíaco, el cual dependerá de factores asociados (en Friedman y Booth-Kewley, 1987).

Aunque los resultados obtenidos hacen evidenciar la relación entre las enfermedades cardiovasculares y las desigualdades sociodemográficas, aún se ha de investigar las relaciones causales que se establecen. Los síntomas de hipertensión se dan con gran frecuencia entre sujetos desempleados,

prevaleciendo más en sujetos de áreas urbanas que rurales y aumentando progresivamente sus síntomas conforme se avanza en edad (Ibrahim, 1996).

Para Andersen y Haraldsdottir (1993), la situación de bajo nivel de calidad de vida o bajo estatus social se relaciona con un riesgo más alto de sufrir enfermedades cardiovasculares. El número de anginas de pecho, de infartos y de claudicaciones intermitentes aumenta conforme con la edad siendo más incidente en hombre que en mujeres. Pero las condiciones en que suelen originarse son más probables en sujetos con un bajo nivel formativo, con un bajo nivel de ingresos económicos y en sujetos desempleados (Reeder, Liu y Horlick, 1996). De hecho, se ha encontrado que la inactividad física y un pobre funcionamiento del aparato cardiorrespiratorio se asocia con un riesgo aumentado para la expresión de enfermedades coronarias, hipertensión y diabetes mellitus. Cuando una situación de desempleo se cronifica pueden aparecer síntomas ansiosos relacionados con el funcionamiento cardiológico así como también un menor funcionamiento en general para el desarrollo de tareas (Weiss, 1997).

Lakka, Kauhanen y Salonen (1996) analizaron la cantidad de tiempo ociosa dedicada a la actividad física y al deporte y los índices máximos de inhalación de oxígeno en una muestra de 2.589 varones en edades comprendidas entre los 42 y los 60 años. Indicaron que los sujetos de mayor edad, los que vivían en ciudades, los que vivían solos, los oficinistas, los que presentaban un menor nivel educativo, los que disponían de menores ingresos económicos, los desempleados y los jubilados dedicaban un menor tiempo al deporte y unos índices bajos de inhalación de oxígeno. Según los datos obtenidos, los autores defienden que se debe prestar especial atención a las personas de más baja posición socio-económica para promocionar su salud en el desarrollo de actividades físicas y deportes.

En un estudio efectuado por Mattiasson, Lindgarde, Nilsson y Theorell (1990) evaluaron si la amenaza de desempleo afecta o aumenta el riesgo a padecer

enfermedad cardiovascular. Se observó que aquellos que padecían de alteración del sueño debido a la situación de desempleo manifestaban un aumento de concentraciones de colesterol en suero y que provocaba cambios en la tensión arterial dando lugar a los trastornos cardiovasculares.

Aplicando programas de rehabilitación cardíacas en una muestra de 128 pacientes (30 mujeres y 98 hombres) para aumentar sus capacidades de trabajo, Gysan, Heinzler y Schmidt (1999) pudieron establecer que:

- En 51 pacientes (81%) de los que ya trabajaban antes de ponerse enfermos, pudieron inmediatamente ser reinsertados en su ocupación anterior.
- En 7 pacientes (11%) solicitaron la pensión.
- Y en 5 pacientes (8%) permanecían desempleados.

No obstante, Evenson, Rosamond y Luepker (1998) pudieron apreciar de que existe una disparidad en el uso de los servicios de rehabilitación cardíacas en pacientes ambulatorios presentado una menor proporción entre mujeres, sujetos de tercera edad, sujetos de un bajo nivel educativo y desempleados. Los autores hallaron que cuando el nivel educativo aumenta, se incrementa el uso de los servicios sanitarios de rehabilitación.

En un estudio realizado por Fox (1984) en Gran Bretaña, se observó que en las mujeres cuyos maridos se habían quedado sin un trabajo remunerado, la causa principal del aumento de mortandad en ese sector de población eran las enfermedades del corazón.

1.8.2. Trastornos neumológicos y desempleo.

Pueden darse los casos de sujetos que debido a su situación socio-profesional puedan sufrir enfermedades y/o riesgos laborales con la posible exposición al despido. Son los posibles casos de asma profesional, una enfermedad pulmonar

profesional muy común, frecuentemente diagnosticada y con gran potencial al consiguiente desempleo (Axon, Beach y Burge, 1995).

Sibbald, Anderson y McGuigan (1992) estudiaron que el riesgo de desempleo era más alto cuando se encontraban con casos de trastornos respiratorios (asma o sibilancias) actuales o pasados en adultos jóvenes en comparación a sujetos que no presentaban tal sintomatología. La conclusión por la cual llegaron fue que el sufrimiento de trastornos respiratorios tiene sólo un pequeño efecto adverso en los adultos jóvenes en la consecución de un trabajo.

Las consecuencias psicológicas y sociales para los colectivos de sujetos que se exponen las enfermedades profesionales pueden ser preocupantes. El caso del colectivo de sujetos que desarrollan sus actividades laborales en la minería también puede ser un buen ejemplo: Friis, Carter y Edling (1998) estudiaron los problemas de salud entre mineros suecos un año después del desempleo. Apreciaron que incluso la situación de inactividad laboral puede ser positivo para mejorar la salud de este tipo de colectivo ya que cesa el riesgo a exponerse a situaciones profesionales potencialmente dañosas para el organismo. Pudieron observar que los operarios mineros presentaban un predominio significativamente más alto de síntomas asociados con la exposición de la mina (p. ej., expresión de dolor en extremidades superiores y trastornos respiratorios obstructivos -sibilancias, asma-) a diferencia de los mandos jerárquicos superiores. En referencia a su estado de desempleo y desde un punto de vista estadístico no se encontraron efectos negativos de gravedad en la salud de este colectivo derivados de su situación laboral, a excepción de los síntomas neuropsiquiátricos, los cuales solían ser más comunes entre los operarios mineros desempleados que los empleados de orden jerárquico superior.

Gassert, Hu, Kelsey y Christiani (1998) examinaron 55 casos de pacientes diagnosticados de asma derivado de ámbito profesional para evaluar el grado de gravedad y sus consecuencias laborales. Se pudo advertir que 26 casos

presentaban una sintomatología de una gravedad importante. 38 casos (69%) se hallaban desempleados, con un gran riesgo para la manifestación grave de la enfermedad y no presentaban un nivel educativo universitario. Los resultados obtenidos invitan a la reflexión de que el padecimiento de asma profesional incapacita al sujeto para el desarrollo de una actividad laboral. Según los autores, las mujeres, los operarios industriales, los sujetos que no han alcanzado un grado académico universitario y los que padecen de manera grave la patología se hallan expuestos a peores consecuencias para sus situaciones laborales.

En un estudio realizado en España, se examinó la relación entre los síntomas respiratorios, la función pulmonar y el uso de los servicios sanitarios con la situación de empleo. Kogevinas, Anto, Tobias, Alonso, Soriano, Almar, Muniozguren, Payo, Pereira y Sunyer (1998) analizaron una muestra total de 2.047 (179 sujetos desempleados y 1.868 sujetos empleados). Los autores de la investigación pudieron confirmar que el colectivo de desempleados presenta un más alto riesgo en padecer bronquitis crónica o los síntomas derivados de ella. En parte, este riesgo viene explicado por un aumento en el consumo de tabaco, por anteriores exposiciones laborales en ocupaciones de riesgo y/o por vivir en situación de precariedad. El uso de los servicios sanitarios viene a ser similar en ambos colectivos, aunque los profesionales sanitarios especialistas apreciaron que el contacto con el paciente desempleado es menos frecuente.

Paris, Diercks, Shiny, Zamora, Kesten, Scavuzzo y Paradis (1998) pretendieron observar los efectos de los procesos de rehabilitación social en 99 pacientes a quienes se les practicó un trasplante pulmonar (43 pacientes con trasplante unilateral y 56 pacientes con trasplante bilateral) y ver sus efectos en su reinserción laboral. Las estadísticas a las cuales llegaron fueron las siguientes:

- 22 sujetos (22%) fueron empleados,
- 38 sujetos (38%) estaban desempleados pero médicamente aptos para el trabajo,

- 29 sujetos (29%) no eran médicamente aptos para el trabajo (inválidos),
- 10 sujetos (10%) se habían retirado del Mercado Laboral.

Los autores de la investigación finalizan su artículo concluyendo que:

- Un 37% de los sujetos que eran físicamente aptos para el trabajo son comparables con sujetos destinatarios de otros tipos de trasplante de órganos.
- El haber conseguido un empleo no ha sido influido por el tipo de procedimiento de intervención de trasplante pulmonar (trasplante bilateral o unilateral de pulmones).
- Los factores sociales siguen siendo las dificultades que se pueden encontrar algunos destinatarios en la consecución de un empleo pero la ausencia de estas dificultades no garantizan el éxito en el proceso de búsqueda.

Para Hunt, Tart, Scruffy, Bute, Williams y Clavien (1996), los pacientes a quienes se les ha practicado recientemente un transplante suelen valorar su estado de salud como más pobre aunque sea valorada objetivamente como positiva. Siendo más baja la valoración subjetiva en pacientes desempleados.

1.8.3. Lesiones medulares y desempleo.

Schriner, Roessler y Johnson (1993) aplicaron una encuesta en 221 jóvenes afectados de Espina Bífida para medir sus inquietudes referentes al empleo y al Mercado Laboral en general. El 73% de los sujetos habían alcanzado los estudios secundarios y el 48% de la muestra se hallaba en desempleo. Los sujetos consideraron que los factores que facilitan el conseguir y mantener un empleo es el mantener la autoconfianza en la habilidad para trabajar, la estimulación de los otros y el apoyo social percibido para mantener el autodominio. Por el contrario, un bajo estado de salud, los efectos de la discriminación social, una bajo nivel académico y una falta de planificación en la

rehabilitación laboral son los principales problemas con que se encuentra este grupo de población para insertarse laboralmente.

Krause y Anson (1996) investigaron los tipos de creencias que presentaban en referencia a su estado de empleo 231 sujetos desempleados que sufrían lesiones medulares. La mayoría de sujetos atribuyeron su estado de desempleo a la limitaciones físicas causadas por la lesión medular. Los autores pudieron apreciar que los varones atribuían a los factores físicos como la causa de su desempleo, en cambio, las mujeres atribuían a las razones familiares sus dificultades en materia de inserción laboral.

El rechazo o la negación de la posibilidad al trabajo tiene un gran componente emocional de carácter negativo sobre el sujeto que padece de alguna limitación física o enfermedad. Las tensiones, ansiedades y depresiones se presentan significativamente en sujetos involuntariamente desempleados debidos a su incapacidad física (Magid y Golomb, 1989). Lo cual puede afectar en su sentimiento de autoestima, autoeficacia y autoconcepto.

1.8.4. Trastornos musculares y desempleo.

Eggers y Zatz (1998) analizaron la adaptación social en varones adultos con distrofia muscular progresiva (miopatía). Pudieron percatarse que el trastorno afecta con altos índices en las relaciones sociales y entre los desempleados interesados en querer trabajar originando aislamiento social. Para este tipo de colectivo es necesario abordar su situación con apoyo emocional y la ayuda social y legal necesaria.

El síndrome de fatiga crónica o fibromialgias hace aumentar el número de visitas en los centros sanitarios. Presentan un grado de invalidez personal y profesional considerable causando bajas laborables (Bombardero y Buchwald, 1996). Las personas que sufren de fibromialgias presentan serias limitaciones

físicas que dificultan la habilidad de mantener un empleo o la estabilidad de este (Kurtze, Gundersen y Svebak, 2001).

1.8.5. Trastornos diabéticos y desempleo.

Las personas que padecen de diabetes se asocian con los indicadores de una clase social baja y una alta probabilidad de situarse en desempleo (Gulliford y Mahabir, 1998). En un estudio planteado por Pinhey, Heathcote y Craig (1997) en el que se investigaba características sociodemográficas, físicas y psicosociales en pacientes diabéticos, se determinó que tanto los varones como las mujeres acostumbran a presentar estudios primarios, son desempleados y con escasos recursos económicos. Ambos sexos presentaban predisposición hacia la hipertensión aunque los varones tenían unas más altas probabilidades en sufrir trastornos cardíacos y evaluar mal su estado de salud.

Las mismas variables sociodemográficas se encontró en un estudio de características similares. En este caso, Baker, Watkins, Wilson, Bazargan y Flower (1998) pretendieron evaluar las características sociodemográficas y clínicas en pacientes diabéticos y que recientemente habían visitado una clínica oftalmológica. Al mismo tiempo, se determinaba la severidad en la gravedad ocular en este tipo de población y la evaluación de los métodos preventivos y de vigilancia en materia de salud ocular. De 118 pacientes evaluados, el 46% presentaban un bajo nivel educativo (educación primaria o sin estudios); 91% eran desempleados y el 64% no disponían de seguro de salud.

Se estudió la relación de medidores de exclusión social e índice de mortandad en sujetos con diabetes mellitus (Robinson, Lloyd y Stevens, 1998). De una muestra de 2.104 sujetos, se pudo observar que los índices de mortandad eran más altos en sexo masculino; en sujetos de clase social baja; en sujetos que abandonaron la escuela a una edad inferior de los 16 años; en sujetos desempleados. Los resultados mostrados en el estudio sugieren que existen

indicadores de exclusión social que presentan potencial para predecir los índices de mortandad y el estado de salud de las personas con diabetes.

1.8.6. SIDA y desempleo.

Vitry-Henry, Penalba, Beguinot y Deschamps (1999) analizaron a 55 sujetos empleados y 45 desempleados diagnosticadas de SIDA y cabe decir que el descubrimiento de la enfermedad por los compañeros de trabajo o por los directores de la empresa parece no tener consecuencias laborales. En cambio, los motivos principales por los cuales los sujetos seropositivos del virus del SIDA abandonaban sus puestos de trabajo eran psicológicos y no por su sintomatología física.

Gómez, Fernández y Hunter (1997) describieron las características demográficas, clínicas, inmunológicos y el desarrollo de conductas de riesgo de puertorriqueños infectados de SIDA consumidores de sustancias. Pudieron determinar -entre otras variables- que generalmente eran varones, de bajo nivel educativo, con una edad que oscilaba entre los 27 y los 36 años y la mayoría eran desempleados.

En personas contagiadas del virus del SIDA, la expresión de síntomas depresivos es inevitable. En otro estudio, se investigaron 475 sujetos que sufrían de la mencionada enfermedad, de los cuales 176 se les diagnosticó la comorbilidad del trastorno depresivo. Se pudo relacionar que la manifestación de los síntomas depresivos era significativamente debida por la expresión de los síntomas propios de la enfermedad del SIDA, por recibir un pobre apoyo social y los sujetos quienes se hallaban en situación de desempleo. Katz, Douglas, Bolan, Marx, Sweat, Park y Buchbinder (1996) defienden la necesidad de intervenir con especial atención los sujetos infectados de SIDA que padecen, además, del trastorno depresivo.

Para investigar cómo son vividos y experimentados los síntomas del SIDA, se escogió una muestra de 44 mujeres enfermas de SIDA de una clínica de Los Angeles, desempleadas, de raza negra –en su mayoría- y de bajo nivel socio-

económico. Casi la totalidad de pacientes (98% de las pacientes) expresaban la fatiga como el peor síntoma. En los considerados “peores días” manifestaban sentirse físicamente enfermas y con bajo estado de ánimo o humor. En cambio, en los considerados “mejores días” expresaban sentirse más activas, físicamente más saludables y con un estado de ánimo positivo (Van Servellen, Scabies y Jablonski, 1998).

Smith, Feldman, Kelly, Dehovitz, Chirgwin y Minkoff (1996) se propusieron estudiar la calidad de vida de 202 mujeres infectadas del virus del SIDA. Las personas de mediana edad, los desempleados y los sujetos que consumían sustancias vía venal presentaban un nivel inferior de calidad de vida en comparación de los que eran más jóvenes, empleados o quienes no tenía antecedentes de abuso de drogas.

1.8.7. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Patología.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ANDERSEN, LB; HARALDSDOTTIR, J. (1993). *“Tracking of cardiovascular disease risk factors including maximal oxygen uptake and physical activity from late teenage to adulthood. An 8-year follow-up study”*. Journal of Internal Medicine. 1993 Sep; 234(3): 309-15.
- AXON, EJ; BEACH, JR; BURGE, PS. (1995). *“A comparison of some of the characteristics of patients with occupational and non-occupational asthma”*. Occupational-medicine. 1995 Apr; 45(2): 109-11.
- BAKER, RS; WATKINS, NL; WILSON, MR; BAZARGAN, M; FLOWER, CW Jr. (1998). *“Demographic and clinical characteristics of patients with diabetes presenting to an urban public hospital ophthalmology clinic”*. Ophthalmology. 1998 Aug; 105(8): 1373-9.
- BOMBARDIER, CH; BUCHWALD, D. (1996). *“Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromalgia. Disability and health-care”*. Medical Care. 1996 Sep; 34(9): 924-30.
- CLAUSSEN, B. (1993). *“A clinical follow up of unemployed. II: Sociomedical evaluations as predictors of re-employment”*. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 1993 Dec; 11(4): 234-40.
- CLAUSSEN, B. (1994). *“Psychologically and biochemically assessed stress in a follow-up study of long-term unemployed”*. Work and Stress. 1994 Jan-Mar; Vol 8(1): 4-18.
- EGGERS, S; ZATZ, M. (1998). *“Social adjustment in adult males affected with progressive muscular dystrophy”*. American Journal of Medical Genetics. 1998 Feb 7; 81(1): 4-12.
- EVENSON, KR; ROSAMOND, WD; LUEPKER, RV. (1998). *“Predictors of outpatient cardiac rehabilitation utilization: the Minnesota Heart Surgery Registry”*. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 1998 May-Jun; 18(3): 192-8.
- ERIKSSON, J; ROGNUM, T; JERVEL, J. (1979). *“Unemployment and health”*. The Lancet, 2, 1189.
- FAGIN, L. (1984). *“Aspectes físics i psicològics de la desocupació”*. En *“Atur i Salut”* (Compilación de las aportaciones al Seminario organizado en 1983). Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- FOX, J. (1984). *“Jobless men “die earlier”*. Social Statistics Research Unit. City University. London.
- FRIEDMAN, HS; BOOTH-KEWLEY, S. (1987). *“Disease-Prone personality. A meta-analytic view of the construct”*. American Psychologist, 42(6), 539-555.
- FRIIS, L; CARTER, N; EDLING, C. (1998). *“Self-reported health problems among Swedish miners one year after unemployment”*. Occupational Medicine (Oxford). 1998 Jul. 48(5):297-301.
- GASSERT, TH; HU, H; KELSEY, KT; CHRISTIANI, AD. (1998). *“Long-term health and employment outcomes of occupational asthma and their determinants”*. Journal of occupational & Environmental Medicine. 1998 May; 40(5): 481-91.

1.8. Desempleo y Patología.

- GULLIFORD, MC; MAHABIR, D. (1998). "Social inequalities in morbidity from diabetes mellitus in public primary care clinics in Trinidad and Tobago". *Social Science & Medicine*. 1998 Jan; 46(1): 137-44.
- GÓMEZ, MA; FERNÁNDEZ, DM; HUNTER, R. (1997). "Psycho social and clinical spectrum of HIV/AIDS injecting drug users in Bayamon, Puerto Rico". *Cellular & Molecular-Biology*. 1997 Nov; 43(7): 1145-52.
- GRIDLEY, G; NYREN, O; DOSEMECI, M; MORADI, T; ADAMI, HO; CARROLL, L; ZAHM, SH. (1999). "Is there a healthy worker effect for cancer incidence among women in Sweden?". *American Journal of Industrial Medicine*. 1999 Jul; 36(1): 193-9.
- HUNT, CM; TART, JS; DOWDY, E; BUTE, BP; WILLIAMS, DM; CLAVIEN, PA. (1996). "Effect of orthotopic liver transplantation on employment and health status". *Liver Transplantation & Surgery*. 1996 Mar; 2(2): 148-53.
- IBRAHIM, MM. (1996). "The Egyptian National Hypertension Project (NHP): preliminary results". *Journal of Human Hypertension*. 1996 Feb; 10 Suppl 1: S39-41.
- KATZ, MH; DOUGLAS, JM Jr; BOLAN, GA; MARX, R; SWEAT, M; PARK, MS; BUCHBINDER, SP. (1996). "Depression and use of mental health services among HIV-infected men". *AIDS Care*. 1996 Aug; 8(4): 433-42.
- KOGEVINAS, M; ANTO, JM; TOBIAS, A; ALONSO, J; SORIANO, J; ALMAR, E; MUNIOZGUREN, N; PAYO, F; PEREIRA, A; SUNYER, J. (1998). "Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey". *European Respiratory Journal*. 1998 Jun. 11(6):1363-8.
- KRAUSE, JS; ANSON, CA. (1996). "Self-perceived reasons for unemployment cited by persons with spinal cord injury: Relationship to gender, race, age and level of injury". *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 1996 Mar; Vol 39(3): 217-227.
- KURTZE, N; GUNDERSEN, KT; SVEBAK, S. (2001). "The impact of perceived physical dysfunction, health-related habits, and affective symptoms on employment status among fibromyalgia support group members". *Journal of Musculoskeletal Pain*. 2001; Vol 9(2): 39-53.
- LAKKA, TA; KAUKHANEN, J; SALONEN, JT. (1996). "Conditioning leisure time physical activity and cardiorespiratory fitness in sociodemographic groups of middle-ages men in eastern Finland". *International Journal of Epidemiology*. 1996 Feb; 25(1): 86-93.
- MAGID, DM; GOLOMB, H. (1989). "Effect of employment on coping with chronic illness among patients with hairy cell leukaemia". *Journal-of-Psychosocial-Oncology*. 1989; Vol 7(1-2): 1-17.
- MATTIASSON, I; LINDGARDE, F; NILSSON, JA; THEORELL, T. (1990). "Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy". *BMJ*. 1990 Sep 8; 301(6750): 461-6.
- PARIS, W; DIERCKS, M; BRIGHT, J; ZAMORA, M; KESTEN, S; SCAVUZZO, M; PARADIS, I. (1998). "Return to work after lung transplant". *Journal of Heart & Lung Transplantation*. 1998 Apr. 17(4):430-6.
- PINHEY, TK, HEATHCOTE, GM; CRAIG, UK. (1997). "Health status of diabetic persons in an Asian-Pacific population: evidence from Guam". *Ethnicity & Disease*. 1997 Winter. 7(1):65-71.

- REEDER, BA; LIU, L; HORLICK, L. (1996). "*Sociodemographic variation in the prevalence of cardiovascular disease*". Canadian Journal of Cardiology. 1996 Mar; 12(3): 271-7.
- ROBINSON, N; LLOYD, CE; STEVENS, LK. (1998). "Social deprivation and mortality in adults with diabetes mellitus [see comments]". Diabetic Medicine. 1998 Mar. 15(3):205-12.
- SELVIN, S; MERRILL, DW; ERDMANN, C; WHITE, M; RAGLAND, K. (1998). "*Breast cancer detection: maps of 2 San Francisco Bay area counties*". American Journal of Public Health. 1998 Aug; 88(8): 1186-92.
- SIBBALD, B; ANDERSON, HR; McGUIGAN, S. (1992). "*Asthma and employment in young adults*". Thorax. 1992 Jan; 47(1): 19-24.
- SCHRINER, KF; ROESSLER, RT; JOHNSON, P. (1993). "*Identifying the employment concerns of people with spina bifida*". Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 1993 Sum; Vol 24(2): 32-37.
- SMITH, MY; FELDMAN, J; KELLY, P; DeHOVITZ, JA; CHIRGWIN, K; MINKOFF, H. (1996). "*Health-related quality of life of HIV-infected women: evidence for the reliability, validity and responsiveness of the Medical Outcomes Study Short-Form 20*". Quality of Life Research. 1996 Feb; 5(1): 47-55.
- VAN SERVELLEN, G; SARNA, L; JABLONSKI, KJ. (1998). "*Women with HIV: living with symptoms*". Western Journal Nursing Head. 1998 Aug; 20(4): 448-64.
- VITRY-HENRY, L; PENALBA, C; BEGUINOT, I; DESCHAMPS, F. (1999). "*Relationships between work and HIV/AIDS status*". Occupational Medicine (Oxford). 1999 Feb. 49(2):115-6.
- WARR, P; JACKSON, PR. (1984). "*Men without jobs: Some correlates of age and length of unemployment*". Journal of Occupational Psychology, 57, 77-85.
- WARR, P; JACKSON, PR. (1985). "*Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and re-employment*". Psychological Medicine, 15, 795-807.
- WEISS, LJ. (1997). "*Acute and chronic stress: The mediating effects of loss of control*". Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1997 Nov; Vol 58(5-B): 2756.

1.9.- DESEMPLEO Y PSICOLOGÍA SOCIAL.

Según Ingle (1999), la mayoría de la gente empleada cambiará de trabajo de seis a nueve veces a lo largo de sus vidas activas. Y que la pérdida involuntaria del trabajo es un suceso importante en la vida de un sujeto que cualquier trabajador debe considerar como una posibilidad que puede materializarse y darse efecto. La pérdida involuntaria del trabajo no es un fenómeno “encapsulado” y reducido a lo mínimo sino que se trata de un evento que repercute en múltiples esferas de la vida de cualquier sujeto. Una situación de inseguridad en el trabajo se asocia con ser un factor originador de estrés y con un bajo estado de bienestar mental (De Witte, 1999).

La situación de desempleo e inactividad laboral origina problemas de carácter familiar (presencia de conflictos intrafamiliar e interfamiliar), social (disminución de contactos sociales), provoca tensión psicológica y emocional (pérdida de rol laboral, baja autoestima) y pérdidas financieras (Price, 1992; Triegaardt, 1993). En general, el desempleado es mucho menos feliz que el empleado con independencia de su nivel de ingresos; y, un nivel de ingresos económicos se encuentra asociado con niveles más altos de felicidad (Frey y Stutzer, 2000).

Los procesos psicosociológicos que pueden originarse debido a la pérdida de empleo o en proceso de búsqueda activa son muy variados y diferentes en función de cómo se percibe la situación. Los individuos pueden reaccionar al desempleo de maneras diferentes (Kokko y Pulkkinen, 1998). Durante la fase de búsqueda activa de trabajo se dan fluctuaciones emocionales que pueden ser positivas o negativas, siendo éstas últimas las que tienen potencial para reducir la confianza en uno mismo (Borgen, Hatch y Amundson, 1990). En períodos largos de desempleo y cuando se producen pérdidas económicas importantes varían las características de personalidad (Kirchler y Kirchler, 1989). La experiencia psicológica del desempleado se encuentra condicionada por

variables estresores ambientales y por los rasgos de personalidad del sujeto, en concreto, en el grado de rasgo de neuroticismo existente (Payne, 1988). Según se experimente las situaciones, la pérdida de trabajo despierta muchas emociones negativas como la disminución o pérdida de autoestima; en otras situaciones, el sujeto puede mostrar sentimientos defensivos, resignándose y escondiendo su angustia (Ytterdahl, 1999).

En general, los sujetos desempleados suelen informar un nivel pobre de funcionamiento o de actividad en comparación con los sujetos empleados o los mismos estudiantes (Jackson, 1999). Asimismo, suelen mostrar desconfianza ante el Gobierno o hacia el personal que desarrolla sus actividades profesionales de la Administración Pública y las personas en general (Plunkett, 1995).

Por otra parte, los sujetos empleados acostumbran a informar un nivel más alto de calidad de vida que los desempleados (Eggleton, Robertson, Ryan y Kober, 1999). Los fenómenos que se suceden debido a la pérdida de un trabajo pueden evidenciarse en el ámbito personal como en el ámbito familiar o social. Se tratan de entornos muy cercanos en la vida de un sujeto y en los que los procesos psicosociales se evidencian manifestándose bajo la forma de la comparación social, la reducción de la disonancia cognitiva, procesos de indefensión aprendida, el papel y desempeño del rol,... Los procesos psicosociales se suelen expresar conductual y psicológicamente manifestando tensión, verbalizando una situación de desesperanza, niveles altos de incertidumbre acerca del futuro, menor satisfacción por placeres que antes se disfrutaba, menor nivel de calidad de vida. No obstante, la reacción individual ante el desempleo puede ser muy variada dependiendo del grado de vulnerabilidad: mientras que para unos el desempleo significa una pérdida de la autoestima; para otros, supone una situación en la que se debe mantener y salvar la autoestima como mecanismo o respuesta defensiva para no decaer y conseguir un puesto de trabajo más eficazmente. Una autoestima en alza facilita que un sujeto pueda hallar un

empleo ya que éste aumenta cuando se encuentran un trabajo mientras que disminuye cuando se da lugar la pérdida de empleo. Una baja autoestima puede ser una variable que puede predisponer la dificultad de hallar un empleo o a ser más flexibles en aceptar empleos con un menor nivel de retribución al cualificado en función al grado académico y/o profesional del desempleado (Boas, 1986). Los sujetos que presentan habilidades sociales más altos, un nivel aceptable de autoestima, así como un alto nivel académico y períodos más cortos de desempleo son los que presentan una alta probabilidad de emplearse de nuevo (Creed, 1999).

1.9.1. Apoyo y red social.

Tressera (1991) entiende por apoyo emocional la información consistente en hacer saber a una persona que se la valora, aprecia y acepta por sí misma, a pesar de que pueda encontrarse en dificultades o cometer errores. Asimismo, también considera que el apoyo social ha de contemplar una serie de criterios: el número de contactos sociales, el número de amistades y familiares y frecuencia de contactos con ellos, pertenencia a organizaciones, la integración en el grupo, la calidad de las relaciones, el grado de participación, el grado de implicación (en Ortega-Monasterio, 1993). Compartir la experiencia o la problemática e intercambiar impresiones apacigua la sensación de angustia reduciendo la ansiedad siendo relativamente estable en el tiempo. En el apoyo social, la persona o el grupo que lo otorga cobra importancia, de tal manera que ante una crisis o enfermedad que afecte la actividad laboral tendrán gran valor la comprensión y las actitudes alentadoras que provengan de los propios compañeros de trabajo y muy especialmente de los superiores jerárquicos (Ortega-Monasterio, 1993).

La conclusión a la cual llegaron Stansfeld, Gallacher, Sharp y Yarnell (1991) fue que el apoyo social es considerado como un factor *amortiguante* contra el riesgo

de padecer algún tipo de desequilibrio o trastorno mental. Asimismo, observaron que las proporciones de desorden psiquiátrico menor eran más altas en personas divorciadas y viudas. Los hombres sin contacto sociales disponibles presentaban posibilidades más altas de riesgo que aquellos que disfrutaban de un círculo social amplio. Contar con personas en quienes confiar y con las que poder hablar, personas que pueden ofrecernos consuelo, ayuda y consejo, nos protege del impacto letal de los traumas y los contratiempos de la vida (Goleman, 1998).

Para Jackson (1999), una dedicación a jornada completa en el mundo académico y/o un buen nivel y preparación formativa amortigua parcialmente las consecuencias psicológicas negativas de la situación de desempleo cuando las oportunidades de conseguir un empleo se encuentran ausentes. Si el sujeto cuenta con una buena red social que le pueda permitir apoyarse en él, presentará más oportunidades de inserción o reinserción laboral. De esta manera, el apoyo social que el desempleado pueda disponer es un factor protector o amortiguante contra cualquier eventual proceso perjudicial contra la salud mental. El apoyo social es un importante factor moderador en el enfrentamiento de sucesos vitales que provocan estrés. Los efectos son positivos en la salud mental de desempleado si el apoyo social se ofrece inmediatamente después de que se produce la pérdida de trabajo (Shams, 1993). Un apoyo social insuficiente y una pobre situación económica agravan la salud mental del desempleado (Viinamaeki, Koskela, Niskanen y Arnkill, 1993). El tamaño de la red social y el número de conductas favorables y beneficiosas para el sujeto contribuye positivamente en la satisfacción del nivel de calidad de apoyo social percibido (Siegert, Chung y Taylor, 1990). Retherford, Hildreth y Goldsmith (1988) creen que más que el apoyo económico, se ofrece más apoyo emocional en el círculo social en el que se encuentra el desempleado.

Las respuestas individuales ante el paro laboral pueden ser muy variadas en función de las características de personalidad y de variables contextuales o

ambientales. Cassidy (1994) analizó una muestra compuesta por 181 recién graduados (88 empleados y 93 desempleados). Cassidy pudo apreciar que los sujetos que recientemente finalizaron sus estudios superiores abordaban el problema del desempleo de manera más positiva, manifestaban una más alta motivación para la consecución del logro, percibieron una mayor apoyo social, comprometidos en más actividades de ocio, expresaron más asertividad y se sintieron menos desesperados que el grupo de sujetos empleados. Estas características han de considerarse desde el punto de vista del tipo de trabajo ocupado por el grupo empleado con quien se establece la comparación. Los resultados obtenidos por el autor sugieren que la ocupación de un trabajo que no reúne las expectativas o aspiraciones del sujeto tiene gran potencial para dañar a corto plazo la salud mental.

Con relación al apoyo social, Kieselbach (1989) considera oportuno definir que los efectos del desempleo se explican a partir de la creencia de que la persona desempleada, al disfrutar de un apoyo emocional del grupo social más inmediato o lejano, se ve a sí misma como parte de un grupo de referencia valorado de forma positiva. De esta manera, “el sentimiento de ser respetado como un amigo o miembro de un grupo social que no se encuentra estigmatizado por el hecho de estar sin trabajo, hace posible que la persona desempleada cambie la percepción que tenía de sí misma y se pueda enfrentar a las tendencias de desorientación social inducidas por el desempleo”. Recibir un apoyo social positivo durante los procesos de búsqueda activa de trabajo se relaciona significativamente con la intensidad con que se aplica este tipo de comportamiento (Rife y Belcher, 1993).

El apoyo social que se puede brindar al que sufre de los efectos del desempleo puede ser beneficioso ya que amortigua las consecuencias negativas psicológicas (estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad) o físicas (o psicósomáticas). El apoyo social modera el impacto del desempleo modificando la severidad de las respuestas tanto psicológicas como de salud relacionadas

con la inactividad laboral (Gore, 1978). Asimismo, también influye en que facilita el origen de respuestas conductuales de adaptación a la circunstancia de inactividad laboral y así enfrentarse al entorno. Proporciona recursos y ayuda a redefinir la situación perjudicial de una manera más confortable reforzando la habilidad de enfrentamiento.

En la Tesis Doctoral de José Luis Álvaro Estramiana se contempló el efecto moderador del apoyo social sobre población inactiva. Tal situación es considerada como un suceso vital que puede facilitar el origen de estrés para quienes lo sufren. La hipótesis con la cual trabajó era que las personas desempleadas que declaran sentirse apoyadas por la familia y los amigos tendrán un menor nivel de deterioro psicológico, se sentirán menos deprimidas y su nivel de satisfacción ante la vida será mayor. La conclusión ante la hipótesis planteada fue que existe un mayor nivel de deterioro en el bienestar de los desempleados que disponen de un menor grado de apoyo social (Álvaro, 1989). En el caso de jóvenes recién graduados de la universidad, el apoyo social de los padres y del compañero está asociado con una autoestima más alta (Lackovic-Grgin, Dekovic, Milosavljevic, Cvek-Soric y Opacic, 1996).

1.9.1.1. Apoyo social y circulo de amistades

Auslander (1988) ofrece importancia en la calidad de la red social en relación al estado de salud del sujeto desempleado radica en los contactos más cercanos (amigos íntimos y parientes). Para Hammer (1993), el apoyo social ofrecido por los amigos íntimos tiene un efecto moderador en la sintomatología ansiosa de las mujeres pero es inexistente en hombres.

Rife y Belcher (1993) notaron que el apoyo social y los mensajes proporcionados por los amigos suelen ser más positivos que los efectuados por los familiares.

1.9.1.2. Apoyo social y relación de pareja.

Un elemento preventivo contra el deterioro mental es la situación actual de casado debido al apoyo social que ejerce la pareja en la figura desempleada. Los sujetos desempleados en situación de divorcio o separados presentan un mayor riesgo de padecer de depresión (Price, 1992; Jones-Webb y Snowden, 1993). Bleich y Witte (1992) pudieron apreciar que existen cambios en la relación de la pareja durante el desempleo del compañero masculino manifestándose en dificultades de adaptación y de cohesión en las relaciones de parejas.

Walsh y Jackson (1995) estudiaron el apoyo social que brinda el compañero hacia su pareja en una muestra de 75 mujeres desempleadas. Las mujeres informaron de un bajo nivel de calidad en lo que se refiere a la ayuda y apoyo social de la pareja. Indicaron que ante la falta de apoyo por parte del compañero, la percepción en cuanto a la severidad de la problemática es más alta lo que hace necesario la ayuda de personas de fuera de la familia.

1.9.1.3. Ataque social.

No obstante, el apoyo social se ha de considerar en todos sus efectos. Vinokur, Price y Caplan (1996) relacionaron las variables de desempleo, tensión financiera, depresión y nivel de satisfacción en la pareja. Descubrieron que la tensión financiera como consecuencia directa a los efectos del desempleo daba lugar a efectos significativos en la manifestación de síntomas depresivos de ambos. A su vez, esta situación da lugar a que la pareja retirase el apoyo social aumentando la situación angustiante de quien sufre los efectos del paro. Reduciendo la ayuda y aumentando las conductas discordantes presentaba

efectos contraproducentes adicionales en los niveles de satisfacción de la pareja y en la manifestación de síntomas depresivos.

Roberts, Pearson, Madeley, Handford y Magowan (1997) aplicaron una investigación parecida a la de Vinokur, Price y Caplan. En este caso estudiaron una muestra de 6.987 sujetos (689 de los cuales se hallaban desempleados). En general, los autores descubrieron que existe un nivel de calidad pobre en cuanto se refiere al apoyo social percibido en sujetos desempleados que en sujetos empleados en tres áreas concretas: en el apoyo práctico, en la ayuda a resolver problemas y en el apoyo emocional. Revelaron que sólo el 57% de los sujetos desempleados contemplaban las tres áreas. Los autores concluyen que existe una relación entre el desempleo y un nivel de calidad pobre de apoyo social lo cual puede ayudar a explicar los bajos niveles de salud mental y los altos niveles de mortandad existentes en este grupo de sujetos.

Los ataques sociales tienen efectos perjudiciales en los procesos psicológicos y precipitan más rápidamente hacia el deterioro mental. Vinokur y Van Ryn (1993) demostraron que el apoyo social y el ataque social tienen impactos diferentes en la salud mental del sujeto. De esta manera, el ataque social tiene un importante contenido adverso y/o perjudicial mientras que el apoyo social presenta efectos beneficiosos para la salud mental.

Tal situación puede entonces favorecer las conductas de ataque o presión social como respuesta derivada de los demás que forman parte del entorno inmediato del desempleado, entrando así en un círculo vicioso. Es decir, cuanto mayor sea el nivel de dificultades económicas, mayor será el deterioro en las relaciones intrafamiliares. La presión social que recibe la figura desempleada de la familia para conseguir un empleo se incrementa conforme aumenta el deterioro económico. Las consecuencias a escala psicológica pueden ser agravadas en dos sentidos en función de la escasez o dificultad económica: la angustia y la ansiedad por la búsqueda de trabajo y la presión social que ejercen los familiares para la consecución de este.

1.9.2. Desempleo y desestructuración familiar.

Como resultado de la inestabilidad económica derivado de la situación de inactividad laboral, aparecen sentimientos de incertidumbre favoreciendo los llamados efectos de “reacción en cadena” dentro de las familias (Voydanoff y Majka, 1988). La tensión que se da lugar en las familias derivados de la situación de desempleo es mediatizada por las dificultades económico-financieras (Mallinckrodt y Fretz, 1988; Broman, Hamilton y Hoffman, 1990).

Wilhelm y Ridley (1988) analizaron los cambios económicos que se producen en las familias derivados de las dificultades económicas que origina la situación de desempleo. De esta manera y fruto del desempleo, los cambios de hábitos en el uso de las tarjetas de crédito, de la planificación de compra y de la selección en el tipo de comercio predicen de forma significativa el funcionamiento que se establece dentro de la relación matrimonial. En general, Los maridos desempleados manifiestan un más bajo bienestar psicológico y satisfacción matrimonial (Aubry, Tefft y Kingsbury, 1990).

Komarosky (1940) analizó los efectos y consecuencias del desempleo en el estatus del cabeza de familia de una muestra constituida por 59 familias. El autor pudo destacar que la pérdida de ingresos conlleva una pérdida de estatus y un debilitamiento en el ejercicio de la autoridad a través de lo económico como fuente de poder. Por otra parte, para ejercer la autoridad se requieren períodos de distanciamiento, en cambio, ésta decae debido a una continuada presencia del cabeza de familia en el hogar durante un mayor espacio de tiempo lo cual facilita el origen de situaciones conflictivas. Finalmente, Komarosky considera que la presencia del cabeza de familia durante un mayor espacio de tiempo en el hogar da lugar al origen de la redefinición de roles con respecto a las expectativas atribuidas a cada miembro de la familia facilitando la presencia de conflictos familiares. El autor, destaca que estas situaciones provocan que se originen conductas orientadas a la recuperación del control manifestando una

autoridad enfatizada, una hipersensibilidad ante cualquier deterioro de la misma y una negación del apoyo de la mujer como forma de salvaguardar el estatus de la familia. Cabe decir que, si bien el desempleo puede ser considerado como un factor importante de desestructuración familiar, el aumento de la tensión familiar no debe ser siempre considerado como una consecuencia directa del mismo (Álvaro, 1989). El desempleo puede provocar situaciones que agravan, empeoran y desestructuran los niveles de relación interpersonales entre los miembros de la familia que ya mantenían relaciones alteradas y/o deterioradas. Una situación de desempleo puede incrementar la oportunidad de contacto interpersonal, no obstante, la variedad y la calidad de estos contactos difieren de otras situaciones como es el empleo (García Rodríguez, 1992).

La pérdida de trabajo provoca discordia en las costumbres familiares; se produce un intercambio en el papel de los varones, que no siempre es aceptado con facilidad; la pérdida de ingreso económico comporta una restricción material y los conflictos matrimoniales pueden aflorar (Lobo y Watkins, 1995).

Wheelock (1990) entrevistó a 30 parejas en el Reino Unido en que el varón era desempleado y la mujer trabajaba. El autor pudo apreciar que existía un marcado cambio hacia una división menos tradicional en el desarrollo de las tareas domésticas lo cual daba lugar a la presencia de conflictos de motivaciones dentro de las familias inducidas por la reestructuración económica.

Flanagan (1990) describe los tipos de interacciones que se establecen entre el estado laboral de los padres, la integración familiar y la relación del adolescente en su ámbito familiar. Detalla que los adolescentes expresaban más niveles de conflicto cuando los padres eran desempleados que cuando estaban empleados. Los padres que son despedidos de sus respectivos trabajos presentan una alta probabilidad de mantener conflictos con sus hijos (Christoffersen, 1998).

1.9.3. Desempleo y autoconcepto.

Entre otras consideraciones, el autoconcepto se define como “los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona con respecto a si mismo” (De Oñate, 1988). Para Andrés (2000), “el yo (self) es un sistema cognitivo que incluye la integración, percibida del sujeto, de todas las instancias emocionales, afectivas y cognitivas de su personalidad (incluye aspectos como la identidad de género, estrategias de afrontamiento, etc...); por eso se habla de autoconcepto”.

Bala y Lakshmi (1992) se plantearon el propósito de comparar el autoconcepto percibido por mujeres tanto empleadas como desempleadas de un cierto nivel educacional. También se examinó la relación entre el autoconcepto con el tipo de empleo y el período de servicio prestado por las mujeres empleadas. Los resultados por los cuales los autores pudieron llegar fueron que el ego percibido de las mujeres empleadas era relativamente superior en comparación al de las desempleadas en cada una de las áreas siguientes: Estética, Emocional, Carácter, Intelectual, Social. Los autores concluyeron que en general, la actividad profesional conlleva a un autoconcepto más alto y que ésta varía según sea la actividad o tipo de empleo a desarrollar. Según los autores, los profesores universitarios manifiestan un nivel más alto en su autoconcepto que las enfermeras. Para Turner, Kessler y House (1991), el autoconcepto que pueda disponer un sujeto opera principalmente atenuando la vulnerabilidad a otros eventos estresantes de la vida. Es decir, el autoconcepto protege al sujeto ante una circunstancia adversa. Aquellas personas que disponen de un empleo de calidad y que pueden aplicar sus conocimientos conforme a sus habilidades y su nivel académico presenta una más alta satisfacción por la vida, un mejor sentimiento de competencia y eficacia personal y una más baja expresión de estados depresivos (O'Brien y Feather, 1990). En cambio, la situación de desempleo da lugar a la expresión de una menor satisfacción por la vida, la presencia de bajos estados de ánimo, un menor nivel de competencias y/o funcionamiento en general (O'Brien, Feather y Kabanoff, 1994).

Los sentimientos de vergüenza también pueden aflorar. Sobre una muestra de 80 sujetos desempleados, Eales (1989) pudo encontrar que la vergüenza era presente en el 15% de los sujetos. Además, el sentimiento estaba asociado con la presencia de estados depresivos y de ansiedad. Hilgers (2000) considera que el desempleado a largo plazo manifiesta sentimientos de vergüenza, de desesperación y de pérdida de dignidad personal.

No obstante, aún se habrá de investigar la relación existente entre el desempleo y la disminución del autoconcepto (Wacker y Kolobkova, 2000).

1.9.4. Desempleo y autoestima.

Para McKay y Fanning (1991), uno de los principales factores que distingue al ser humano es la conciencia de uno mismo: la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, la capacidad de definirse uno mismo quién es y si le gusta su identidad o no. Para los mismo autores, el juzgarse y rechazarse a si mismo produce mucho dolor. Y con el fin de evitar nuevos juicios y autorechazos, el sujeto crea mecanismos de defensa tales como encolerizarse, presumir, simular. En ocasiones, se recurre al alcohol o a las drogas.

Jex, Cvetanovski y Allen (1994) analizaron la autoestima como variable moderadora en la relación existente entre el desempleo y la tensión psicológico-emocional que se deriva de este. Los resultados por las cuales llegaron indicaron que la autoestima modera la relación entre el desempleo y la ansiedad aunque este efecto es débil. El desempleo sólo era asociado con los niveles altos de ansiedad y depresión entre las mujeres que informaron de niveles bajos de autoestima.

Para los jóvenes, el empleo proporciona un nivel mayor de autoestima, de identidad personal, una autonomía, un nivel de competencia y un nivel de

aspiraciones. De ahí que, los jóvenes viven el desempleo como una frustración para el desarrollo y/o ejecución de sus expectativas originadas durante su período educativo. Para ellos, la pérdida de trabajo no significa perder los aspectos más valorados del empleo y ni lo consideran como una experiencia traumática (Winefield y Tiggemann, 1989). Cuando acaban sus estudios, la llegada al desempleo supone una especie de “alivio” por el esfuerzo realizado durante el último período de su carrera académica. Por otra parte, los jóvenes inician el desempleo desde una postura que les es más favorable: presentan un mejor estado de salud que les permite reducir las consecuencias negativas y protegerse de ellas de un suceso vital en sus vidas como la vivencia del desempleo. Aunque, existen hábitos conductuales y de vida a los cuales los jóvenes se exponen a un peligro en su salud pudiendo ocasionar daños posteriores –como por ejemplo la dieta alimenticia, tiempo dedicado a dormir, consumo de tabaco y alcohol y actividades deportivas- (Kieselbach, 1989).

Los jóvenes que no acceden a estudios universitarios superiores presentan un índice más alto de desempleo lo cual puede conducir hacia el fracaso en la búsqueda del trabajo deseado dando lugar a un crecimiento alterado de la autoestima en una fase que resulta crucial para el desarrollo (Dooley y Prause, 1995). Los jóvenes de estudios secundarios con la más baja autoestima tienen más probabilidad de ser desempleados siendo más significativa en varones que en mujeres (Dooley y Prause, 1997).

1.9.5. Desempleo y autoeficacia.

La autoeficacia entendida por Bandura (1977) es entendida como la creencia personal de autoeficacia o capacidad para dar respuestas eficaces a los retos y demandas.

Siguiendo a Goleman (1999),

“se trata del juicio positivo de nuestra capacidad de actuar. No obstante, la autoeficacia no es lo mismo que nuestras capacidades reales, sino más bien lo que creemos que podemos llegar a hacer con ellas. Por sí sola, nuestra capacidad no basta para garantizar el desempeño óptimo, sino que también debemos creer en ella para poder sacarle el máximo provecho. (...) Las personas autoeficaces afrontan sin dificultades los desafíos pero quienes dudan de sí mismos la mayor parte de las veces ni siquiera lo intentan, por bien que puedan hacerlo. Dicho en pocas palabras, la confianza en uno mismo alienta nuestras esperanzas mientras que la duda las socava”.

El nivel de autoeficacia es un ingrediente necesario que condiciona el proceso que origina el proceso de motivación de búsqueda de trabajo de forma tal que, si la autoeficacia es baja el desempleado va a sentirse desmotivado y no dispuesto a esforzarse a encontrar un trabajo. Una baja autoeficacia anulará todo tipo de decisión en la aplicación de un nivel, grado o intensidad de esfuerzo en el logro de un trabajo (en D. de Quijano de Arana y Navarro, 1998). Una sostenida y mantenida creencia de autoeficacia y de valor de uno mismo predice e influye positivamente en el desarrollo de conductas activas de búsqueda de empleo (Battista, 1997; Nicotra, 1998).

1.9.6. Desempleo y optimismo.

Para Morrison, O'Connor, Morrison y Hill (2001) introducen dos conceptos importantes: el control y el optimismo. Para ellos, el control (entendido como el control que una persona cree ejercer sobre un evento) y el optimismo hacia el reempleo (grado en que se considera el desempleo como un estado temporal) son predictores ligeramente poderosos de salud psicológica y satisfacción de vida tanto en hombres como mujeres.

En relación con éstos dos últimos conceptos, y, en concreto al de “control”, Seligman (1983) opina que cuando el sujeto percibe una falta de control sobre los resultados acaecidos, es decir, el sujeto percibe que no existe una relación entre sus conductas y consecuencias puede ocurrir la situación de indefensión aprendida. Con lo que, ante futuras situaciones el individuo indefenso mantendrá

expectativas de incontrolabilidad o indefensión, lo que provoca tres tipos de déficits: a nivel cognitivo, a nivel motivacional y a nivel emocional.

Y para Goleman (1999), el optimismo opera más desde la expectativa del éxito que desde el miedo al fracaso; se trata de insistir en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos que se presenten; y, atribuyen que los contratiempos se deben más a circunstancias controlables sobre los cuales tiene algún poder que a fallos personales. En palabras de Goleman, “el optimismo está estrechamente relacionado con la esperanza, que consiste en saber los pasos que debemos dar para alcanzar un determinado objetivo y disponer de la energía necesaria para ello. La esperanza es una fuerza motivadora cuya ausencia lleva a la paralización”.

Para Warr y Jackson (1983), mantener una concepción positiva de sí mismo cumple una importante función defensiva de la integridad personal, la cual es necesaria para mantener un cierto equilibrio psicológico individual en contextos desfavorables como es la vivencia de la situación de inactividad laboral. De aquí la importancia de la capacidad de adaptación con que pueda disfrutar un sujeto ante la vivencia de la situación de desempleo.

La longitud del desempleo también es un determinante del bienestar psicológico, de forma tal que un período largo arroja un más bajo nivel de bienestar psicológico que los sujetos que se hallan en un período más corto (Shams y Jackson, 1994).

Para los sujetos que se hallan en desempleo, el hecho de presentar y disfrutar de un estado de salud mental saludable y un cierto optimismo contribuye a conseguir con un cierto mayor nivel de efectividad un empleo (Mean Patterson, 1997).

En un estudio desarrollado en Hong Kong por Lai y Wong (1998), se analizó los efectos de la disposición hacia el optimismo y su relación entre la situación de desempleo y la salud mental. Los autores apreciaron que las mujeres menos optimistas acusaron más daño psicológico ante la pérdida de empleo. Entre aquellas mujeres desempleadas que manifestaban más optimismo y que

podieron mantener distancia ante la pérdida de su trabajo pudieron tolerar la situación. Los resultados que obtuvieron sugieren que el optimismo es un recurso personal importante que protege contra los efectos negativos que origina la situación de inactividad laboral. No obstante, los autores matizan que sus resultados se encuentran sometidos a discusión ya que los efectos que la disposición hacia el optimismo puede hacer recaer sobre la salud mental dependen de otras variables contextuales que harían falta analizar para asegurar una relación de causalidad o predicción más fiable.

La impresión de control de la situación también puede surgir. Wanberg (1997) examinó tres variables predictoras como es la autoestima, el grado de control percibido y el grado de optimismo y tres resultados derivados del mismo como es el estado de salud mental a corto plazo, las probabilidades de reempleo y el estado de salud mental a largo plazo. Halló que las conductas activas de búsqueda de trabajo estaban asociadas con una disminución en la salud mental del sujeto en los sujetos que presentaban un bajo nivel de control a diferencia de los que presentaban un índice alto de control de la situación. Y que, conforme se aumentaba en el tiempo la pérdida del anterior trabajo se asociaba con una disminución en las probabilidades de reempleo en sujetos con un bajo índice de control en contra de los que presentaban un índice alto de control del contexto y de la situación.

1.9.7. Desempleo y procesos atribucionales.

Los procesos atribucionales que pueden originarse como consecuencia a la pérdida de trabajo pueden ser diversas y variadas en función de cómo se ha vivenciado la situación. Sobre el tema de los procesos atribucionales, Goldsmith, Veum y Darity (1995) consideran que acostumbran existir atribuciones orientados a causalidades externas las cuales son verbalizados por los mismos sujetos recayendo todo tipo de responsabilidad sobre los otros. Cuando existen

este tipo de atribuciones, (por ej., "...ha sido por culpa del jefe...", "... por culpa de mi compañero...", "... han ido a por mi...", etc...) el cese del trabajo acostumbra a resultar ser involuntario y no por expreso deseo del propio sujeto.

Winefield, Tiggemann y Winefield (1992) examinaron las reacciones emocionales respecto al desempleo y observaron que aquellos sujetos que manifestaron atribuciones causales externas respecto a su inactividad laboral manifestaron una autoestima más alta y una menor desesperación que aquellos que ofrecieron atribuciones causales interiores.

Ortiz Zábala (1985) propone un modelo teórico explicativo y aplicable a los efectos psicológicos del desempleo partiendo de la teoría de Indefensión Aprendida de Seligman. Según el autor, cuando una persona se halla desempleada aprende que las acciones para hacer frente a su situación son independientes de los resultados que obtiene. Se origina una situación de indefensión o incontrolabilidad dando lugar a un déficit motivacional (implica una disminución de acciones orientadas a resolver la situación); a un déficit cognitivo (implica una inhibición en el aprendizaje de nuevas respuestas con posibilidades de éxito) y a un déficit emocional (supone la aparición de una sintomatología depresiva).

Para Ortiz Zábala, estos tres déficits son comunes a todos los desempleados y tanto en jóvenes que buscan su primer empleo como en adultos de mediana edad que han perdido su puesto anterior. No obstante, la autora distingue diferencias en ambos tipos de población: la falta de un trabajo supone para los jóvenes la atribución a factores externos o indefensión universal mientras que los adultos desempleados lo atribuirán a factores internos o indefensión personal.

La autora señala que para el caso de los adultos se añade también el déficit al nivel de autoestima con lo que se pueden originar conductas autodestructivas. En el caso de los jóvenes, la incontrolabilidad general origina conductas agresivas contra la sociedad.

Para Ortiz Zábala, “los déficits motivacionales, cognitivos y emocionales propios de una situación de indefensión universal, genera en los jóvenes una frustración que se canaliza a través de conductas agresivas hacia la sociedad. En los adultos, la situación de desempleo, tras haber perdido su anterior trabajo, les conduce a una indefensión personal o individual en la que además de los déficits motivacionales, cognitivos y emocionales surge un cuarto déficit en la autoestima. Estos sujetos piensan que no tienen las habilidades suficientes, que otros si tendrían para hacer frente a su situación. Se genera así un sentimiento de fracaso personal que se canaliza a través de conductas autodestructivas” (en García Rodríguez, 1992).

Existen varios estudios que han explorado las relaciones entre el desempleo y las expectativas de éxito. En un estudio planteado por Rodríguez y García (1989) se observó que en jóvenes desempleados recién titulados con una baja expectativa de éxito en conseguir un trabajo mostraron un mayor nivel de deterioro de su salud mental que aquellos que mostraban altas expectativas. Asimismo, también se estudió la relación entre el desempleo y las expectativas de éxito con el compromiso para trabajar, la motivación, las atribuciones causales, la autoestima y la depresión. De esta forma, García Rodríguez (1997) propone un modelo que asume las relaciones mencionadas anteriormente pero teniendo en cuenta la edad del sujeto y de si se halla en proceso de encontrar su primer empleo. Propone que las relaciones entre las variables mencionadas serán consistentes en el desempleado que busca su primer trabajo con la sensación de esperanza de poder encontrarlo. En cambio, en sujetos que ya han tenido trabajos anteriores, las relaciones son más consistentes con la sensación de impotencia. El autor considera que los jóvenes experimentan la “impotencia universal” cuando no hallan un empleo mientras que los adultos experimentan la “impotencia personal”. Se puede decir, que los adultos se personalizan de la situación y aplican un proceso de autoreferencia sintiéndose culpables.

1.9.8. Desempleo juvenil.

El desempleo juvenil presenta unas connotaciones especiales que debido a sus características merece la dedicación del siguiente apartado.

Según Glachan y Ney (1992), la estigmatización y la imagen negativa de las personas desempleadas ya empiezan a formarse a la edad prematura de los 6 años.

En comparación a otros sectores de población, los jóvenes desempleados pueden hallarse en mejor posición ya que no han de sobrellevar presiones económicas. Por el hecho de carecer de responsabilidades familiares y al depender aún de las figuras paternas desde un punto de vista económico, para el grupo de población joven el desempleo puede ser considerado como una alternativa válida a un trabajo considerado como alienante -ya sea por un mal nivel de retribución o por precarias condiciones de trabajo- (Álvaro, 1989). En los jóvenes, la capacidad de identificación en el trabajo puede ser menor en comparación a sujetos cuya dedicación, esfuerzo e implicación en el trabajo forma la parte nuclear y esencial de sus vidas. Para los jóvenes, la situación de desempleo es una experiencia negativa y ofrecen importancia a la experiencia positiva de conseguir un empleo (Patton y Noller, 1990). Patton y Noller (1991) exploraron el desempleo juvenil y su relación con el funcionamiento familiar. La muestra estaba constituida por 89 adolescentes (de 14-16 años), 86 madres y 62 padres. Los adolescentes desempleados y los padres percibieron que existía menos cohesión en todo el conjunto de la familia. En otra investigación orientada hacia la misma línea, Patton y Donohue (2001) pudieron apreciar que el desempleo a largo plazo contribuye hacia una tendencia aumentada al conflicto matrimonial y familiar (conflictos con los niños, ausencia de los miembros familiares, presencia de dolor entre los familiares, intercambio de roles entre los miembros de la familia).

De Goede, Spruijt, Maas y Duindam (2001) intentaron determinar hasta que punto el contexto familiar y las características personales influyen en la situación

de empleo de los jóvenes. Apreciaron que el divorcio de los padres, el desempleo paternal y/o una baja relación afectiva por vía paterna se relacionaban con la situación de desempleo juvenil. No se relacionaba, por el contrario, con la carrera académica y con el compromiso hacia el trabajo. En concreto y en el caso de los varones, pudieron distinguir que el desempleo del padre y el tipo de relación afectiva establecida por éste demostraron una correlación más significativa con la situación de desempleo en la época juvenil. Los autores sugieren que estos factores familiares son buenos predictores para el desempleo juvenil.

Woodward y Fergusson (2000) consideran importante el tipo de relación existente en el núcleo familiar, en particular, en el tipo de relaciones que se establecen entre el niño y sus padres para el futuro éxito académico y profesional de éste. En los resultados de sus investigaciones mostraron que los niños que presentaban altos niveles de problemas de relación con sus padres expresaban un alto riesgo de conseguir bajos logros académicos y hallarse -en un futuro- en situación de desempleo. En cambio, en niños que presentaban bajos índices de problemas de relación, las probabilidades de conseguir un empleo era alto.

En un estudio planteado por Álvaro (1989) orientado en la investigación de los efectos del desempleo juvenil en la salud mental, pudo establecer una relación significativa en el sentido de que los jóvenes con empleo pero cuyo padre se halla en desempleo, muestran un mayor nivel de deterioro psicológico que el de aquellos jóvenes desempleados y cuyo padre también se halla desempleado. Asimismo, los jóvenes cuyo padre se encontraba en situación de desempleo mostraban un menor bienestar psicológico que aquellos jóvenes cuyo padre tenía trabajo. Aunque en su estudio no se han tenido en cuenta períodos de desempleo superiores a un año, Álvaro no apreció cambios significativos en la salud mental de los jóvenes como consecuencia de su prolongación o permanencia en el desempleo durante un largo período de tiempo. Para el autor

existen distintas razones que pueda explicar esta situación: por una parte, los jóvenes no sufren las presiones económicas en comparación a otros grupos de edad; en ocasiones, los bajos salarios a que se ven sometidos los jóvenes les hacen renunciar voluntariamente a empleos de explotación; una gran parte de jóvenes desempleados no han recibido una socialización ocupacional y no establecen las mismas expectativas que en otros grupos de edad con respecto al empleo; en los jóvenes no se establece cambios importantes en el uso del tiempo libre o una disminución de las relaciones sociales como pueda darse en otros grupos de edad como consecuencia de la prolongación del desempleo.

Definiendo aún más el tema de desempleo en los jóvenes, cabe decir que para Kieselbach (1989), “el primer empleo marca una seria ruptura en las biografías de los jóvenes, sus efectos positivos se hacen notar con prontitud, mientras que el desempleo puede ser vivido por los jóvenes que acaban sus estudios como un período de vacaciones, e incluso como un alivio de las dificultades habidas en el último estadio de su preparación escolar. Más aún, la falta de una experiencia laboral previa les hace percibir el desempleo no como una pérdida, sino como una frustración de sus esperanzas y sus expectativas. Ambos factores hacen pensar que los efectos negativos del desempleo sobre la juventud no son evidentes hasta que no ha pasado un cierto tiempo”.

Para García Rodríguez (1992), las conclusiones por las cuales llega con relación a los aspectos psicológicos del desempleo juvenil son las siguientes:

- 1- Los jóvenes desempleados presentan un menor nivel de salud mental, un mayor sentimiento depresivo y un mayor nivel de autoestima negativa que los jóvenes empleados.
- 2- No existe una correlación significativa entre salud mental y la duración del desempleo.
- 3- Los efectos psicológicos de desempleo en los jóvenes vienen modulados por el compromiso con el empleo, la estructura y gestión del tiempo y la

importancia de tener un empleo, la motivación hacia la búsqueda de empleo y las expectativas de éxito en encontrar un empleo.

- 4- Existen resultados contradictorios entre estatus de empleo y las relaciones entre atribuciones causales, depresión y autoestima.
- 5- Los estudios longitudinales muestran que el nivel de autoestima negativa permanece invariable con la duración del desempleo o del empleo. Sin embargo, disminuye cuando los sujetos encuentran un empleo y aumenta cuando se pasa a la situación de desempleo. En el nivel de autoestima positiva, no se hallan cambios significativos con el cambio en el estatus de empleo.
- 6- Los jóvenes desempleados presentan un menor deterioro psicológico en comparación con los adultos. Además, la situación de desempleo en jóvenes, más que producir un deterioro psicológico, produce una inhibición del desarrollo mental que proporciona el tener un empleo.

Ylla, González-Pinto y Soledad (1996) distinguen entre el *paro primario* y el *paro secundario*:

El *paro primario* vendría referido en aquellos jóvenes que nunca han tenido un trabajo estable. Se tratan de jóvenes que no han llegado a experimentar la responsabilidad y los beneficios de un empleo. Debido a ello, se sienten frustrados y escépticos ante la posibilidad de encontrar un trabajo permanente con lo que hacen una “regresión” tendiendo a adoptar una actitud pasiva-receptiva en el ámbito familiar. Esta situación facilita a que el joven aumente los vínculos de dependencia parental comportándose, a su vez, con una falta de colaboración en el hogar, mostrando actitudes de rebeldía y una acomodación a la situación propia de desempleo que le conduce a rechazar ofertas laborales. Con frecuencia, surgen estados depresivos reactivos que vienen a dificultar la posibilidad de aplicar recursos orientados a la consecución de un empleo, y entrar así, en el Mercado Laboral.

El *paro secundario* hace referencia a la pérdida de empleo habitual y estable. Esta situación supone un evento traumático que afecta al sentimiento seguridad

y autoestima del sujeto motivado por la incertidumbre sobre un futuro nuevo trabajo, por los problemas económicos derivados de la situación o, incluso, por la incompreensión de que son objeto por determinadas personas o estamentos sociales. Condicionantes que suponen las bases para el desarrollo de una posible depresión y en la que no se halla exento los intentos de suicidio.

1.9.9. Desempleo en cargos de alta dirección.

Fineman (1979) estudió los efectos psicológicos de los directivos en situación de inactividad laboral. La muestra estaba constituida por 25 directivos (23 sujetos de sexo masculino y 2 de sexo femenino) a los cuales se les suministró el 16 PF de Cattell y el Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg. A razón de los análisis obtenidos, Fineman establece las siguientes conclusiones distinguiendo entre directivos con altos niveles de estrés y directivos con bajos niveles de estrés:

1- Directivos con alto índice de estrés:

- Una implicación alta hacia el trabajo y la percepción de una competencia personal elevada puede dar lugar una disminución en los niveles de autoestima y un deterioro en la autoimagen causada como consecuencia del desempleo.
- El sentimiento de amenaza experimentado será mayor cuando existan otros problemas asociados a la situación de desempleo (por ejemplo, dificultades económicas).
- Un sentimiento de fracaso anticipado ante nuevas oportunidades de trabajo.
- Conductas de inactividad y evitación que preceden o siguen al fracaso en el manejo del problema.

2- Directivos con bajo índice de estrés:

- Perciben la situación como una oportunidad de reformar su vida.
- Tenían una baja implicación en su trabajo anterior y posiblemente era fuente de estrés.
- En algunos casos, los sujetos han elegido voluntariamente la situación de desempleo.
- Se perciben con altas capacidades personales y se autovaloran positivamente.
- Presentan conductas de afrontamiento directo hacia el problema.

En relación con el compromiso al trabajo, cabe decir que en la investigación de Jackson, Sttaford, Banks y Warr (1983) observaron que aquellos sujetos empleados con un alto compromiso con el empleo sufren de un mayor nivel de deterioro en la salud mental cuando pasan a la situación de desempleo. A su vez, aquellos desempleados con un nivel alto de compromiso con el empleo experimentan una mejoría en los índices de salud mental cuando encuentran un empleo (en García Rodríguez, 1992).

De estas diferencias existentes se puede establecer la relación de que la vivencia de la situación de desempleo puede ser variada en función de variables inherentes e idiosincrásicos del sujeto. El impacto que puede provocar el desempleo en la salud mental del sujeto puede ser modulada en función de muchas variables (estado o nivel socioeconómico en el momento de la inactividad, tipo de dificultad económica o tensión financiera, niveles previos de estrés, variables de personalidad, presencia o no de responsabilidades familiares,...). Las personas que presentan un nivel alto de actividad y pierden su empleo, aplican conductas en la búsqueda de situaciones que les permita una mayor oportunidad de control, establecer contactos interpersonales, una posición social valorada y uso de habilidades. Estas situaciones facilitan el que, a su vez, propicien un mayor nivel de bienestar afectivo, competencia y aspiración sobre el sujeto (Fryer y Payne, 1984).

Gibson, Zerbe y Franken (1992) analizaron las respuestas de 651 cuestionarios administrados a gerentes de empresas para averiguar por qué el desempleo de mediana edad presenta dificultades en su proceso de búsqueda de trabajo. Pudieron encontrar que existen 5 obstáculos que limitan las oportunidades de reemplazo:

- 1- La percepción de que el desempleo de mediana edad es inhábil en la ejecución de las tareas asociadas con el empleo contemporáneo.
- 2- Suele reclamar un sueldo alto.
- 3- Presentan más dificultades para integrarse en la cultura corporativa de empresa.
- 4- Suelen ser a menudo víctimas de la discriminación social.
- 5- La falta de habilidades para la aplicación de un proceso de búsqueda activa de trabajo.

Kaabe, Setterlind y Svensson (1996) pudieron distinguir que los gerentes desempleados perciben y se enfrentan a la ansiedad de manera diferente que sus colegas empleados. Los resultados indicaron que las situaciones familiares fueron más dificultosas, existía más prudencia en la gestión económica del hogar, existía una percepción disminuida del ego y del autoconcepto, presencia de ansiedad y de reacciones emocionales. En general, los gerentes desempleados manifestaron una disminución de su bienestar mental y psicológico.

En un estudio aplicado para investigar los efectos psicológicos en 178 profesionales de alto nivel y gerentes que perdieron su empleo, se observó que clínicamente manifestaban ansiedad, irritabilidad, expresión de resentimientos, bajo nivel de autoestima, depresión, bajo nivel de satisfacción y ausencia de motivación por nuevos proyectos (Sightler, Tudor, Brush, Roebuck, 1996).

1.9.10. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Psicología Social.

- ÁLVARO, JL. (1989). *"Desempleo y Bienestar Psicológico"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ÁLVARO, JL. (1989). *"Desempleo juvenil y salud mental"*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- ANDRÉS, A; NAVARRO, J. (2000). *"Psicología de la Personalitat"*. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya.
- AUBRY, T; TEFFT, B; KINGSBURY, N. (1990). *"Behavioral and psychological consequences of unemployment in blue-collar couples"*. Journal of Community Psychology. 1990 Apr; Vol 18(2): 99-109.
- AUSLANDER, GK. (1988). *"Social networks and health status of the unemployed"*. Health and Social Work. 1988 Sum; Vol 13(3): 191-200.
- BANDURA, A. (1977). *"Self-efficacy, toward a unifying theory of behavioral change"*. Psychological Review, 84, 191.215.
- BATTISTA, M. (1997). *"Motivation for reemployment: The role of self-efficacy and identity"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1997 Mar; Vol 57(9-B): 5959.
- BOAS, S. (1986). *"Self-esteem and the psychological impact of unemployment"*. Social Psychology Quarterly. 49(1), 61-72.
- BORGAN, WA; HATCH, WE; AMUNDSON, NE. (1990). *"The experience of unemployment for university graduates: An exploratory study"*. Journal of Employment Counseling. 1990 Sep; Vol 27(3): 104-112.
- BLEICH, C; WITTE, EH. (1992). *"Zu Veraenderungen en el der el bei de Paarbeziehung el des de Erwerbslosigkeit Mannes"*. Koelner Zeitschrift Fuer Soziologie und Sozialpsychologie. 1992 Dic; Vol 44(4): 731-746.
- BROMAN, CL; HAMILTON, VL; HOFFMAN, WS. (1990). *"Unemployment and its effects on families: Evidence from a plant closing study"*. American Journal of Community Psychology. 1990 Oct; Vol 18(5): 643-659.
- CASSIDY, T. (1994). *"The psychological health of employed and unemployed recent graduates as a function of their cognitive appraisal and coping"*. Counselling Psychology Quarterly. 1994; Vol 7(4): 385-397.
- CHRISTOFFERSEN, MN. (1998). *"Growing up with dad: A comparison of children aged 3-5 years old living with their mothers or their fathers"*. Childhood: A Global Journal of Child Research. 1998 Feb; Vol 5(1): 41-54.
- CREED, PA. (1999). *"Predisposing factors and consequences of occupational status for long-term unemployed youth: a longitudinal examination"*. Journal of Adolescence. 1999 Feb. 22(1):81-93.

- DE GOEDE, M; SPRUIJT, E; MAAS, C; DUINDAM, V. (2000). *"Family problems and youth unemployment"*. *Adolescence*. 35(139):587-601, 2000 Autumn.
- DE OÑATE Y GARCÍA, MP. (1988). "Estudio comparativo del Autoconcepto entre alumnos de diferentes facultades". Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- DE WITTE, H. (1999). *"Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues"*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1999 Jun; Vol 8(2): 155-177.
- DOOLEY, D; PRAUSE, JA. (1995). *"Effect of unemployment on school leavers' self-esteem"*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1995 Sep; Vol 68(3): 177-192.
- DOOLEY, D; PRAUSE, JA. (1997). *"Effect of students' self-esteem on later employment status: Interactions of self-esteem with gender and race"*. *Applied Psychology: An International Review*. 1997 Apr; Vol 46(2): 175-198.
- EALES, MJ. (1989). *"Shame among unemployed men"*. *Social Science and Medicine*. 1989; Vol 28(8): 783-789.
- EGGLETON, I; ROBERTSON, S; RYAN, J; KOBER, R. (1999). *"The impact of employment on the quality of life of people with an intellectual disability"*. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 1999; Vol 13(2): 95-107.
- FINEMAN, S. (1979). *"A psychological model of stress and its application to managerial unemployment"*. *Human Relations*, 32 (4), 323-45.
- FLANAGAN, CA. (1990). *"Change in family work status: effects on parent-adolescent decision making"*. *Child Development*. 1990 Feb; 61(1): 163-77.
- FREY, BS; STUTZER, A. (2000). *"Happiness prospers in democracy"*. *Journal of Happiness Studies*. 2000; Vol 1(1): 79-102.
- FRYER, DM; PAYNE, RL. (1984). *"Proactivity in unemployment: Findings and implications"*. *Leisure Studies*, 3, 273-95.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1997). *"Learned helplessness or expectancy-value? A psychological model for describing the experiences of different categories of unemployed people"*. *Journal of Adolescence*. 1997 Jun. 20(3):321-32.
- GIBSON, KJ; ZERBE, WJ; FRANKEN, RE. (1992). *"Job search strategies for older job hunters: Addressing employers' perceptions"*. *Canadian Journal of Counselling*. 1992 Jul; Vol 26(3): 166-176.
- GLACHAN, M; NEY, J. (1992). *"Children's understanding of employment, unemployment and pay"*. *Children and Society*. 1992 Spr; Vol 6(1): 12-24.
- GOLDSMITH, AH; VEUM, JR; DARITY, W. (1995). *"Are being unemployed and being out of the labor force distinct states? A psychological approach"*. *Journal of Economic Psychology*. 1995 Jul; Vol 16(2): 275-295.

- GOLEMAN, D. (1998). *"Inteligencia Emocional"*. Editorial Kairós, S.A. Barcelona.
- GOLEMAN, D. (1999). *"La práctica de la Inteligencia Emocional"*. Editorial Kairós, S.A. Barcelona.
- GORE, S. (1978). *"The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment"*. Journal of Health & Social Behavior. 19, 157-65.
- HAMMER, T. (1993). *"Unemployment and mental health among young people: A longitudinal study"*. Journal of Adolescence. 1993 Dec; Vol 16(4): 407-420.
- HILGERS, M. (2000). *"Schamkonflikte im klinischen und gesellschaftlichen Alltag. / Shame conflicts in clinical and social everyday life"*. Zeitschrift fuer Individualpsychologie. 2000; Vol 25(1): 36-47.
- INGLE, JC. (1999). *"Loss, learning and rebuilding: A case study of the phenomenon of involuntary job loss.(job loss, life transitions)"*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1999 Oct; Vol 60(4-A): 0976.
- JACKSON, T. (1999). *"Differences in psychosocial experiences of employed, unemployed, and student samples of young adults"*. Journal of Psychology. 1999 Jan. 133(1):49-60.
- JEX, SM; CVETANOVSKI, J; ALLEN, SJ. (1994). *"Self-esteem as a moderator of the impact of unemployment"*. Journal of Social Behavior and Personality. 1994 Mar; Vol 9(1): 69-80.
- JONES WEBB, RJ; SNOWDEN, LR. (1993). *"Symptoms of depression among blacks and whites"*. American Journal of Public Health. 1993 Feb; 83(2): 240-4.
- KAABE, H; SETTERLIND, S; SVENSSON, PG. (1996). *"Fired managers: Experiences from their own unemployment"*. International Journal of Stress Management. 1996 Oct; Vol 3(4): 239-253.
- KIESELBACH, T. (1989). *"El desempleo juvenil: consecuencias en la salud y recomendaciones para las intervenciones psicosociales"*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- KIRCHLER, E; KIRCHLER, E. (1989). *"Individuelle Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit. Grundri-S eines psychologischen Wirkungsmodells. / Individual experiences with unemployment: Outline of a psychological causal model"*. Zeitschrift fuer Arbeits und Organisationspsychologie. 1989; Vol 33(4): 168-177.
- KOKKO, K; PULKKINEN, L. (1998). *"Unemployment and psychological distress: Mediator effects"*. Journal of Adult Development. 1998 Oct; Vol 5(4): 205-217.
- KOMAROSKY, M. (1940). *"The unemployed man and his family"*. Dryden Press. New York.
- LACKOVIC GRGIN, K; DEKOVIC, M; MILOSAVLJEVIC, B; CVEK SORIC, I; OPACIC, G. (1996). *"Social support and self-esteem in unemployed university graduates"*. Adolescence. 1996 Fall. 31(123):701-7.
- LAI, JCL; WONG, WS. (1998). *"Optimism and coping with unemployment among Hong Kong Chinese women"*. Journal of Research in Personality. 1998 Dec; Vol 32(4): 454-479.
- LOBO, F; WATKINS, G. (1995). *"Late career unemployment in the 1990s: Its impact on the family"*. Journal of Family Studies. 1995 Oct; Vol 1(2): 103-113.

- MALLINCKRODT, B; FRETZ, BR. (1988). *"Social support and the impact of job loss on older professionals"*. Journal of Counseling Psychology. 1988 Jul; Vol 35(3): 281-286.
- McKAY, M; FANNING, P. (1991). *"Autoestima: Evaluación y mejora"*. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- MEAN PATTERSON, LJ. (1997). *"Long-term unemployment amongst adolescents: a longitudinal study"*. Journal of Adolescence. 1997 Jun. 20(3):261-80.
- MORRISON, TG; O'CONNOR, WE; MORRISON, MA; HILL, SA. (2001). *"Determinants of psychological well-being among unemployed women and men"*. Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal. 2001; Vol 38(1): 34-41.
- NICOTRA, TM. (1998). *"Psychological mediators related to job search self-efficacy and job search behavior of unemployed middle managers and professionals who have experienced an involuntary job loss"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1998 Apr; Vol 58(10-B): 5683.
- O'BRIEN, GE; FEATHER, NT. (1990). *"The relative effects of unemployment and quality of employment on the affect, work values and personal control of adolescents"*. Journal of Occupational Psychology. 1990 Jun; Vol 63(2): 151-165.
- O'BRIEN, GE; FEATHER, NT; KABANOFF, B. (1994). *"Quality of activities and the adjustment of unemployed youth"*. Australian Journal of Psychology. 1994 Apr; Vol 46(1): 29-34.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1993). *"Frustración, conflicto y estrés"* en *"Lecciones de Psicología Médica"*. PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias, SA. Barcelona. 1993: 421-47.
- ORTIZ ZÁBALA, M. (1985). *"Un modelo teórico de los procesos psicológicos de las personas afectadas de paro laboral"*. Psiquis, 2(4). 66-68. En GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- PATTON, W; NOLLER, P. (1990). *"Adolescent self-concept: Effects of being employed, unemployed or returning to school"*. Australian Journal of Psychology. 1990 Dec; Vol 42(3): 247-259.
- PATTON, W; NOLLER, P. (1991). *"The family and the unemployed adolescent"*. Journal of Adolescence. 1991 Dec; Vol 14(4): 343-361.
- PATTON, W; DONOHUE, R. (2001). *"Effects on the family of a family member being long term unemployed"*. Journal of Applied Health Behaviour. 2001; Vol 3(1): 31-39.
- PAYNE, R. (1988). *"A longitudinal study of the psychological well-being of unemployed men and the mediating effect of neuroticism"*. Human Relations. 1988 Feb; Vol 41(2): 119-138.
- PLUNKETT, M. (1995). *"The effects of unemployment on social and political attitudes"*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1995 Dec; Vol 56(6-A): 2424.
- PRICE, RH. (1992). *"Psychosocial impact of job loss on individuals and families"*. Current Directions in Psychological Science. 1992 Feb; Vol 1(1): 9-11.

- QUIJANO DE ARANA, S.D. de. (1998). *"Un Modelo Integrado de la Motivación en el Trabajo: Conceptualización y Medida"*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 14, n.º 2. Págs. 193-216.
- RIFE, JC; BELCHER, JR. *"Social support and job search intensity among older unemployed workers: Implications for employment counsellors"*. Journal of Employment Counseling. 1993 Sep; Vol 30(3): 98-107.
- RETHERFORD, PS; HILDRET, GJ; GOLSDMITH, EB. (1988). *"Social support and resource management of unemployed women"*. Journal of Social Behavior and Personality. 1988; Vol 3(4): 191-204.
- ROBERTS, H; PEARSON, JC; MADELEY, RJ; HANFORD, S; MAGOWAN, R. (1997). *"Unemployment and health: the quality of social support among residents in the Trent region of England"*. Journal of Epidemiology & Community Health. 1997 Feb. 51(1):41-5.
- RODRÍGUEZ, A; GARCÍA, JMA. (1989). *"Personalidad, valores y expectativas en jóvenes titulados en paro"*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- SELIGMAN, M. (1983). *"Indefensión"*. Editorial Debate, S.A. Madrid.
- SHAMS, M. (1993). *"Social support and psychological well-being among unemployed British Asian men"*. Social Behavior and Personality. 1993; Vol 21(3): 175-186.
- SHAMS, M; JACKSON, PR. (1994). *"The impact of unemployment on the psychological well-being of British Asians"*. Psychological Medicine. 1994 May; Vol 24(2): 347-355.
- SIEGERT, RJ; CHUNG, RC; TAYLOR, AJ. (1990). *"Unemployment, stress and social support"*. Community Mental Health in New Zealand. 1990 Mar; Vol 5(1): 49-59.
- SIGHTLER, KW; TUDOR, RK; BRUSH, CC; ROEBUCK, DB. (1996). *"Dimensionality of a scale of adjustment to unemployment"*. Psychological Reports. 1996 Aug; 79(1): 19-23.
- STANSFELD, SA; GALLACHER, JE; SHARP, DS; YARNELL, JW. (1991). *"Social factors and minor psychiatric disorder in middle-aged men: a validation study and a population survey"*. Psychological Medicine. 1991 Feb; 21(1): 157-67.
- TORREGROSA, JR; BERGERE, J; ÁLVARO, JL. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- TRIEGAARDT, JD. (1993). *"A survey of involuntary unemployed coloured workers in three Cape Town townships: Implications for social work policy and practice"*. Dissertation Abstracts International. 1993 Jan; Vol 53(7-A): 2549.
- TURNER, JB; KESSLER, RC; HOUSE, JS. (1991). *"Factors facilitating adjustment to unemployment: Implications for intervention"*. American Journal of Community Psychology. 1991 Aug; Vol 19(4): 521-542.
- VIINAMAEMI, H; KOSKELA, K; NISKANEN, L; ARNKILL, R. (1993). *"Social support in relation to mental well-being among the unemployed: A factory closure study in Finland"*. Nordic Journal of Psychiatry. 1993; Vol 47(3): 195-201.

- VINOKUR, AD; VAN RYN, M. (1993). "Social support and undermining in close relationships: their independent effects on the mental health of unemployed persons". *Journal of Personality & Social Psychology*. 1993 Aug; 65(2): 350-9.
- VINOKUR, AD; PRICE, RH; CAPLAN, RD. (1996). "Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses". *Journal of Personality & Social Psychology*. 1996 Jul. 71(1):166-79.
- VOYDANOFF, P; MAJKA, LC. (1988). "Families and economic distress: Coping strategies and social policy". Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. (1988). 306 pp.
- WACKER, A; KOLOBKOVA, A. (2000). "Arbeitslosigkeit und Selbstkonzept--ein Beitrag zu einer kontroversen Diskussion. / Unemployment and self-concept-a contribution to a controversy". *Zeitschrift fuer Arbeits und Organisationspsychologie*. 2000; Vol 44(2): 69-82.
- WALSH, S; JACKSON, PR. (1995). "Partner support and gender: Contexts for coping with job loss". *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1995 Sep; Vol 68(3): 253-268.
- WANBERG, CR. (1997). "Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and reemployed individuals". *Journal of Applied Psychology*. 1997 Oct. 82(5):731-44.
- WARR, PB; JACKSON, PR. (1983). "Self-esteem and unemployment among young workers". *Le Travail Humain*. 46, 335-66.
- WHEELOCK, J. (1990). "Families, self-respect and the irrelevance of "rational economic man" in a postindustrial society". *Journal of Behavioral Economics*. 1990 Sum; Vol 19(2): 221-236.
- WILHELM, MS; RIDLEY, CA. "Unemployment induced adaptations: Relationships among economic responses and individual and marital well-being". *Lifestyles*. 1988 Spr; Vol 9(1): 5-20.
- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M. (1989). "Job loss vs. failure to find work as psychological stressors in the young unemployed". *Journal of Occupational Psychology*. 1989 Mar; Vol 62(1): 79-85.
- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M; WINEFIELD, HR. (1989). "Unemployment distress, reasons for job loss and causal attributions for unemployment in young people". *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1992 Sep; Vol 65(3): 213-218.
- WOODWARD, LJ; FERGUSSON, DM. (2000). "Childhood peer relationship problems and later risks of educational under-achievement and unemployment". *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 41(2):191-201, 2000 Feb.
- YLLA, L; GONZÁLEZ-PINTO, A; SOLEDAD, M. (1996). "Psicopatología Social, laboral y de grupo". En RIDRUEJO, P; MEDINA, A; RUBIO, JL. (1996). "Psicología Médica". McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.
- YTTERDAHL, T. (1999). "Routine health check-ups of unemployed in Norway". *International Archives of Occupational & Environmental Health*. 1999 Jan. 72 Suppl:S38-9.

1.10.- DESEMPLEO Y PSICOPATOLOGIA.

El trabajo, como actividad central de la vida de los seres humanos, puede ser entendido como base para la formación de la identidad del hombre constituyendo tanto como una fuente de satisfacción como de insatisfacción personal terminando en una situación de enfermedad mental (Ylla, González-Pinto y Soledad, 1996).

Se puede considerar que el desarrollo una actividad laboral facilita el bienestar psicológico del sujeto (Winefield y Tiggemann, 1990).

Buena parte de la bibliografía existente confirma una relación directa ante la ausencia de actividad laboral y el consecuente desequilibrio mental o manifestación psicopatológica favoreciendo su deterioro ante una amplia permanencia temporal en la misma. Existen datos que indican que el deterioro psíquico está correlacionado con la edad de forma curvilínea, es decir: el deterioro es mayor en los desempleados de edad media, menor en los jóvenes (existe una menor vulnerabilidad en trastornos psíquicos en este grupo de población) y claramente menor en los desempleados de mayor edad. Las presiones y dificultades económicas son las que actúan como variables moduladoras en la relación entre la salud mental y la duración del desempleo (García Rodríguez, 1992). El potencial de las consecuencias negativas a resultas de estar inactivo pueden incrementar el riesgo de sufrir trastornos mayores que requieren de la mediación de profesionales de la salud mental para intervenir psiquiátricamente (Álvaro, 1989). En los resultados de la investigación que José Luis Álvaro (1989) desarrolla en su Tesis Doctoral ya observó que los desempleados muestran unos mayores síntomas de deterioro psicológico, estado depresivo e insatisfacción con su vida presente que las personas empleadas.

Aplicando la técnica estadística del análisis de la regresión logística múltiple sobre una muestra de 794 pacientes psiquiátricos, Al-Jaddou y Malkawi (1997)

podieron establecer la relación directa de que el desempleo tiene el potencial de originar trastornos psiquiátricos.

Para Claussen, Bjorndal y Hjort (1993), el predominio de sufrir algún tipo de trastorno mental (trastorno afectivo o depresión, trastorno de ansiedad o enfermedad somática) era superior de cuatro a diez veces en comparación con los sujetos que se hallan en situación de actividad laboral. Los mismos autores mencionados consideran que el dictamen de un diagnóstico psiquiátrico era asociado con un 70% de reducción en las oportunidades de obtener un trabajo. Y concluyen que una exposición a largo plazo en la situación de desempleo parece explicar una parte importante de la presencia de trastornos mentales que se manifiestan en sujetos desempleados.

La manifestación psicopatológica, conductual y/o psicósomática en el sujeto debido a la inactividad laboral puede ser muy variable dependiendo de un gran conjunto de variables que giran en torno al universo idiosincrático de éste. Reynolds y Gilbert (1991) sugieren que el impacto psicológico del desempleo se modera por las interacciones complejas que se establecen entre la vulnerabilidad del sujeto y los factores de protección que el mismo pueda disponer. Para Claussen (1999) los importantes problemas en la salud mental se explican, en gran parte, por la ausencia de la actividad laboral y considera que debe prestarse a los desempleados una cuidada atención especial. El desempleo es un factor de riesgo para la expresión de sintomatología depresiva que requiere una asistencia y una atención médico-psicológico incluso en sujetos que no muestren una vulnerabilidad para el trastorno (Montgomery, Cook, Bartley y Wadsworth, 1999). La pérdida de trabajo despierta muchas emociones negativas, sentimientos expresados bajo mecanismos de defensa de negación de la realidad o de la situación y/o resignaciones los cuales jugaran el rol de ingredientes que atacaran directa o indirectamente a la autoestima del sujeto originando una posible depresión (Ytterdahl, 1999). Asimismo, el sujeto que estando aún empleado puede desarrollar un estado de angustia reactiva normal ante su próxima situación de desempleo la cual supone una respuesta natural de temor o preocupación ante la inminente consumación de la amenaza.

La respuesta que el sujeto ofrece puede considerarse un sentimiento normal, siempre que su intensidad sea proporcional a la magnitud del estímulo. Se trata de una emoción, dado que es un sentimiento somatizado con la participación vegetativa propia de las emociones (Ortega-Monasterio, 1993). De ahí que, cuanto más importancia se concede al trabajo y al empleo, y cuanto mayor acuerdo se muestra en considerar con respecto al estereotipo negativo del parado, más alto tiende ser el nivel de depresión en el desempleado (Blanch, 1989).

Los índices de ingresos hospitalarios y contactos con los profesionales de la salud suelen ser más altas en sujetos desempleados presentando sintomatología depresiva y/o ansiosa (Kraut, Mustard, Walld y Tate, 2000). Comino, Harris, Silove, Manicavasagar y Harris (2000) consideran que los profesionales de la salud han de conscientes del riesgo más alto y de la severidad de los síntomas de la depresión que presentan los pacientes desempleados; asimismo, defienden en la necesidad de una implicación más activa en el tratamiento de este tipo de sujetos.

El desempleo es un acontecimiento adverso que origina una situación estresante. Como situación estresante puede originar emociones displacenteras y negativas para el sujeto, no obstante, las emociones que se pueden derivar a razón de la situación planteada viene determinada por dos criterios (Ortega-Monasterio, 1993):

- La modalidad de la vivencia (la inactividad laboral voluntaria puede ser considerado como placentera; en cambio, la inactividad laboral involuntaria como una situación displacentera).
- Las consecuencias de la respuesta neurovegetativa-comportamental (respuesta adaptativa a la nueva situación laboral o inadaptable).

Las emociones cumplirán, entonces, una función adaptativa o inadaptable para el equilibrio psíquico y el estado general de salud de la persona.

Un desempleo prolongado en el tiempo se corresponde con un empeoramiento en la salud física y mental, siendo el trastorno depresivo el que suele ser más

frecuente e expresarse como consecuencia más directa (Buffat, 2000). Igualmente, expresado en costos financieros de intervención en tratamientos o de pensiones de invalidez, los sujetos desempleados que presentan trastornos mentales suponen una inversión muy grande por parte de las Administraciones Públicas. El costo mensual de tratamiento psiquiátrico para sujetos desempleados es más alto en comparación con los sujetos empleados a jornada completa o parcial (Polak y Warner, 1996),

A la luz de las investigaciones realizadas por Hutchings y Gower (1993), les lleva a concluir que la pérdida de trabajo conlleva a un ciclo en que baja la autoestima y aparecen trastornos psiquiátricos menores. Estos factores, a su vez, permanecen en el sujeto impidiendo desarrollar conductas activas de búsqueda de trabajo continuando con la situación de desempleo.

Ylla, González-Pinto y Soledad (1996) expresan ciertamente que

“las repercusiones psicopatológicas del desempleo deben relativizarse en función de un sinfín de variables, que nos permitirá hablar de una incidencia muy diferente según se trate de varones o mujeres, de entornos urbanos o rurales, de distintas procedencias socioculturales, de distinta posición económica, etc. Aunque en cualquier caso, siempre será fácil detectar signos y síntomas psicopatológicos no sólo individuales, sino que con frecuencia el trastorno afecta al grupo familiar del parado en su conjunto”.

1.10.1. Causalidad.

Existen evidencias en apoyar la idea de una estrecha relación entre la situación de desempleo y la expresión de niveles más bajos de bienestar psicológico. El debate se situaría acerca de si el desempleo provoca el malestar psicológico, o bien, si la relación es debida al hecho de que existen individuos más vulnerables al trastorno que se exponen con más riesgo a la situación de inactividad laboral, patología que posteriormente se suele agravar como consecuencia de

encontrarse el sujeto sin un trabajo estable y remunerado (Montgomery, Cook, Bartley y Wadsworth, 1999; Ylla, González-Pinto y Soledad, 1996).

Ylla, González-Pinto y Soledad (1996), clasifican los aspectos del trabajo los cuales presentan potencial para generar psicopatología:

1. Los derivados de la propia tarea y sus exigencias. Tales son el tipo de tarea, la calidad del trabajo, el exceso de trabajo a realizar desempeñar en tiempo límite, etc.
2. Los derivados del medio laboral, tanto humano (acoso laboral o "mobbing",...) como material (insuficientes infraestructuras laborales,...).
3. Los derivados de las circunstancias de la vivienda, distancia al trabajo, tiempo libre, etc.
4. Los derivados del salario, tipo de contratación, riesgo de pérdida del puesto laboral (se podría incluir la jubilación y el paro como formas laborales por omisión o carencia), etc.

Los autores consideran que todo lo anterior puede llevar, si no se realiza correctamente, a una situación de estrés generadora de trastornos psicosomáticos y de clara psicopatología.

Por otra parte, y en la otra dirección del origen de la causalidad de la psicopatología: el desempleo puede originar cuadros de depresión, esquizofrenia y alcoholismo (en Ylla, González-Pinto y Soledad, 1996).

Hammarstrom y Janlert (1997) investigaron si la dirección de la causalidad entre el desempleo y el bajo estado de salud mental es debido a un factor de selección o de exposición. Es decir, los autores entienden por "selección", aquellos sujetos que ya presentan un mal estado de salud y se hallan abocados al desempleo como resultado de ello; en cambio, por "exposición" la entienden como aquella situación de desempleo que causa el mal estado de salud. Para los autores existe también un tercera situación definida como "selección-exposición", la cual consiste en aquel sujeto con un mal estado de salud se

expone al desempleo, el cual a su vez, empeora debido a su nueva situación laboral. Analizaron una muestra de 1.060 sujetos aplicando técnicas cuantitativas (la encuesta) y técnicas cualitativas (la entrevista). Pudieron comprobar que el desempleo presentaba una correlación positiva con la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva. No se observó ninguna diferencia en lo que respecta a la variable de género. Para los autores, los resultados que obtuvieron apoyan la hipótesis de que tanto como los factores de “selección” y como los de “exposición” explican la asociación entre el desempleo y el mal estado de salud mental del sujeto.

No obstante, también puede darse el caso inverso: el desempleo puede ser efecto como consecuencia de sufrir algún tipo de desequilibrio mental en el trabajo. El operario o trabajador que muestro sintomatología de un trastorno mental en el puesto de trabajo se expone al riesgo a perder su ocupación. Cabe especificar, sin embargo, que el tipo de trastorno a sufrir no tendrá las mismas consecuencias dentro del Mercado Laboral. Por ejemplo, los pacientes que sufren de esquizofrenia presentan un elevado riesgo de quedarse excluidos del Mercado Laboral por la gravedad de su sintomatología (cuyo riesgo acostumbra a ser más alto en hombres que en mujeres); en cambio, los sujetos que padecen de trastornos afectivos presentan un menor riesgo (Aro, Aro y Keskimaki, 1995). Para McGurk y Meltzer (2000), un nivel de funcionamiento premórbido bajo, la presencia de síntomas negativos y de trastornos cognitivos son significativamente asociados con el desempleo en sujetos que padecen de esquizofrenia.

A partir de un diseño experimental longitudinal, Wanberg (1995) estudió las percepciones de 129 sujetos que pasaron por la transición empleo-desempleo-empleo. Los sujetos que pasaron del desempleo al empleo satisfactorio informaron de una mejora en su estado de salud mental. Mientras que, los sujetos que permanecían desempleados o quienes habían encontrado un trabajo

del cual no les satisfacía profesionalmente no informaron de ningún cambio en su estado de salud mental.

De esta manera, se puede decir que disponer de una actividad laboral es una importante variable amortiguadora contra cualquier eventual desequilibrio en el estado mental. Ofrece importantes efectos positivos en la salud mental manteniendo las oportunidades de desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de los contactos sociales y desarrollo de la autoestima del sujeto (Scheid, 1993). Aunque el empleo se asocia con la fatiga física y mental, con la restricción de las actividades dedicadas al ocio, con varios costes asociados y con ganancias económicas-financieras, en general se acostumbra a preferir el desarrollo de una actividad laboral antes que la situación misma de desempleo (Van Raaij y Antonides, 1991).

Bender, Konietzka y Sopp (2000) examinaron los factores personales que determinan la interrupción de empleo. Los resultados obtenidos les muestra que el análisis de la experiencia profesional llevada a cabo anteriormente tiene una influencia en el riesgo de interrumpir el trabajo actual o ponerse desempleado. Los sujetos que experimentan continuos cambios de empresas o aquellos empleados cuyos gerentes invierten en su personal presentan una mayor probabilidad de cambiar de empresa. Asimismo, los sujetos que han experimentado el desempleo presentan más probabilidad de repetir la misma experiencia. La situación así definida, lleva a los autores considerar que existe un modelo de “reproducción discontinua” que se lleva a cabo por encima de la vida laboral.

1.10.2. Efectos psicológicos del cese involuntario del trabajo.

Además de los factores ya mencionados, otros artículos suelen coincidir en opinar que las variables asociadas a un trastorno mental son las dificultades financieras, expresión de incertidumbre sobre el futuro y un apoyo social

insuficiente de otras personas las cuales sean significativas para el sujeto. Desde el punto de vista de la salud mental, recibir una retribución económica o un sueldo protege al sujeto de cualquier eventual origen de trastorno mental (Viinamaeki, Kontula, Niskanen y Koskela, 1995). Los sujetos que se hallan en unas condiciones socioeconómicas bajas, con dificultades económicas y de clase social baja son candidatos a sufrir algún tipo de desequilibrio que pueden dañar o repercutir en alguna o varias esferas de sus vidas. Los que hallándose en este tipo de situación se le agrava con la pérdida de trabajo, la probabilidad de riesgo aumenta notable y considerablemente.

Un estudio posterior realizado por Viinamaeki, Niskanen y Koskela (1997) examinaron los factores que predicen los cambios en las conductas y en los hábitos saludables una vez se comunicó el despido a unos trabajadores de una fábrica de madera. Los cambios consistieron en un aumento del consumo de tabaco, un aumento del consumo de alcohol y un aumento del peso (más de 2 kg). En general, los autores observaron más cambios de hábitos de conductas saludables en el grupo de sujetos desempleados que en el de empleados. Lo cual hace pensar que la vulnerabilidad en las conductas saludables se hallaban más relacionadas con la situación laboral que con otras variables exploradas (edad, sexo, nivel académico, situación económica y apoyo social). También encontraron que la presencia de unos niveles altos de ansiedad y una frecuente sintomatología psicósomática en sujetos desempleados exteriorizan una capacidad predictiva de unas conductas promotoras de salud vulnerables y/o alteradas.

Cabe decir también que la inestabilidad en el puesto de trabajo supone un ingrediente o una base más para crear inseguridad y ansiedad en el sujeto. La presencia de incertidumbre sobre el futuro laboral aún teniendo un trabajo es fuente de ansiedad y de tensión que puede repercutir en otros ámbitos de la vida de la persona. Dooley, Catalano y Wilson (1994) encuentran una asociación entre el riesgo de sufrir depresión y el impacto que supone para el sujeto recibir la noticia de ser despedido. Kraut, Mustard, Walld y Tate (2000) apreciaron que

hubo un aumento de ingresos hospitalarios de sujetos desempleados, incluso antes de darse efectivo el despido.

Para Dirksen (1994) el hecho de perder el trabajo de forma involuntaria por el trabajador supone un evento cargado de componentes estresantes que representa la pérdida de uno de los papeles centrales y funcionales de la vida. Para el mismo autor mencionado, el desempleo supone más que la simple pérdida de un trabajo. El desempleo involuntario o la anticipación del suceso puede llevar directamente a consecuencias que repercuten en la salud psicológica y física y a malas adaptaciones conductuales que pueden ser públicamente manifiestas al momento o aparecer insidiosamente en el tiempo.

Penkower, Bromet y Dew (1988) examinaron la salud mental de las esposas cuyos maridos fueron despedidos y se hallan en desempleo de larga duración. Los autores evaluaron tres aspectos: los antecedentes psiquiátricos, las características sociodemográficas y el apoyo social brindado. Se utilizaron los datos de 73 mujeres cuyos maridos estaban empleados en el momento del estudio y con una antigüedad laboral de 2 años y los datos de 76 mujeres cuyos maridos experimentaron el desempleo. A los sujetos se les suministró el cuestionario SCL-90, un índice de severidad global y un cuestionario de factores de vulnerabilidad psicosocial. Los resultados muestran que los sujetos que presentaban problemas o dificultades económicas disfrutaban de un menor apoyo social de sus parientes. Por otra parte, los sujetos que presentaban antecedentes de trastornos psiquiátricos previos mostraban más vulnerabilidad al dolor psicológico cuando sus maridos se hallaban desempleados.

Una investigación llevada a cabo por Hamilton, Hoffman, Broman y Rauma (1993) estudiaron los efectos psicopatológicos en obreros del sector metalúrgico. Tres meses antes de que las empresas cerraran aplicaron entrevistas de evaluación a sus operarios, 1 año después del cierre y 2 años más tarde. A raíz de los resultados obtenidos, demostraron que el desempleo da lugar a la

manifestación de sintomatología depresiva, ansiosa y somatizaciones. Asimismo, la relación desempleo-depresión contempla variables como el sexo, edad, nivel educacional, estado civil, nivel de ingresos y grado de antigüedad en la empresa.

Iversen y Sabroe (1988) examinaron los efectos del desempleo y el miedo a ponerse desempleado en relación con el bienestar psicológico en una muestra de 1.153 dinamarqueses. De la muestra total, 441 sujetos empleados fueron escogidos como grupo control. Aplicando el Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg, los resultados mostraron que los desempleados manifestaban significativamente un más bajo estado de bienestar psicológico que los sujetos empleados. Entre empleados, el miedo al desempleo era fuertemente asociado con un bienestar psicológico reducido.

Grunberg, Moore y Greenberg (2001) examinaron el estado de salud y sensación de bienestar entre obreros que han experimentado la vivencia del despido de compañeros de trabajo. Los autores pudieron advertir que el presentar un contacto amable con los operarios que se hallan aún en activo estaba asociado con una sensación de menor seguridad en el trabajo, la expresión de un bajo estado de salud y sintomatología depresiva. En el estudio que realizaron, los autores pudieron sacar la conclusión de que el sentimiento de seguridad en el trabajo se halla mediatizada por el tipo de contacto y relación que se establece en los despidos.

Kessler (1996) exploró la relación existente entre la pérdida involuntaria de trabajo, la expresión de sintomatología depresiva, la satisfacción matrimonial y la habilidad de la pareja a la adaptación a la nueva situación. Se asociaba que la situación de desempleo daba lugar a la expresión de trastornos afectivos y a una menor satisfacción matrimonial. Se estudió un grupo de 100 matrimonios de los cuales la pareja perdió recientemente su trabajo. Los resultados obtenidos mostraron las siguientes relaciones de variables significativas, demostrando que:

- 1- La relación entre la satisfacción matrimonial y la expresión de sintomatología depresiva eran diferente para el sujeto empleado que para la pareja desempleada.
- 2- Se relacionó las preocupaciones económicas con la manifestación de la depresión.
- 3- El apoyo de la pareja no moderaba la relación entre la satisfacción matrimonial y la depresión para la pareja desempleada. No obstante, el sujeto desempleado sí que moderó la relación con el cónyuge empleado.
- 4- El lugar de control dentro del matrimonio no moderó la relación entre la satisfacción matrimonial y la depresión para la pareja desempleada.
- 5- El hallazgo más importante fue que la gestión del tiempo era un predictor importante de cómo se experimenta la situación del desempleo y que presentaba correlación positiva con la satisfacción matrimonial y la depresión.
- 6- El género modera e influye en la relación existente entre la satisfacción matrimonial y la depresión.

A razón de un estudio que Hughes (1993) realizó, el autor pudo descubrir que:

- La pérdida o amenaza de perder un trabajo pueden tener efectos fisiológicos, psicológicos y/o conductuales profundos en los empleados.
- Los hombres de mediana edad veteranos laboralmente y con más experiencia se deterioran más en el primer año después de haber perdido el trabajo que los empleados jóvenes o los empleados que se hallan a punto de llegar a su jubilación.
- Para Hughes, es importante que las personas desempleadas puedan ver el trabajo desde una perspectiva más ancha para adaptarse al entorno.
- La figura de los padres pueden dedicar más tiempo hacia el cuidado de sus hijos y promover actividades familiares positivas durante los momentos en que se hallan inactivos laboralmente.

1.10.3. Fases psicológicas del desempleo.

La pérdida de trabajo puede presentar diferentes grados de significación e importancia para cualquier tipo de persona. Resulta difícil definir de manera determinante las reacciones psicológicas que el sujeto desempleado puede ir pasando a lo largo del tiempo ya que depende de la multitud de variables que median en la vivencia de la situación. No obstante, la presión que ejerce la situación misma influye sobre la persona y origina una serie de regularidades que definen la manera en cómo el desempleado se enfrenta las circunstancias. De esta manera y desde un punto de vista psicológico, en función del período de tiempo que un sujeto permanece inactivo pasa por una serie de fases o diferentes tipos de reacciones. Ya desde los años treinta, son muchos los autores que han abordado el tema.

Zawadzki y Lazarsfeld (1935) describieron las biografías de 57 desempleados de Polonia. Sus actitudes básicas se definían básicamente por conductas de resignación, apáticas o de apesadumbre; presentaban a menudo sentimientos de indignación e irritabilidad; expresaban cierta amargura y sentimientos vengativos que raramente expresaban públicamente. Algunos perdían su confianza en la religión. Los valores sufrían un cambio decidido en la dirección de la práctica necesidad. Sus creencias políticas y sociales revelan un alejamiento principalmente de la comunidad y del estado. Los autores distinguieron que las reacciones iniciales ante el desempleo pueden dividirse en dos tipos: los que experimentan la pérdida de empleo como un gran shock emocional y los que experimentan la situación con un menor nivel de estrés emocional. Ellos distinguieron seis fases:

- 1- Debido al despido, se expresaban reacciones de temor y de angustia. Asimismo, existían reacciones de indignación, humillación, ira, odio y furia.
- 2- A continuación se pasaba a una fase de insensibilidad y apatía.

- 3- Se pasaría a una fase en la que se volvería a un estado de equilibrio mental o de optimismo definido por la confianza depositada en la figura de Dios, en el destino o la propia habilidad creyendo que las cosas mejorarán.
- 4- La fase anterior daría lugar a un sentimiento desesperante ante la inutilidad del esfuerzo que se aplica para la consecución del trabajo.
- 5- Los recursos materiales disminuyen, lo cual origina sentimientos de desesperanza que se manifiestan en ataques de miedo y/o de temor. Puede dar lugar a sentimientos de angustia y con alto riesgo al suicidio.
- 6- La última fase sería la de la dualidad entre la actividad o la inactividad, entre la esperanza y la desesperanza en función de los cambios en los recursos materiales.

Harrison (1976) define que las reacciones ante un desempleo prolongado en el tiempo se caracteriza inicialmente por un shock emocional, se sigue a una fase de optimismo, a continuación se pasa a una etapa de pesimismo para finalizar a una fase de fatalismo. Estas fases se encuentran más a menudo en sujetos de edades comprendidas entre los 25 y los 45 años y que presentan una amplia experiencia profesional desarrollada en el tiempo. Harrison describe que las reacciones ante el desempleo pueden ser diferentes y que éstas se encuentran en función del tipo de personalidad del sujeto, las expectativas depositadas en cuanto a conseguir un trabajo, la experiencia previa de desempleo y la red de relaciones sociales.

Hill (1977, 1978) distingue tres fases:

- 1- Fase inicial. De duración aproximada entre las dos semanas a los dos meses, se caracteriza por las posibles respuestas iniciales ante la situación de desempleo: en sujetos vulnerables hacia la situación, o bien expresan la manifestación de conductas traumáticas y sentimientos de indignación; o bien, expresan sentimientos de optimismo negando la situación y vivenciando la situación como unas “merecidas vacaciones”.

Durante esta fase, se considera que la situación de desempleo es como algo temporal.

- 2- Fase intermedia: De duración aproximada de entre los 2 y los 9 meses, el sentimiento de euforia inicial desaparece, las solicitudes de empleo fracasan, los ahorros empiezan a escasear y manifestarse las iniciales dificultades económicas. Empieza a describirse sintomatología ansiosa y/o depresiva.
- 3- Fase de adaptación al desempleo: De duración aproximada entre los 9 meses y el año, se caracteriza por aceptar la situación de desempleo y se irregularizan las conductas de búsqueda activa de empleo. Durante esta fase, disminuyen las esperanzas de hallar un trabajo en un período corto de plazo.

1.10.4. Dolor psicológico-emocional.

Para Valdés (1991), “el dolor es el síntoma médico por excelencia ya que se trata de una respuesta emocional negativa, sugerente de disfunción y de enfermedad. No obstante, el dolor no siempre representa el papel de señal de alarma y a veces se presenta sin correlatos biológicos que lo justifiquen, de modo que hay dolores sin diagnóstico preciso porque no son remitibles a patologías conocidas”. El mismo autor añade que se acepta el llamado *dolor idiopático* como aquella “categoría nosológica que engloba dolores crónicos de causa desconocida, modificables por factores ambientales y susceptibles de rehabilitación psicosocial”. Es decir, el dolor idiopático no prejuzga “psicopatología psiquiátrica ni tampoco se explica a partir de patología reumatológica o de otro orden, así que su diagnóstico y su tratamiento son muy problemáticos tanto para los reumatólogos como para los psiquiatras”.

El dolor idiopático es un trastorno de curso crónico que presenta un gran predominio en las sociedades industrializadas y cuyas implicaciones en el ámbito laboral son importantes. Entre los pacientes con dolor crónico existe un

elevado porcentaje de depresiones pero no está claro si se trata de un efecto o de una causa.

Valdés añade finalmente que:

“A efectos tanto clínicos como legales, cabría hablar de dolor idiopático cuando se trate de un dolor de más de seis meses de duración, sin correlatos biológicos que lo justifiquen ni psicopatología psiquiátrica acompañante, salvo los síndromes ansiosos o depresivos, que pueden ser considerados inespecíficos a efectos de establecer una categoría diagnóstica. Si el dolor subsiste tras el tratamiento antidepresivo, el diagnóstico de dolor idiopático puede confirmarse, máxime si, además, ya se ha recurrido inútilmente a las técnicas de relajación y a las terapias de modificación de conducta centradas en el tratamiento del dolor”.

Explorando la relación desempleo y dolor psicológico-emocional, los sujetos desempleados presentan niveles significativamente más altos de ansiedad, depresión, pérdida de confianza, niveles reducidos de autoestima y de felicidad en general incluso en comparación de los sujetos empleados pero con niveles retribucionales bajos (Theodossiou, 1998). De ahí que disminuya la sensación de bienestar psicológico y aumente el dolor emocional en sujetos desempleados de mediana edad en comparación de sujetos más jóvenes o en sujetos en edad de jubilación. Según Theodossiou, las mujeres parecen ser menos afectadas por el desempleo que los hombres.

La expresión del dolor emocional también ha sido abordada por Grossi (1999). Investigó las asociaciones entre los síntomas de dolor emocional y su disimulo y encubrimiento ante terceros. Se relacionó positivamente el dolor emocional con las dificultades económicas en:

- sujetos jóvenes y divorciados, siendo éstos mismos grupos quienes manifestaban más posibilidad de encubrimiento de sus síntomas psicológicos de dolor,

- los sujetos de sexo femenino con un nivel bajo de escolaridad pero con altos problemas económicos presentaban más probabilidad de cubrir sus emociones,
- y que, el encubrimiento de los síntomas de dolor emocional era menos frecuente en sujetos con bajo nivel educativo y con bajas dificultades financieras.

Sheeran y McCarthy (1990) pudieron comprobar que la presencia de una autoestima disminuida o reducida estaba asociada con el desempleo a largo plazo. Para estos autores, el desempleo aumenta la inconsistencia en las características atribucionales que uno mismo se puede aplicar y paraliza el desarrollo hacia la realización de nuevas metas establecidas. Esta situación puede tener riesgo a conducir al dolor psicológico-emocional con todas sus consecuencias.

Schaufeli y Van Yperen (1992) asociaron que el dolor psicológico-emocional derivado de la situación de desempleo se origina al cabo de 2 años de inactividad. Vuori y Vesalainen (1999) relacionan el deterioro de la situación económica-financiera con el aumento en la expresión de dolor psicológico. Asimismo, los autores añaden que una permanencia en el desempleo a largo plazo y la presencia de dolor psicológico-emocional predicen la necesidad de tener que incrementar la capacidad adaptación ante un nuevo trabajo (Vesalainen y Vuori, 1999).

Para Sheeran, Abrams y Orbell (1995), el dolor psicológico-emocional que se origina en el desempleado se expresa en el momento en el que el sujeto establece un proceso de comparación social con su estado del Yo ideal o Ego ideal. El Ego y/o autoconcepto del empleado suele ser significativamente más alto y más positivo en comparación de los sujetos desocupados (Bala y Lakshmi, 1992; Bala, 1998).

Miller y Hoppe (1994) opinan que el dolor psicológico-emocional es significativo ante una pérdida de trabajo atribuida al tratamiento injusto de los gerentes o responsables de departamentos. El dolor psicológico resulta mucho más alto cuando se ha efectuado un despido bajo la atribución de deficiencias o limitaciones personales en el trabajador. En cambio, el sentimiento de culpa resultante de la pérdida de trabajo no era asociado con niveles altos de dolor.

Para Hannan, O'Riain y Whelan (1997) la vivencia de desempleo en adultos jóvenes es la influencia más significativa en la expresión de dolor psicológico-emocional. El tipo de clase social de origen tiene un efecto contribuyente y diferenciador en la expresión del dolor psicológico.

Jackson, Iezzi, Lafreniere y Narduzzi (1998) también estudiaron el dolor psicológico-emocional de 43 pacientes empleados y de 40 pacientes desempleados que sufren de dolor crónico en relación con la situación de empleo. Los análisis indican que la severidad del dolor presenta relaciones directas con el dolor psicológico-emocional y el estado de empleo. Dicho de otro modo, el estado de empleo se relacionó directamente con el dolor crónico siendo mediatizada por los niveles de ansiedad originadas por las dificultades económicas.

Winefield y Tiggemann (1990) estudiaron la relación entre la longitud temporal del desempleo y el dolor psicológico-emocional derivado de éste. Asignaron 34 jóvenes desempleados (de edades comprendidas entre los 19 a 24 años) en 3 grupos: desempleados de menos de 3 meses, desempleados de 4 a 8 meses y desempleados de más de 9 meses. Los resultados obtenidos no indicaron grandes diferencias en los dos primeros grupos; en cambio, si se pudo apreciar que los sujetos del grupo de más de 9 meses desempleados mostraban mayores índices de dolor psicológico-emocional.

En Francia, Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel, Lelong (2000) analizaron la relación entre el desempleo y el dolor psicológico-emocional de 632 mujeres desempleadas al cabo de 1 año. Los resultados muestran que las mujeres desempleadas presentaban un exceso de dolor psicológico-emocional en comparación con las mujeres empleadas. Del mismo modo, se pudo apreciar que en todos los grupos de diferentes clases sociales existía la presencia del dolor psicológico-emocional pero con varias intensidades y magnitudes. De esta manera, se pudo apreciar que el dolor psicológico-emocional se hallaba especialmente relacionado con el estado de empleo en el grupo de mujeres con ocupaciones laborales de alta calificación.

Kessler, Turner y House (1989) tienen en cuenta que la eliminación o disminución de un elevado nivel de dolor psicológico-emocional se produce después de haber encontrado un nuevo trabajo. Lo que sugiere que pueden minimizarse los graves y negativos efectos psicológicos debidos a la pérdida de éste si las oportunidades de reempleo resultan viables.

1.10.5. Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg.

El Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ) fue diseñado para ser utilizado como un test de screening autoadministrado destinado a detectar trastornos psicológicos entre los encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, tal como la atención primaria o los pacientes medicoquirúrgicos ambulatorios. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psicológico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud.

Puesto que el cuestionario fue diseñado para su uso en el ámbito de consultas médicas, para Lobo y Muñoz (1996), el cuestionario se centra en las rupturas de la función normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida.

Refleja hasta qué punto un individuo cree que su estado actual es distinto del habitual.

En si mismo, el cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos:

- La incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales y,
- La aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico.

En general, el cuestionario detecta trastornos de menos de 2 semanas de duración. Es sensible a trastornos muy transitorios que pueden remitir sin tratamiento, por tanto, no establece un diagnóstico clínico.

Asimismo, la aplicación del Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg (1972, 1978) es un instrumento de evaluación que recoge medidas de estabilidad psicológica y es de gran aplicación en el ámbito laboral u ocupacional. Va orientado a la detección de sectores de población que padecen de leves trastornos psíquicos. Al aplicar el instrumento en grupo de jóvenes desempleados y con sus estudios finalizados, las puntuaciones obtenidas muestran que estos sujetos presentan un alto riesgo de sufrir trastornos psíquicos menores. En cambio, los que se hallan en activo muestran puntuaciones significativamente menores y, por tanto, una mejor salud mental. Estudios aplicados sobre la misma línea de investigación han podido demostrar que el deterioro en la salud mental del desempleado es causado por la situación de inactividad laboral y no debido a un estado de salud previo deficitario (Álvaro, 1989).

Aplicando el Cuestionario de Salud General (GHQ) con el fin de evaluar los trastornos psiquiátricos menores y su relación con las demandas de ayuda e intervención, se pudo comprobar que los valores eran altos para las mujeres, personas divorciadas y los sujetos desempleados presentando más predisposición en visitar los servicios de salud mental por alteraciones mentales

menores, sin tener en cuenta el estado de salud físico. Las puntuaciones en los que se refiere a la percepción de salud física subjetiva eran significativamente bajas (Verhaak, 1995).

Un estudio realizado por Graetz (1993), el autor examina el impacto del empleo y desempleo en la salud y bienestar psicológica medido por el Cuestionario de Salud General (GHQ). La muestra inicial estaba constituida por 8.998 sujetos que, finalmente se redujo a 6.151 al cabo de los 3 años posteriores a la entrevista inicial. Los resultados muestran que las personas empleadas informan significativamente más bajos niveles de trastornos de salud que los estudiantes y los desempleados. Graetz pudo descubrir que la salud cambia a lo largo del tiempo para aquellos sujetos que mantuvieron varias y diferentes experiencias vividas en el Mercado Laboral: en concreto, en aquellos sujetos que se mantuvieron durante mucho tiempo en un empleo y se han visto posteriormente desempleados; en la transición de la escuela al empleo y posteriormente al desempleo y en sujetos en cuyos empleos los cuales oscilaron entre la satisfacción e insatisfacción. Estas diferencias son atribuidas principalmente al estatus socio-económico y a variables demográficas (sexo, edad, nivel académico alcanzado,...). Por otra parte, el mismo autor señala que las consecuencias para la salud debido al estatus de actividad o inactividad laboral son circunstanciales en la calidad de trabajo. De esta manera y como resultado a lo que halló, Graetz constata que existen riesgos más altos contra la salud entre operarios insatisfechos y niveles más bajos de riesgo entre operarios satisfechos.

En un estudio que realizaron Viinamaeki, Hintikka, Kontula, Niskanen y Koskela (2000) pretendieron estudiar los factores asociados que dan lugar a la manifestación de alteraciones en la salud mental durante la época de crisis económica en Finlandia. Para el desarrollo del estudio aplicaron el Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg y analizaron el período temporal comprendido entre los años 1993 y 1995. Pudieron comprobar que los trastornos mentales eran más comunes en desempleados y más entre mujeres que en

hombres en todos los años que se han analizado. Para ambos sexos y en el período temporal analizado, los factores que constantemente estaban asociados y que contribuyen al origen de algún trastorno mental es la sensación subjetiva de un pobre estado de salud, la presencia de pensamientos suicidas y la vivencia de dificultades económico-financieras.

Manzano, Llorca, Salamero, Montejo, Matías, Beato y Díez (1995) se plantearon evaluar en un momento histórico de crisis económica la influencia de este factor sobre la salud mental. Tuvieron en cuenta las variables de sexo, edad, estado civil, nivel educativo y búsqueda o no del primer empleo. Desarrollaron un estudio transversal a partir de una muestra de 68 desempleados a los cuales se les aplicaba el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) y un protocolo de recogida de datos sociodemográficos. El grupo control estaba constituido por sujetos laboralmente activos sin patología psíquica igualados en las variables de sexo, edad, estado civil y nivel educativo. Los resultados obtenidos fueron sometidos a un tratamiento estadístico mediante una análisis de varianza. Pudieron valorar que el 42,65% de los sujetos desempleados estaban por encima del punto de corte y, por tanto, serían considerados posibles casos psíquicos frente al 11,11% del grupo control. En lo que se refiere a la variable sexo, los varones padecían una mayor disfunción social que las mujeres. Asimismo, los casados también presentaban tendencia hacia la disfunción social. Los autores también hallaron que existen dos intervalos de edad (36-46 años y 47-57 años) en los que aparece una mayor disfunción social que en los otros grupos de franjas de edad.

Bland, Stebelsky, Orn y Newman (1988) descubrieron una relación significativa entre el trastorno psiquiátrico y el desempleo a razón de una muestra compuesta por 3.258 sujetos a quienes se les aplicó el Cuestionario de Salud General (GHQ) entre otras pruebas más. Los resultados obtenidos muestran que una historia crónica de trastorno psiquiátrico aumenta las probabilidades de estar en desempleo. Estimaron que los trastornos que presentan un riesgo más alto para

el desempleo eran la anorexia, los trastornos de personalidad antisocial, la esquizofrenia y el abuso de sustancias. Los resultados obtenidos a razón de la aplicación del Cuestionario de Salud General (GHQ) indican que es probable que los sujetos que se encuentren desempleados presenten unos niveles más altos de sintomatología ansiosa que los sujetos empleados.

1.10.6. Trastornos de la Afectividad.

Para Vallejo y Ballús (1983), “parece incuestionable que la conducta normal y patológica del hombre es producto de la confluencia de variables de orden biológico, psicológico y social, aunque el peso específico de cada una de estas fuerzas varíe en las diferentes situaciones y entidades clínicas. (...) la depresión emerge en el contexto psicopatológico como un trastorno paradigmático de esta interacción bio-psico-social”.

Price, Van Ryn y Vinokur (1992) identificaron que los síntomas básicos de un estado de ánimo bajo, una asertividad social baja y las dificultades económicas son variables consideradas significativas de riesgo que predicen la sintomatología depresiva de un sujeto. Verhaegen, Deykin y Sand (1994) sugieren que existe un alto grado de sufrir trastornos afectivos en la adolescencia y en la madurez joven, época de la cual coincide aproximadamente con la pérdida del primer trabajo.

Peters, Hazel, Finkel y Colls (1994) opinan que los sujetos que se hallan en situación de desempleo presentan una cierta tendencia a mostrar unas actitudes más negativas en cuanto a la consecución de metas u objetivos y sobre sus propias experiencias laborales anteriores. Generalmente, los desempleados acostumbran a manifestar un menor nivel de actividad siendo más pasivos e involucrándose menos en actividades sociales. En lo que se refiere al desempeño de las actividades domésticas, las mujeres desempleadas suelen ser más activas que los hombres (Underlid, 1996).

Hallarse con una rotura de matrimonio o un nivel bajo de calidad de convivencia en pareja (lo que explica la ausencia de apoyo emocional), vivir bajo la presión de acontecimientos vitales considerados como angustiosos (por ejemplo, dificultades económicas) y estar desempleado son factores de riesgo sociales para dar lugar el origen de trastornos depresivos en paciente americanos (Roy, 1997).

El objetivo de otro estudio aplicado en los Países Bajos fue evaluar la incidencia de los trastornos afectivos estacionales. Mersch, Middendorp, Bouhuys, Beersma y Van Den Hoofdakker (1999) descubrieron que existía mayor índice diagnóstico del trastorno en mujeres jóvenes que en hombres hallándose la mayoría de sujetos en situación de inactividad laboral.

Rumzek (1998) considera que aún no se ha profundizado ampliamente en las investigaciones que contemplan la relación del dolor crónico derivado del impacto del desempleo. Rumzek administró el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) y una encuesta de recogida de datos personales en una muestra constituida por 96 sujetos con el fin de estudiar la relación. Se dividió la muestra entre desempleados, empleados, sujetos con dolor crónico y sujetos con dolor agudo. Los resultados obtenidos explican que existen unos niveles significativamente más altos de depresión, de estados de ansiedad y en rasgos de personalidad ansiosos en sujetos desempleados que sujetos empleados. Siendo significativamente más altos los índices de depresión en los sujetos que sufrían dolor.

Rife (1989) investigó los efectos psicológicos del paro en 148 operarios desempleados de mediana edad. Pudo apreciar que los sujetos que manifestaban un más bajo sentimiento de autoeficacia en sus procesos de búsqueda activa de trabajo presentaban una más alta probabilidad de exteriorizar niveles más altos de sintomatología depresiva, así como una

permanencia más amplia en el tiempo de su situación en el desempleo que aquellos sujetos que presentaban unos sentimientos de autoeficacia más altos.

Winefield y Tiggemann (1990) pudieron comprobar que la figura del sujeto desempleado mostró niveles más bajos de autoestima, niveles bajos de estado de ánimo, humor negativo y aplicación de procesos atribucionales externos que el sujeto empleado. En análisis longitudinales llevados a cabo posteriormente por Winefield, Winefield, Tiggemann y Goldney (1991) pudieron comprobar que el empleado satisfecho con su trabajo y los estudiantes mostraron índices más altos de autoestima, menor sintomatología depresiva, una menor aplicación de procesos atribucionales externos y un humor menos negativo que el empleado descontento y el desempleado.

Posteriormente y partir de otro estudio que realizaron, Winefield y Tiggemann (1994) añaden que tanto en el grupo de empleados como en el grupo de desempleados, la presencia de unas expectativas anteriores bajas de conseguir un trabajo llevó un aumento mayor en la autoestima que unas expectativas anteriores altas.

1.10.7. Trastornos de Ansiedad.

En relación con los trastornos de ansiedad, cabe decir que es dos veces más común en mujeres que en hombres. La presencia de variables como un estado civil de separación, de divorcio o de viudedad; ser mayor de 24 años y ser desempleado facilita el desarrollo del citado trastorno (Wittchen, Zhao, Kessler y Eaton, 1994).

Los casos psiquiátricos perciben normalmente niveles más altos de problemas psicosociales en el área desempleo, situación laboral, economía privada y aislamiento social. El deterioro psicológico, la falta de apoyo social y la tensión medioambiental del entorno en el que se halla el sujeto produce la manifestación

variable de trastornos psiquiátricos (Hansson, Nettelblatt, Borgquist y Nordstrom, 1994).

Según Fergusson, Horwood y Lynskey (1997), conforme aumenta en el tiempo la duración del desempleo se incrementa el riesgo de originar algún tipo de trastorno mental o agravar su sintomatología. De esta manera, la creciente exposición a la inactividad laboral se asocia a unos riesgos crecientes de presentar algún tipo de trastorno psiquiátrico en la adolescencia. Estos mismos autores, hallaron que los jóvenes expuestos al desempleo durante más de medio año presentaban un riesgo bastante elevado de padecer trastornos de ansiedad y/o abuso de sustancias que los sujetos que no estaban expuestos al desempleo. Consideraron que este riesgo se explica por parámetros sociales, familiares y personales que ya persistían incluso antes de abandonar la escuela.

En población estadounidense, los pacientes que sufren trastornos de ansiedad (ataques de pánico, trastornos fóbicos o trastornos obsesivos-compulsivos) presentan una alta probabilidad de mantenerse desempleados a largo plazo y cobrando una pensión de invalidez o una prestación económica (Leon, Portera, Weissman, 1995).

Un estudio efectuado por Turner, Kessler y House (1991) indicaron que los desempleados presentaban niveles significativamente más altos en depresión, ansiedad y en somatización. Para estos autores, la relación directa de estas variables es evidente. No obstante, puntualizan que esta relación es modificable gracias a la acción del apoyo social (como por ejemplo, la integración social o la disponibilidad de un confidente -pareja, padres, amigos, etc... -).

Eales (1988) evaluó el estado mental y las variables psicosociales de 80 varones desempleados de edad comprendida entre los 25 y los 56 años. Comprobó que de los sujetos que se encontraban en estado normal de salud mental en el momento que perdieron el empleo, el 14% desarrollaron algún trastorno

depresivo o ansioso y el 17% desarrollaron algún trastorno fronterizo por encima de los 1 a 6 meses de vivencia de la nueva situación. Existía un riesgo aumentado de manifestación de crisis asociadas con la falta de establecimiento de relaciones íntimas con la esposa o novia, con la timidez como rasgo de personalidad y con la existencia previa de dificultades económicas. De hecho, la experimentación de ansiedad puede impedir o dificultar la emisión de comportamientos socialmente positivos (Muñoz Sabaté , Bayés y Munné, 1980).

1.10.8. Trastornos Psicosomáticos.

Muchas enfermedades y/o trastornos tienen un componente psicológico significativo. Para Friedman y Booth-Kewley (1987), existen cinco enfermedades de las llamadas “psicosomáticas”, las cuales son el asma, la artritis, las úlceras, los dolores de cabeza y las cardiopatías coronarias.

La situación de desempleo puede ser un factor de causación externa con gran capacidad potencial de provocar desequilibrio mental con gran facilidad y que está en función del grado de vulnerabilidad del sujeto. Puede ser fácilmente fuente de trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. El bienestar y salud mental de un sujeto dañado por la ausencia de actividad laboral también puede derivarse en la manifestación de sintomatología psicosomática (Viinamaeki, Koskela, Niskanen, 1993). Viinamaeki, Koskela y Niskanen examinaron la relación el impacto del desempleo en la sintomatología psicosomática y el bienestar mental. Estimaron que un insuficiente apoyo social y un grado notable de incertidumbre acerca el futuro estaban asociadas con una elevada manifestación de sintomatología psicosomática. Añaden que la presencia de sintomatología psicosomática en desempleados está asociada con la depresión y con la necesidad de requerir ayuda psicológica. Viinamaeki, Niskanen, Koskela y Kontula (1995) pudieron comprobar, asimismo, que el uso de psicofármacos está asociado con el desempleo a largo plazo y con la falta de apoyo social.

1.10.9. Trastornos Fóbicos.

Hasta cierto punto, y sin asignar un contenido psicopatológico alguno, se pueden considerar normales los miedos leves a ciertos objetos o grados ligeros de fobia. En cambio, se puede atribuir un contenido psicopatológico en función de las consecuencias prácticas y repercusiones que tiene en la vida del enfermo la vivencia del trastorno. Es decir, es considerado como seriamente psicopatológico el sujeto cuya profesión es la de aviador o quien hace uso del avión para sus actividades profesionales y presenta fobia al avión (Marcó, Martí y Pons, 1990).

En general, los trastornos fóbicos suelen expresarse con más incidencia en sexo femenino que en sexo masculino. La prevalencia suele ser más baja en sujetos con una edad superior a los 45 años lo que sugiere la idea de que conforme se avanza en edad se da lugar la extinción gradual de la fobia. Arnarson, Gudmundsdottir y Boyle (1998) consideran que los sujetos que presentan mayor riesgo de presentar fobias son los: divorciados, los separados, las mujeres amas de casa, las personas con invalideces y/o los desempleados. El nivel educativo se relaciona inversamente: a medida que se disminuye en nivel educativo (menos de 10 años de tiempo de escolarización) aumenta los riesgos de padecer alguna fobia. La mayoría de los sujetos atribuyen sus crisis fóbicas a una experiencia espantosa específica y, en muchos casos, a razón de observar la reacción de otra persona desplegando una intensa reacción de miedo exagerado ante una situación concreta.

Los sujetos que sufren de Fobia Social pueden sufrir a largo plazo consecuencias negativas en el lugar de trabajo y en sus relaciones sociales. Wittchen y Beloch (1996) aplicaron pruebas de rendimiento en sujetos empleados que sufrían de Fobia Social. Pudieron determinar que la productividad de trabajo disminuyó significativamente como consecuencia del trastorno y que existía una proporción elevada de desempleados debidos a esta causa. Asimismo, los sujetos que padecían de Fobia Social frecuentaban más

tiempo en su puesto de trabajo observándose un incremento de sus horas extras laborables así como un número significativamente más alto de deterioro en la calidad de los resultados laborables. Norton, McLeod, Guertin, Hewitt, Walker, Stein (1996) contrastaron datos demográficos y psicopatológicos en sujetos que sufrían Ataques de Pánico y pacientes diagnosticados de Fobia Social. Las comparaciones demográficas demostraron que aunque las personas que padecían de Fobia Social eran muy educadas presentaban un mayor riesgo de experimentar la soledad y el desempleo. La Fobia Social afecta en la mayoría de las áreas de la vida de quien la padece, pero particularmente afecta en la educación, en el ámbito profesional y en las relaciones de pareja (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller y Liebowitz, 1999).

1.10.10. Neurastenia traumática.

Para Guimón y Guimón (1994), el concepto de “trauma” en las “Neurosis traumáticas” se debe referir tanto a agresiones físicas como a acontecimientos psíquicos importantes en la vida del sujeto. Se trata de trastornos nerviosos funcionales de origen psíquico padecidos por sujetos que hubieran sufrido un “trauma”, corporal o no (es decir, físico o psíquico). Existe un acuerdo en asignar una especial importancia a los factores biográficos del sujeto, los cuales condicionan trastornos de personalidad que les harían más vulnerables a determinados acontecimientos.

En 1918, Kraepelin describió la “neurastenia traumática” como una “distimia depresiva o malhumorada, unida a una actitud quejumbrosa, a una debilidad de la voluntad y a toda suerte de manifestaciones patológicas somáticas, en parte de índole nerviosa general, en parte localizadas”. Según Vallejo-Nágera (1944), se manifiesta un cuadro de tipo hipocondríaco, con el afecto fundamentalmente deprimido, irritabilidad y mal humor, apatía y escasa iniciativa, y con dificultades para el trabajo intelectual.

En la exploración física no se halla lesión alguna; no obstante, la expresión de cefaleas, dolores, palpitaciones y síntomas neurovegetativos adquieren extraordinaria magnitud. Insignificantes esfuerzos mentales despiertan una intensísima fatiga. El paciente teme todo intento de trabajo. Limita cuanto le es posible todo movimiento, de modo que permanece casi siempre sentado, sin hacer nada, o camina lentamente evitando no sólo esfuerzo físico, sino toda impresión algo más intensa de lo habitual. Según Kraepelin, gran parte de las dificultades podrían explicarse por la “falta de voluntad”.

Desde el punto de vista de Vallejo-Nágera, en la psicogénesis de la neurastenia traumática

“parece impropio la admisión de una valencia de deseo de estar enfermo, pues el hipocondríaco desea curarse, como sucede en la neurosis de paro; pero han de considerarse dos factores psíquicos importantes. Por una parte, el miedo a la invalidez y a no poder mantener la familia; y por otra parte, la sugestionabilidad ante los estímulos exógenos, pues el accidente motiva exploraciones que fijan la atención del hipocondríaco sobre sus molestias subjetivas. Estos neuróticos enferman de miedo de estar enfermos”.

1.10.11. Neurosis de paro.

En su “Tratado de Psiquiatría”, el Dr. Antonio Vallejo-Nágera (1944) describe la llamada *Neurosis de paro*, cuyo origen del trastorno reside en el deseo de trabajar o de al menos encontrar un trabajo.

El neurótico de paro experimenta un gran deseo por querer trabajar reaccionando con la sensación subjetiva de recuperar la plena salud integral inmediatamente cuando encuentra un trabajo. En este tipo de neurosis, prevalece la tendencia a buscar un empleo y si el neurótico se refugia en la enfermedad es para encontrar una cama que le aloje en el asilo o en el hospital.

Las neurosis de paro se originan cuando se han agotado los ahorros, y cuando las ayudas económicas derivadas del desempleo u otros tipos de ayuda son insuficientes para cubrir las necesidades de la familia.

Para Vallejo-Nágera,

“la representación mental de la angustia e inminente miseria se fija durante largas esperas en las colas de las oficinas de colocación, fomentada por las referencias de calvario de otros compañeros también sin trabajo. Al neurótico de paro suele repugnarle la mendicidad, y por eso se afana en buscar medios de vida aunque sea en otros oficios que el suyo. La representación mental perpetua de la miseria del hogar durante el día y los largos insomnios nocturnos impiden que se reparen las energías gastadas en la inútil búsqueda diaria, ya debilitada por los demás, a causa de la insuficiente nutrición. Paulatinamente se pierden fuerzas, sueño y apetito; sobrevienen cefaleas así como un estado de irritabilidad determinado por varias vivencias y por la imposibilidad de salvar los obstáculos que se oponen a regular la situación. Entonces, el sujeto se siente enfermo, sin fuerza para trabajar: nueva angustia agregada a la que ya sufre. El temor de estar enfermo le lleva a consultar el dispensario, en el que recibe consuelo de algún medicamento reconstituyente. La mejoría temporal obtenida con el tratamiento piérdase ante infructuosas gestiones para encontrar colocación, volviendo al dispensario, en donde acaso se le vuelve a socorrer”.

El neurótico de paro encuentra solución a costa de la salud, ya que considera que nadie le atiende cuando se halla sano, y que por el contrario, cuando se encuentra enfermo le prestan atención; “durante sus insomnios elabora las ventajas de estar enfermo” y desear no ser dado de alta en el hospital.

Al estar condicionado el síndrome por influencias exógenas y al recibir noticias de la miseria que padecen sus familiares, se genera una dinámica que intensifica su sintomatología depresiva, sobreviviendo ideas de suicidio contra las que lucha intensamente. Por el contrario, la noticia de que la mujer se apaña con algún jornal o que alguno de sus hijos han encontrado alguna ocupación satisfacen y tonifican el ánimo del desempleado, cosa que favorece la estimulación al deseo de querer salir del hospital mejorando su cuadro clínico una vez ya encuentra una ocupación.

Los sujetos que sufren de este tipo de trastorno pertenecen en su inmensa mayoría al sexo masculino, casados, con varios hijos y llevando algún tiempo sin encontrar ocupación. Debido a ello, se origina una reacción depresiva favorecida por una debilidad orgánica resultante de una deficiente nutrición. Suele expresarse en sujetos cuyo grado de compromiso con el trabajo es alto.

Somáticamente se caracteriza por un estado de debilidad general, palidez de la piel, astenia y anemia secundaria debido por una alimentación insuficiente.

Psíquicamente, se expresa un afecto fundamentalmente deprimido y con manifestaciones hipocondríacas.

1.10.12. Neurosis de renta.

A partir de la creación por Bismarck de las llamadas “cajas laborales”, se apreció un aumento de pacientes que acudían a estos centros en busca de ayuda económica. El término de “buscadores de renta” (“*die Rentenverfahrer*”) se originó en el momento en que se propició el abuso de solicitudes de sujetos cuyos padecimientos físicos no parecían justificar su adjudicación.

Entre 1926 y 1930, la escuela alemana representada por Bonhoeffer y Hauptmann relacionan todos los trastornos psíquicos postraumáticos con el deseo de indemnización e introducen el término de “*neurosis de renta*”.

En esencia, las neurosis de renta se caracterizan por la búsqueda de compensaciones o beneficios, lo que tiñe al cuadro clínico de rasgos que, en ocasiones, hacen pensar en la simulación. El buscador de renta con quejas físicas rehuye, si puede, de nuevos contactos con médicos y parece querer conservar para sí el síntoma del que obtiene algunos beneficios (Guimón y Guimón, 1994).

Para Ortega-Monasterio (1993), la elaboración del síntoma en la neurosis de renta sería simbólica, guardando relación con el conflicto que inconscientemente se desea evitar. Asimismo, la neurosis de renta va orientada a conseguir la denominada “ganancia secundaria” que obtiene el paciente a través de la enfermedad; la cual no sería propiamente un beneficio conscientemente obtenido a través de una simulación, sino una satisfacción obtenida

inconscientemente a través de una auténtica enfermedad (por ej. el “beneficio secundario” consistiría en no asumir una responsabilidad laboral, o en percibir una indemnización después de un accidente).

El concepto de neurosis de renta está relacionado con la ganancia secundaria de tipo económico (“compensation neurosis” de los anglosajones), como compensación de la convalecencia o la invalidez, pero cabe subrayar que tal eventualidad no queda limitada a personas de bajo nivel socio-económico, pues personas de medios socio-económicos altos también llegan a interiorizar el daño corporal como algo retribuable a corto plazo (Ortega-Monasterio, 1991).

La ganancia secundaria obtenida a través de la conversión no siempre es de tipo objetivo o material (como una indemnización o una baja laboral) sino que con frecuencia es de tipo puramente afectivo.

Ortega-Monasterio (1991) es de la opinión de que las neurosis de renta suelen tener una base paranoide y, en ocasiones, también de tipo histérico (por paradójica que parezca esta coincidencia). Según él,

“en los informes escritos debe evitarse el diagnóstico explícito de neurosis de renta, por lo que puede tener de peyorativo y potenciador del conflicto, y nos limitaremos a un diagnóstico sindrómico haciendo constar su carácter sinistrósico o reivindicativo. (...) En cualquiera de los casos deben evitarse las actitudes desconsideradas o despectivas ante tal eventualidad clínica de las neurosis de renta, dado que se trata de una auténtica enfermedad”.

Cualquier enfermedad física puede originar una actitud de búsqueda de ganancias secundaria, siendo en las neurosis en dónde se da lugar con más frecuencia. La reducción de la tensión y/o del conflicto a través de la enfermedad neurótica es el primer propósito o ganancia primaria del trastorno; siendo la ganancia secundaria, en la que se intenta conseguir ventajas del mundo exterior mediante la enfermedad. Por ejemplo: a través de la provocación de pena para obtener atención y simpatía, manipulación de los demás e incluso compensaciones de las que se siente acreedor. No obstante, el tránsito entre este tipo de ganancias secundarias de enfermedad dirigidas a librarse por un

cierto tiempo del trabajo y la llamada “neurosis de renta” no es en ocasiones preciso (Guimón y Guimón, 1994).

Luna (1998) considera que la *neurosis de renta* es una actitud patológica en la que el sujeto niega su curación y piensa de buena fe (en esto se diferencia de la simulación) que no ha obtenido la reparación adecuada del daño sufrido, situación de la cual da paso a una actitud reivindicativa permanente, que puede combinarse o no con otras actitudes y conductas neuróticas. Para Luna, este tipo de neurosis origina un difícil problema en donde el estado previo del sujeto y la existencia de un agente (generalmente traumático) van a desencadenar un cuadro que habrá de diferenciar de la simulación. De ahí que considere importante que para el diagnóstico se valore los estímulos ambientales psicológicamente significativos, los cuales deben encontrarse temporalmente relacionados con la iniciación o exacerbación de la enfermedad física.

Para Guimón y Guimón (1994), los pacientes con actitud de búsqueda de renta pueden presentar todo tipo de sintomatología física o psíquica propia de los padecimientos orgánicos o los trastornos de personalidad previos. Según ellos, son varias las características que diferencian a los “buscadores de renta” de los neuróticos en general, de los hipocondríacos y de los simuladores. De esta manera, consideran que los mismos se caracterizan por: ausencia de angustia patológica; afectación de los órganos relacionados con el trabajo previo al sufrimiento del “trauma”, con conservación paradójica de otras funciones; mala disposición a ser objeto de nuevas entrevistas médicas y a someterse a exploraciones instrumentales dolorosas o a internamientos psiquiátricos; caracterología lastimera, pegajosa, reticente, con impresión de deficiente “energía vital”; antecedentes personales que inclinan a pensar en la existencia de serias dificultades para enfrentarse a la lucha por la vida.

Según el tipo de circunstancias biográficas en las que se desenvuelva el paciente, pueden surgir síntomas depresivos y/o de ansiedad. De esta forma, y

para Ortega-Monasterio (1991), las perspectivas laborales poco gratificantes, así como de situaciones de desempleo y la baja cualificación profesional son factores de mal pronóstico en cuanto a la total curación y reinserción laboral. Asimismo, el mismo autor añade que

“la existencia de síntomas cronificados no implica necesariamente incapacidad laboral permanente, sino que en la mayoría de casos, al igual que la mayoría de enfermos neuróticos, la sintomatología y el tratamiento ambulatorio de la misma es compatible con una vida y un grado de autonomía relativamente normal, aunque se hará constar explícitamente la indicación de tratamiento especializado durante un periodo de tiempo indeterminado”.

Para distinguir la “neurosis de renta” de los simuladores, el adjetivo “consciente” es decisivo para delimitar el concepto de “simulación”. De esta manera, García-Andrade (1991) define la simulación como

“la imitación consciente de una enfermedad mental, con vistas a obtener una ganancia, eludir una sanción, obtener una indemnización o perjudicar a un tercero de forma predeterminada. La disimulación supone obtener los mismos beneficios pero ocultando los síntomas de la enfermedad mental que se padece, y por supuesto también de forma consciente”.

1.10.12.1. Sinistrosis o neurosis sinistrósica de Brissaud.

Desde un punto de vista médico-legal del daño psíquico, Gisbert y Gisbert (1998) consideran que la llamada *Sinistrosis de Brissaud* es el concepto que mejor se adapta a las neurosis de renta.

En 1908, Brissaud crea el término que se ha hecho clásico “*sinistrosis*”, y que se refiere a las reacciones hipocondríaco-reivindicativas a las que posteriormente se llamará neurosis de renta (Ortega-Monasterio, 1987).

Guimón y Guimón (1994) son de la opinión de considerar que la llamada “sinistrosis” debe también ser incluida, o quizá equiparada con la neurosis traumática; exceptuándose en los casos en que predomine una clara actitud de búsqueda de renta. En estos últimos casos, serían equiparables entonces a las

llamadas “neurosis de renta”, las cuales no pertenecen a las “neurosis traumáticas”.

La neurosis sinistrósica de Brissaud consiste fundamentalmente en una reacción deliroide de reivindicación que se desarrolla entre los operarios debido a un accidente laboral. Estos creen tener derecho a una indemnización a pesar de la total curación de la herida, o bien, estiman insuficiente la indemnización concedida por su incapacidad funcional.

Para Brissaud, la neurosis sinistrósica es como “una cristalización crítica o psicomotriz consecutiva a un traumatismo y una exageración de una impotencia funcional, frecuentemente mínima, con prolongación del paro de trabajo”. Para el mismo autor, se trataría de un accidente histérico en sujetos con constitución paranoica. Ello es debido a que el enfermo cree que se ha vulnerado sus intereses interpretando como prueba de malevolencia y de injusticia la actitud de sus patronos o de su médico. Cuando la sintomatología neurótica se une al síndrome traumático se trata de una situación favorable para el enfermo con el fin de servirle como argumento para reivindicar. Brissaud define la sinistrosis como:

“un estado mental particular de ciertos accidentados que exageran su impotencia funcional, prolongan anormalmente su incapacidad laboral, enriquecen las secuelas objetivas -frecuentemente mínimas- de su accidente con una serie de datos subjetivos y sobre todo manifiestan sus tendencias reivindicativas cada vez más desarrolladas en vista a conseguir la máxima indemnización por el perjuicio causado. Es, pues, una especie de delirio razonante, fundado en una idea falsa de reivindicación”.

Para Vallejo-Nágera (1944), la psicogénesis u origen de la neurosis sinistrósica es sencilla ya que durante su forzada inactividad laboral, el sujeto reflexiona sobre las ventajas que puede reportarle la lesión (permanencia en la cómoda clínica, cuantía económica de la indemnización, etc.). Siguiendo a Vallejo-Nágera, en los siniestrados

“es común el horror al trabajo, sea porque se tema la pérdida de la pensión, sea porque se intenta demostrar que se trata de incapacidades reales; pero lo cierto

es que el rendimiento es escasísimo cuando se obliga a estos accidentados a que trabajen en tareas para los que poseen capacidad funcional”.

Según Ortega-Monasterio (1991), tal término no debe aplicarse indiscriminadamente ante todos los casos en los que haya una demanda de una renta o una pensión (“*no toda actitud reivindicativa postraumática supone una reacción paranoide ni una búsqueda de indemnización económica excesiva*”), y en cualquier caso debe evitarse tal denominación como diagnóstico explícito en los informes escritos.

La peculiaridad de la sinistrosis es la búsqueda de un beneficio o de una renta (Guimón y Guimón, 1994). Vallejo-Nágera subraya la importancia de la búsqueda de renta por parte del sinistrado, citando la experiencia de túnel del Simplón y en cuyos accidentes se producían bajas laborales más prolongadas en el tiempo en los obreros suizos que en los italianos. Eso era debido a que los primeros cobraban de forma íntegra su jornal, mientras que los últimos sólo percibían la mitad en período de baja laboral.

Se puede considerar normal la existencia de una cierta tendencia a obtener “ganancias secundarias” tras el padecimiento de enfermedades. Cuando este tipo de “ganancias secundarias” son de índole económica, la dificultad en distinguir la actitud de los simuladores de la de los “buscadores de renta” es apreciable (Guimón y Guimón, 1994). Debido a ello, resulta muy difícil poder valorar si los trastornos se deben a la falta de voluntad de trabajar o a una real incapacidad para el trabajo.

Es preferible enmarcar una actitud persistente de “búsqueda de renta” dentro del contexto de los “trastornos de personalidad” que de las “neurosis”. Asimismo, cuando el contenido de las reivindicaciones roza el delirio; la lucha por la indemnización adopta un carácter activo; se deforma la realidad de los hechos; se llega a las ofensas e incluso a las amenazas. Los “buscadores de renta” se

incluirían en los llamados “querulantes de pensión”. Los cuales se hallan incluidos en el contexto de las psicosis paranoides sistematizadas.

1.10.13. Trastornos Esquizofrénicos.

En un estudio planteado por Goldberg, Lucksted, McNary, Gold, Dixon y Lehman (2001) demuestran la correlación existente entre el desempleo a largo plazo y la expresión de trastornos mentales severos y crónicos. Los resultados de los análisis aplicados sobre una muestra compuesta por 219 sujetos indican que conforme aumenta la edad, los diagnósticos de psicosis, la severidad de la sintomatología negativa de los trastornos esquizofrénicos y los casos de previas hospitalizaciones anteriores estaban significativamente relacionados con el desempleo a largo plazo. Consideran que la situación de persistencia en la situación de desempleo provoca un deterioro neurocognitivo importante y apuntan la necesidad de reevaluar la eficacia de los servicios tradicionales de rehabilitación profesionales.

También pueden existir casos de psicosis originadas por sustancias tóxicas derivadas del propio ámbito laboral (por ej., el óxido de carbono, plomo, mercurio, disolventes volátiles,...) los cuales pueden llegar a producir incapacidades laborales transitorias o -por su cronicidad- a ser una incapacidad laboral definitiva (Marcó, Martí y Pons, 1990).

Priebe, Warner, Hubschmid y Eckle (1998) examinaron el impacto del trabajo en la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos empleados y pudieron concluir que los sujetos expresaron una menor manifestación en la gravedad de la psicopatología así como unos índices subjetivos de bienestar y de ingresos económicos positivamente valorados por ellos. Los resultados que obtuvieron sugieren que el trabajo es asociado con una notable buena calidad de vida en sujetos esquizofrénicos.

Hayes y Halford (1996) compararon 3 clases de grupos: un grupo de 16 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, un grupo de 16 sujetos desempleados de larga duración y un grupo de 16 sujetos empleados. Se observó que el grupo de desempleados y el grupo de sujetos que sufrían trastornos esquizofrénicos presentaban un menor nivel de implicación en actividades profesionales u ociosas que el grupo de empleados. El grupo de sujetos que presentaban el trastorno psiquiátrico presentaba un menor nivel de participación en actividades consideradas ociosas o agradables manifestando más dificultades de interrelación social que los otros dos grupos.

Melle, Friis, Hauff y Vaglum (2000) estudiaron los niveles de reintegración social en pacientes esquizofrénicos de Oslo (Noruega), un país con un sistema de bienestar social bien desarrollado y con unos índices bajos de desempleo. Añaden que los resultados de un pobre funcionamiento social general y una baja reinserción social se asociaban con la pérdida o la dificultad en conseguir un empleo. Agregan que el desempleo en este colectivo es importantemente alto y que los esfuerzos de rehabilitación social de este grupo de sujetos son insuficientes. Por el contrario, períodos cortos de hospitalización, niveles académicos altos, de estado civil casado, de sexo masculino y no manifestar ningún tipo de crisis psicóticas predijeron resultados positivos de oportunidades de reempleo.

Sobre una muestra de 143 pacientes con trastornos mentales profundos, Mueser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake y Dain (1997) trataron de entender la relación entre obtener un empleo y los cambios que puedan sucederse en el nivel de funcionamiento general (síntomas, número de hospitalizaciones, abuso de sustancias, nivel de autoestima, nivel de calidad de vida). Pudieron determinar que los pacientes que continuaron trabajando tendieron a presentar una menor sintomatología (particularmente, en desórdenes del pensamiento), mejoraron los niveles de autoestima, los niveles de satisfacción hacia los servicios profesionales de la salud mental y en lo que respecta a los ingresos económicos. Los resultados obtenidos por los autores, confirman la idea de que

disfrutar de un empleo protege al sujeto contra cualquier alteración mental. El empleo es asociado con niveles de salud mental y estados físicos positivos para el sujeto desempleado lo cual, a su vez, recae en muchas esferas de su vida.

Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo y Bebout (2001) examinaron los efectos del trabajo sobre la calidad de vida, la autoestima y en la sintomatología de 149 sujetos desempleados con trastornos mentales severos que recibían un programa de rehabilitación e inserción laboral y profesional. Clasificaron los sujetos en 4 grupos según el tipo de trabajo: sujetos con trabajo competitivo, sujetos con trabajo protegido, sujetos con un mínimo de trabajo y sujetos sin trabajo. Los autores encontraron que el grupo de sujetos con trabajo competitivo mostró una mejoría de su sintomatología manifestándose en una elevada satisfacción por los servicios profesionales, por sus actividades ociosas, por su nivel económico y en sus niveles de autoestima en comparación con los participantes del grupo de mínimo trabajo y del grupo que no disfrutaban de ningún trabajo. El grupo constituido por sujetos que ocupaban un trabajo protegido no mostró ningún tipo de ventaja.

Estudiando las variables medioambientales así como las variables individuales de sujetos que presenta invalideces psiquiátricas (trastornos afectivos, esquizofrenias, trastornos esquizoafectivos o trastornos de ansiedad), Kirsh (2000) ofrece importancia a la cultura de la organización y al clima del lugar de trabajo y su congruencia con el sistema de valores de los individuos de los cuales forman parte con el fin de promover resultados profesionales positivos.

Trabajando sobre un grupo de sujetos menores de 25 años que visitaban los servicios neuro-psiquiátricos de Galicia, Varela-Novo (1999) distinguió que los desempleados que nunca habían trabajado mostraban signos de ansiedad, intranquilidad, pródromos esquizoides y mecanismos de autoreferencia. En cambio, los jóvenes que disfrutaban de un trabajo pero el cual era temporal y/o inestable, presentaban un número elevado de casos de trastornos depresivos,

trastornos fóbicos, trastornos alimentarios (anorexia / bulimia) y trastornos digestivos.

1.10.14. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Psicopatología.

- AL JADDOU, H; MALKAWI, A. (1997). "Prevalence, recognition and management of mental disorders in primary health care in Northern Jordan". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997 Jul; 96(1): 31-5.
- ÁLVARO, JL. (1989). "Desempleo y Bienestar Psicológico". Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ARNARSON, EO; GUDMUNDSDOTTIR, A; BOYLE, GJ. (1998). "Six-month prevalence of phobic symptoms in Iceland: an epidemiological postal survey". *Journal of Clinical Psychology*. 1998 Feb; 54(2): 257-65.
- ARO, S; ARO, H; KESKIMAKI, I. (1995). "Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up". *The British Journal of Psychiatry; The Journal of Mental Science*. 1995 Jun; 166(6): 759-67.
- BALA, M. (1998). "Social self-concept of educated employed and educated unemployed women". *International Journal of Social Psychiatry*. 1998 Spr; Vol 44(1): 71-74.
- BALA, M; LAKSHMI, (1992). "Perceived self in educated employed and educated unemployed women". *The International Journal of Social Psychiatry*. 1992; 38(4): 257-61.
- BENDER, S; KONIETZKA, D; SOPP, P. (2000). "Diskontinuität im Erwerbsverlauf und betrieblicher Kontext. / Continuity in work life and the firm". *Kolner Zeitschrift fuer Soziologie und Sozialpsychologie*. 2000 Sep; Vol 52(3): 475-499.
- BLANCH, JM. (1989). "Valoración del trabajo y patología en el paro". En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). "Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico". Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- BLAND, RC; STEBELSKY, G; ORN, H; NEWMAN, SC. (1988). "Psychiatric disorders and unemployment in Edmonton". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988; Vol 77(Suppl 338): 72-80.
- BOND, GR; RESNICK, SG; DRAKE, RE; XIE, H; McHUGO, GJ; BEBOUT, RR. (2001). "Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001 Jun; Vol 69(3): 489-501.
- BUFFAT, J. (2000). "Unemployment and health". *Revue Medicale de la Suisse Romande*. 2000 Apr. 120(4):379-83.
- CLAUSSEN, B. (1999). "Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed". *The Liking*. 1999 Jan; 94(1): 133-8.
- CLAUSSEN, B; BJORN DAL, A; HJORT, PF. (1993). "Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed". *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1993 Feb; 47(1): 14-8.
- COMINO, EJ; HARRIS, E; SILOVE, D; MANICAVASAGAR, V; HARRIS, MF. (2000). "Prevalence, detection and management of anxiety and depressive symptoms in unemployed patients attending general practitioners". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 34(1):107-13, 2000 Feb.

- DIRKSEN, ME. (1994). *"Unemployment: more than the loss of a job"*. AAOHN JOURNAL. 1994 Oct; 42(10): 468-76.
- DOOLEY, D; CATALANO, R; WILSON, G. (1994). *"Depression and unemployment: Panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study"*. American Journal of Community Psychology. 1994 Dec; Vol 22(6): 745-765.
- EALES, MJ. (1988). *"Depression and anxiety in unemployed men"*. Psychological Medicine. 1988 Nov; Vol 18(4): 935-945.
- FERGUSSON, DM; HORWOOD, LJ; LYNSKEY, MT. (1997). *"The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood"*. Psychological Medicine. 1997 Mar. 27(2):371-81.
- FRIEDMAN, HS; BOOTH-KEWLEY, S. (1987). *"Disease-Prone personality. A meta-analytic view of the construct"*. American Psychologist, 42(6), 539-555.
- GARCÍA-ANDRADE, JA. (1991). *"La simulación y disimulación de la enfermedad mental"*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *"Psicopatología Jurídica y Forense"*. PPU - Promociones y Publicaciones Universtarias, S.A. Barcelona.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- GISBERT, JA; GISBERT, MS. (1998). *"Valoración médico-legal del daño psíquico"*. En GISBERT, JA. *"Medicina Legal y Toxicología"*. Editorial MASSON, S.A. Barcelona. (pág. 1088-1100).
- GOLDBERG, RW; LUCKSTED, A; McNARY, S; GOLD, JM; DIXON, L; LEHMAN, A. (2001). *"Correlates of long-term unemployment among inner-city adults with serious and persistent mental illness"*. Psychiatric Services. 2001 Jan; Vol 52(1): 101-103.
- GRAETZ, B. *"Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women"*. Social Science & Medicine. 1993 Mar; 36(6): 715-24.
- GROSSI, G. (1999). *"Coping and emotional distress in a sample of Swedish unemployed"*. Scandinavian Journal of Psychology. 1999 Sep. 40(3):157-65.
- GRUNBERG, L; MOORE, SY; GREENBERG, E. (2001). *"Differences in psychological and physical health among layoff survivors: the effect of layoff contact"*. Journal of Occupational Health Psychology. 6(1):15-25, 2001 Jan.
- GUIMÓN, J; GUIMON, J. (1994). *"Neurosis de renta: psicopatología y compensación"*. En DELGADO, S; ESBEC, E; RODRÍGUEZ, F; GONZÁLEZ de RIVERA, JL. *"Psiquiatría Legal y Forense (Volumen I)"*. Editorial COLEX. Madrid. (pág. 1295-1323).
- HAMILTON, VL; HOFFMAN, WS; BROMAN, CL; RAUMA, D. (1993). *"Unemployment, distress, and coping: a panel study of autoworkers"*. Journal of Personality & Social Psychology. 1993 Aug; 65(2): 234-47.
- HAMMARSTROEM, A; JANLERT, U. (1997). *"Nervous and depressive symptoms in a longitudinal study of youth unemployment--selection or exposure?"*. Journal of Adolescence. 1997 Jun; Vol 20(3): 293-305.
- HANNAN, DF; O'RIAIN, S; WHELAN, CT. (1997). *"Youth unemployment and psychological distress in the Republic of Ireland"*. Journal of Adolescence. 1997 Jun. 20(3):307-20.

- HANSSON, L; NETTELBLADT, P; BORGQUIST, J; NORDSTROM, G. (1994). "Screening for psychiatric illness in primary care. A cross-sectional study in a Swedish health district". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 1994 Apr; 29(2): 83-7.
- HARRISON, R. (1976). "The demoralising experience of prolonged unemployment". *Department of Employment Gazette*. 339-48.
- HAYES, RL; HALFORD, WK. (1996). "Time use of unemployed and employed single male schizophrenia subjects". *Schizophrenia Bulletin*. 1996. 22(4):659-69.
- HILL, JM. (1978). "The social and psychological impact of unemployment". The Tavistock Institute of Human Relations.
- HUGHES, KH, (1993). "Economic uncertainty: helping employees cope". *AAOHN Journal*. 1993 Aug; 41(8): 364-8.
- HUTCHINGS, J; GOWER, K. (1993). "Unemployment and mental health". *Journal of Mental Health UK*. 1993 Dec; Vol 2(4): 355-358.
- IVERSEN, L; SABROE, S. (1988). "Psychological well-being among unemployed and employed people after a company closedown: A longitudinal study". *Journal of Social Issues*. 1988 Win; Vol 44(4): 141-152.
- JACKSON, T; IEZZI, A; LAFRENIERE, K; NARDUZZI, K. (1998). "Relations of employment status to emotional distress among chronic pain patients: A path analysis". *Clinical Journal of Pain*. 1998 Mar; Vol 14(1): 55-60.
- KESSLER, E. (1996). "Correlation of marital satisfaction and depression among couples where one spouse has become involuntarily unemployed". *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social- Sciences*. 1996 Aug; Vol 57(2-A): 0876.
- KESSLER, RC; TURNER, JB; HOUSE, JS. (1989). "Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample". *American Sociological Review*. 1989 Aug; Vol 54(4): 648-657.
- KIESELBACH, T. (1989). "El desempleo juvenil: consecuencias en la salud y recomendaciones para las intervenciones psicosociales". En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). "Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico". Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- KIRSH, B. (2000). "Factors associated with employment for mental health consumers". *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000 Sum; Vol 24(1): 13-21.
- KRAUT, A; MUSTARD, C; WALLD, R; TATE, R. (2000). "Unemployment and health care utilization". *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2000 Apr. 26(2):169-77.
- LEON, AC; PORTERA, L; WEISSMAN, MM. (1995). "The social costs of anxiety disorders". *British Journal of Psychiatry*. 1995 Apr; Vol 166(Suppl 27): 19-22.
- LOBO, A; MUÑOZ, PE. (1996). "Cuestionario de Salud General – GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. David Golberg y Paul Williams". Editorial MASSON, S.A. Barcelona.
- LUNA, A. (1998). "Psicopatología Laboral". En GISBERT, JA. "Medicina Legal y Toxicología". Editorial MASSON, S.A. Barcelona. (pág. 1067- 1072).

- MANZANO, JM; LLORCA, G; SALAMERO, C; MONTEJO, AL; MATÍAS, J; BEATO, M; DÍEZ, M. (1995). "Influencia del paro en la salud mental". *PSIQUIS*.1995; Vol. 16 (nº 5): 203. 41-47.
- McGURK, SR; MELTZER, HY. (2000). "The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia". *Schizophrenia Research*. 2000 Oct; Vol 45(3): 175-184.
- MELLE, I ; FRIIS, S ; HAUFF, E ; VAGLUM, P. (2000). "Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies". *Psychiatric Services*. 2000 Feb. 51(2):223-8.
- MERSCH, PP; MIDDENDORP, HM; BOUHUYS, AL; BEERSMA, DG; VAN DEN HOOFDACKER, RH. (1999). "The prevalence of seasonal affective disorder in The Netherlands: a prospective and retrospective study of seasonal mood variation in the general population". *Biological Psychiatry*. 1999 Abr 15; 45(8): 1013-22.
- MILLER, MV; HOPPE, SK. (1994). "Attributions for job termination and psychological distress". *Human Relations*. 1994 Mar; Vol 47(3): 307-327.
- MONTGOMERY, SM; COOK, DG; BARTLEY, MJ; WADSWORTH, ME. (1999). "Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men". *International Journal of Epidemiology*. 1999 Feb. 28(1):95-100.
- MUESER, KT; BECKER, DR; TORREY, WC; XIE, H; BOND, GR; DRAKE, RE; DAIN, BJ. (1997). "Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis". *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1997 Jul. 185(7):419-26.
- MUÑOZ SABATÉ, L; BAYÉS, R; MUNNÉ, F. (1980). "Introducción a la Psicología Jurídica". Editorial Trillas, México.
- NORTON, GR; McLEOD, L; GUERTIN, J; HEWITT, PL; WALKER, JR; STEIN, MB. (1996). "Panic disorder or social phobia: which is worse?". *Behaviour Research & Therapy*. 1996 Mar; 34(3): 273-6.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). "El trastorno por estrés postraumático (revisión de los diversos conceptos desde las neurosis traumáticas y de renta hasta la nomenclatura del DSM-III)". En "XIII Jornadas Españolas de Medicina Forense". Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1993). "Aproximación a la Medicina Psicosomática (de la emoción a la lesión)" en "Lecciones de Psicología Médica". PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias, SA. Barcelona. 1993: 447-464.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1993). "La afectividad (timia) y las emociones" en "Lecciones de Psicología Médica". PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias, SA. Barcelona. 1993: 313-50.
- PENKOWER, L; BROMET, EJ; DEW, MA. (1988). "Husbands' layoff and wives' mental health: A prospective analysis". *Archives of General Psychiatry*. 1988 Nov; Vol 45(11): 994-1000.
- PETERS, VJ; HAZEL, LA; FINKEL, P; COLLS, J. (1994). "Rehabilitation experiences of patients receiving dialysis". *ANNA JOURNAL*. 1994 Dec; 21(7): 419-26, 457; discussion 427.
- POLAK, P; WARNER, R. (1996). "The economic life of seriously mentally ill people in the community". *Psychiatric Services*. 1996 Mar; Vol 47(3): 270-274.

- PRICE, RH; VAN RYN, M; VINOKUR, AD. (1992). *"Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed"*. Journal of Health & Social Behavior. 1992 Jun; 33(2): 158-67.
- PRIEBE, S; WARNER, R; HUBSCHMID, T; ECKLE, I. (1998). *"Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries"*. Schizophrenia Bulletin. 1998; 24(3): 469-77.
- REYNOLDS, S; GILBERT, P. (1991). *"Psychological impact of unemployment: Interactive effects of vulnerability and protective factors on depression"*. Journal of Counseling Psychology. 1991 Jan; Vol 38(1): 76-84.
- RIFE, JC. (1989). *"Depression, job search self-efficacy, and the unemployed older adult"*. Clinical Gerontologist. 1989; Vol 8(4): 43-45.
- ROY, A. (1997). *"A case-control study of social risk factors for depression in American patients"*. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie. 1997 Apr. 42(3):307-9.
- RUMZEK, HA. (1998). *"Does unemployment become a major stressor in the evolution of chronic pain?"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1998 Jan; Vol 58(7-B): 3914.
- SAUREL-CUBIZOLLES, MJ; ROMITO, P; ANCEL, PY; LELONG, N. (2000). *"Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France"*. Journal of Epidemiology & Community Health. 2000 Mar; Vol 54(3): 185-191.
- SCHAUFELI, WB; VAN YPEREN, NW. (1992). *"Unemployment and psychological distress among graduates: A longitudinal study"*. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1992 Dec; Vol 65(4): 291-305.
- SCHEID, TL. (1993). *"An investigation of work and unemployment among psychiatric clients"*. International Journal of Health Services; Planning, Administration, Evaluation. 1993; 23(4): 763-82.
- SHEERAN, P; ABRAMS, D; ORBELL, S. (1995). *"Unemployment, self-esteem, and depression: A social comparison theory approach"*. Basic and Applied Social Psychology. 1995 Aug; Vol 17(1-2): 65-82.
- SHEERAN, P; MCCARTHY, E. (1990). *"The impact of unemployment upon self-conception: Evaluation, affection, consistency and involvement dimensions"*. Social Behaviour. 1990 Nov-Dec; Vol 5(5): 351-359.
- THEODOSSIOU, I. (1998). *"The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: a logistic regression approach"*. Journal of Health Economics. 1998 Jan. 17(1):85-104.
- TORREGROSA, JR; BERGERE, J; ÁLVARO, JL. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- TURNER, JB; KESSLER, RC; HOUSE, JS. (1991). *"Factors facilitating adjustment to unemployment: implications for intervention"*. American Journal of Community Psychology. 1991 Aug; 19(4): 521-42.
- UNDERLID, K. (1996). *"Activity during unemployment and mental health"*. Scandinavian Journal of Psychology. 1996 Sep. 37(3):269-81.

- VALDÉS, M. (1991). *"El dolor como factor de incapacidad laboral"*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *"Psicopatología Jurídica y Forense"*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.
- VALLEJO-NÁGERA, A. (1944). *"Tratado de Psiquiatría"*. SALVAT Editores, S.A. Barcelona-Buenos Aires.
- VALLEJO, J; BALLÚS, C. (1983). *"Las depresiones desde una perspectiva psicobiológica"*. En *"Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos"*. Editorial Herder. Barcelona. 1983.
- VAN RAAIJ, WF; ANTONIDES, G. (1991). *"Costs and benefits of unemployment and employment"*. Journal of Economic Psychology. 1991 Dec; Vol 12(4): 667-687.
- VARELA NOVO, M. (1999). *"Unemployment and mental health in Galicia, Spain"*. International Archives of Occupational & Environmental Health. 1999 Jan. 72 Suppl:S14-5.
- VERHAAK, PF. (1995). *"Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter"*. Psychological Medicine. 1995 Jan; 25(1): 95-104.
- VERHAEGEN, L; DEYKIN, EY; SAND, E. (1994). *"Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents"*. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique. 1994; 42(2): 119-27.
- VESALAINEN, J; VUORI, J. (1999). *"Job-seeking, adaptation and re-employment experiences of the unemployed: A 3-year follow-up"*. Journal of Community and Applied Social Psychology. 1999 Sep-Oct; Vol 9(5): 383-394.
- VIINAMAEKI, H; HINTIKKA, J; KONTULA, O; NISKANEN, L; KOSKELA, K. (2000). *"Mental health at population level during an economic recession in Finland"*. Nordic Journal of Psychiatry. 2000; Vol 54(3): 177-182.
- VIINAMAEKI, H; KOSKELA, K; NISKANEN, L. (1993). *"The impact of unemployment on psychosomatic symptoms and mental well-being"*. The International Journal of Social Psychiatry. 1993; 39(4): 266-73.
- VIINAMAEKI, H; KONTULA, O; NISKANEN, L; KOSKELA, K. (1995). *"The association between economic and social factors and mental health in Finland"*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995 Sep; 92(3): 208-13.
- VIINAMAEKI, H; NISKANEN, L; KOSKELA, K. (1997). *"Factors predicting health behaviour"*. Nordic Journal of Psychiatry. 1997; Vol 51(6): 431-438.
- VIINAMAEKI, H; NISKANEN, L; KOSKELA, K; KONTULA, O. (1995). *"Coping with unemployment during economic recession: Experiences from two Finnish studies"*. Psychiatria Fennica. 1995; Vol 26: 51-60.
- VUORI, J; VESALAINEN, J. (1999). *"Labour market interventions as predictors of re-employment, job seeking activity and psychological distress among the unemployed"*. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1999 Dec; Vol 72(4): 523-538.
- WANBERG, CR. (1995). *"A longitudinal study of the effects of unemployment and quality of reemployment"*. Journal of Vocational Behavior. 1995 Feb; Vol 46(1): 40-54.

1.10. Desempleo y Psicopatología.

- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M. (1990). "Length of unemployment and psychological distress: Longitudinal and cross-sectional data". *Social Science and Medicine*. 1990; Vol 31(4): 461-465.
- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M. (1990). "*Employment status and psychological well-being: A longitudinal study*". *Journal of Applied Psychology*. 1990 Aug; Vol 75(4): 455-459.
- WINEFIELD, AH; TIGGEMANN, M. (1994). "*Affective reactions to employment and unemployment as a function of prior expectations and motivation*". *Psychological Reports*. 1994 Aug; 75(1 Pt 1): 243-7.
- WINEFIELD, AH; WINEFIELD, HR; TIGGEMANN, M; GOLDNEY, RD. (1991). "*A longitudinal study of the psychological effects of unemployment and unsatisfactory employment on young adults*". *Journal of Applied Psychology*. 1991 Jun; Vol 76(3): 424-431.
- WITTCHEN, HU; BELOCH, E. (1996). "*The impact of social phobia on quality of life*". *International Clinical Psychopharmacology*. 1996 Jun; 11 Suppl 3: 15-23.
- WITTCHEN, HU; FUETSCH, M; SONNTAG, H; MULLER, N; LIEBOWITZ, M. (1999). "*Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia -- findings from a controlled study*". *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 1999 Jun; 14(3): 118-31.
- WITTCHEN, HU; ZHAO, S; KESSLER, RC; EATON, WW. (1994). "*DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey*". *Archives of General Psychiatry*. 1994 May. 51(5): 355-64.
- YLLA, L; GONZÁLEZ-PINTO, A; SOLEDAD, M. (1996). "*Psicopatología Social, laboral y de grupo*". En RIDRUEJO, P; MEDINA, A; RUBIO, JL. (1996). "*Psicología Médica*". McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.
- YTTERDAHL, T. (1999). "*Routine health check-ups of unemployed in Norway*". *International Archives of Occupational & Environmental Health*. 1999 Jan. 72 Suppl:S38-9.
- ZAWADZKI, B; LAZARSELD, P. (1935). "*The psychological consequences of unemployment*". *Journal of Social Psychology*. 1935; 6: 224-51.

1.11. - DESEMPLEO Y NEUROLOGÍA.

Se puede atribuir una asociación entre las secuelas de carácter neurológicas y/o neuropsicológicas debidos a accidentes cerebrales-vasculares o traumatismos craneoencefálicos (entre otras posibles causas y/o trastornos) y la situación de desempleo.

Creed y Wiener (1999) valoraron las habilidades generales aplicando baterías de pruebas sobre una población de 366 sujetos desempleados. La muestra de sujetos desempleados presentaba un bajo nivel de ejecución de las pruebas en comparación con la población empleada. Basado en esta evidencia, los autores consideran que las muestras de desempleados difieren de la población normal en lo que se refiere a aspectos de habilidad y piensan que estos bajos niveles de ejecución han de ser tenidos en cuenta en el momento de realizar algún plan de intervención sobre este tipo de población.

Sander, Kreutzer, Fernández (1997) examinaron las conductas neurológicas derivadas de las lesiones cerebrales debidas al abuso de sustancias tóxicas en 138 sujetos. De la muestra total, el 35% eran sujetos empleados y el 67% eran sujetos desempleados. Los autores pudieron apreciar que los sujetos desempleados expresaban dificultades como consecuencia y en relación con los trastornos del humor, alteraciones de la personalidad y lentitud en la ejecución de cualquier tarea. Los sujetos desempleados también habían recibido más intervenciones por los servicios de salud mental.

Desde un punto de vista epidemiológico, en Australia nacen aproximadamente 4 de cada 1000 niños con encefalopatías moderadas o severas. La muerte neonatal de estos niños se aproxima hacia el 9,1%. Al estudiar 164 casos de bebés nacidos a término pero con encefalopatías de nivel moderado o severo, se pudo constatar que el riesgo de encefalopatía en el recién nacido aumenta

conforme aumenta la edad de la madre. Además, el riesgo aumentado también es asociado con la situación de inactividad laboral de la madre (Badawi, Kurinczuk, Keogh, Alessandri, O'Sullivan, Burton, Pemberton y Stanley, 1998).

1.11.1. Traumatismo craneoencefálicos y desempleo.

Los sujetos que muestran síntomas premorbidos y las personas que presentan secuelas neurológicas derivados de traumatismos craneoencefálicos muestran desventajas socio-económicas importantes con una probabilidad de ser desempleados antes y después de la lesión respectivamente (Skord y Miranti, 1994). Para Lubusko, Moore, Stambrook y Gill (1994), si después de sufrir un traumatismo craneoencefálico se da lugar a períodos de tiempo largos de amnesia postraumática, se da lugar un mayor período temporal de estancia en el hospital o se ocupan actividades profesionales de bajo prestigio se asocia con un estado de empleo de menor nivel de calidad del que se podía haber tenido antes de la lesión.

Los pacientes que presentan lesiones cerebrales importantes o con una invalidez neurológica mayor requieren de un período temporal más extendido para un proceso de rehabilitación reparadora. Este fenómeno favorecerá que se prolongue en el tiempo el inicio de un proceso de inserción en el Mercado Laboral. Lo cual, posiblemente presentará más dificultades en el momento de iniciar un proceso de búsqueda de trabajo. A razón de un estudio que versaba sobre el tema, Malec, Buffington, Moessner y Degiorgio (2000) son de la opinión de considerar que la intervención inicial de las personas que sufren de lesiones cerebrales tiene un contenido positivo en la búsqueda de trabajo y la estabilidad temporal en éste sin la espera de un proceso de rehabilitación larga para el paciente.

Cifu, Keyser-Marcus, López, Wehman, Kreutzer, Englander y High (1997) plantearon un estudio en el que se investigaba las características de lesiones agudas en traumatismos craneoencefálicos con la posibilidad de volver a

trabajar. Aplicando programas intensivos de intervención y de rehabilitación en pacientes con capacidad para trabajar (N=49), se observó que al cabo de un año y estando este colectivo empleados, obtuvieron buenos resultados en lo que se refiere a los niveles de funcionamiento físico; de funcionamiento cognoscitivo; de funcionamiento conductual y en la gravedad de la lesión en comparación del grupo desempleado (N=83). Los autores de la investigación defienden que las investigaciones deben orientarse en el desarrollo de herramientas regularizadas que puedan evaluar la habilidad de un paciente para volver a trabajar de nuevo así como la definición operacional para una búsqueda exitosa.

El objetivo del estudio de Lehmann, Gobiet, Regel, Dhaher, Krah, Steinbeck y Tscherne (1997) era identificar datos o parámetros que pudiesen predecir las consecuencias funcionales, neuropsicológicas y efectos sociales de pacientes que sufren de politraumatismos o traumatismos craneoencefálicos. La muestra consistía en 58 pacientes. La media de edad de los pacientes era de 27 años y el promedio de espacio de tiempo transcurrido después del accidente era de 5,8 años. Los autores del artículo observaron que la probabilidad de volver a trabajar dependía de la edad del sujeto. Los resultados mostraron que un 42% de los pacientes estudiados habían promocionado de su anterior ocupación; un 5%, todavía eran estudiantes; un 32 % de ellos, se dedicaron a otras profesiones diferentes de la anterior; un 16%, eran desempleados y un 5% estaban jubilados. Para los autores, variables como la edad del sujeto, la severidad de la lesión, la evaluación inicial aplicando el Test de Coma de Glasgow y la duración del coma son los parámetros que pueden ayudar a predecir las consecuencias que puede sufrir un sujeto debido a traumatismos craneoencefálicos.

Desde un punto de vista neuropsicológico, la Prueba del efecto Stroop de los colores y la Prueba de Contar Palabras pueden ayudar a diferenciar las personas competitivas para el trabajo o para el estudio de las personas que presentan poco nivel de competitividad o que se hallen en desempleo. Leahy y Lam (1998) aplicaron este tipo de pruebas en pacientes con traumatismos

craneoencefálicos y lesiones cerebrales. Para ellos, la aplicación del WAIS-R no supuso ninguna aportación novedosa en la diferenciación de los dos tipos de muestras.

Sander, Kreutzer, Rosenthal y Démonico (1996) analizaron los cambios existentes de empleo la situación de empleo en una muestra de 322 pacientes que sufrieron lesiones y traumatismos craneoencefálicas. Los resultados mostraron que:

- Menos del 40% de los sujetos empleados antes de la lesión eran empleados a continuación de la lesión.
- Existen menos sujetos empleados en el segundo año que al primer año de la lesión y, respectivamente, en el tercer y cuarto año.
- El 75% de los sujetos empleados al primer año también lo eran en el tercer y cuarto año.
- El 50% de los sujetos desempleados en el primer año de la lesión, eran empleados o laboralmente productivos en el tercer o cuarto año.

Los autores consideran que las lesiones craneoencefálicas tienen un efecto adverso a largo término e impactante en la empleabilidad y en la productividad del sujeto.

1.11.2. Epilepsia y desempleo.

Para Luna (1998), las crisis epilépticas relacionadas directamente con el trabajo corresponden a:

1. Epilepsias sintomáticas: puede tratarse de crisis procedentes de secuelas traumáticas, intoxicaciones (encefalopatías tóxicas, etc.)
2. Procesos epilépticos: sea cual fuere su etiología, pero en todo caso no relacionados con el trabajo.

La variabilidad de cuadros clínicos hace que sea muy difícil la generalización en este terreno. Un enfermo correctamente tratado y controlado va a plantear unos

riesgos iguales a las de otro trabajador cualquiera, con cifras de absentismo laboral y de accidentabilidad muy semejantes. Para el mismo autor, la capacidad laboral y social es normal en el aproximadamente 80% de los casos de epilepsia generalizada primaria y en la epilepsia parcial, mientras que en la epilepsia generalizada secundaria es del aproximadamente 25 %. Los problemas de adaptación laboral no suelen proceder de las crisis (que pueden ser controladas), sino de los efectos secundarios de los tratamientos, el deterioro mental o los trastornos y alteraciones de la conducta.

Borges, Cordeiro y Delgado (2000) analizaron la relación existente entre la frecuencia de crisis epilépticas, la edad y la situación laboral del sujeto. Pudieron considerar que el paciente joven (de 14 a 29 años) con una reciente epilepsia (de 0 a 5 años) perdía con más alta probabilidad el trabajo que el paciente adulto.

Elwes, Marshall, Beattie y Newman (1991) estudiaron la asociación entre la situación de desempleo y la epilepsia. Se identificaron 137 pacientes que padecían de epilepsia. La proporción de desempleo para pacientes con epilepsia pero con capacidad para trabajar era del 46%. La proporción de desempleo era de un 79% en pacientes que presentaban un impedimento neurológico o psiquiátrico asociado. Para estos autores, los pacientes epilépticos tienen una más alta probabilidad de abandonar la escuela y presentar más dificultades en la búsqueda de trabajo. Para ellos, el desempleo es sólo un aspecto dentro de un gran abanico de desventajas sociales y económicas.

Una intervención quirúrgica temprana y exitosa mejora o por lo menos mantiene la situación socio-económica y, por tanto, la situación laboral del paciente epiléptico. No obstante, el reempleo en pacientes epilépticos que anteriormente eran desempleados dependía principalmente de la edad y los resultados neuropsicológicos (Lendt, Helmstaedter y Elger, 1997).

Se estudió el impacto del trastorno epiléptico en relación con el estado de empleo en una muestra de 90 sujetos. Los sujetos desempleados que padecen de trastornos epilépticos consideraron que el trastorno es un determinante de su futuro estado de empleo. A razón del estudio que aplicaron, Raetsepp, Oun, Haldre y Kaasik (2000) pudieron observar las siguientes estadísticas:

- 38,9% fueron empleados a jornada completa,
- 24% fueron empleados a jornada incompleta,
- 11% eran aún desempleados.

El 63% de los sujetos que disfrutaban de jornada laboral incompleta y los sujetos desempleados consideraron que la epilepsia fue una razón significativa para su estado de empleo. El 55,4% de los sujetos creyeron que habían sido tratados injustamente en el trabajo o al intentar conseguir un trabajo y el 51% de los sujetos se consideran estigmatizados por la epilepsia.

El origen de los trastornos de memoria puede presentar diversas causas. Un buen número de intervenciones en la cirugía de la epilepsia se aplica en los lóbulos temporales (Junqué y Barroso, 1995) ya que los trastornos de memoria en la epilepsia, se hacen especialmente evidentes en pacientes con focalidad temporal (Junqué y Jurado, 1992).

En relación con esta última consideración, Sperling, Saykin, Roberts, French y O'Connor (1995) aplicaron la técnica quirúrgica de la Lobectomía Temporal en 86 pacientes aquejados de epilepsia. Posteriormente se evaluó la tasa de empleabilidad de éstos sujetos. Los pacientes desempleados tardaron una media de 6 años en conseguir un trabajo con posterioridad a la intervención quirúrgica. De 13 pacientes estudiantes intervenidos, 11 se graduaron (de los cuales 9 hallaron un empleo). Según Sperling y colaboradores, la técnica quirúrgica beneficia al paciente epiléptico aumentando su independencia económica y social reduciendo los niveles de desempleo.

Cualquier persona desprovista de un trastorno neurológico puede desanimarse sobre sus metas u objetivos ante la vida, no obstante, una persona que sufre de crisis epilépticas es particularmente vulnerable independientemente de las

mejoras e innovaciones en el mundo de la medicina y de las actitudes sociales existentes. Los pacientes epilépticos presentan problemas de memoria que afectan su competencia en el ámbito laboral y en cualquier esfera de su vida personal o privada. Muchas veces, ni tan solo recuerdan que ellos tienen tal problema. Cole (1995) plantea la posibilidad de crear un programa software para mejorar la calidad de vida en sujetos que sufren de epilepsia. Este programa que plantea Cole aún tres aspectos importantes: reduce las oportunidades de ser desempleado; ayuda al paciente que presenta problemas de memoria derivados de la epilepsia impactando en su ámbito laboral como en su vida personal y finalmente, el programa puede facilitar el crear otras herramientas que ayuden a los pacientes a superar las barreras contra el desempleo.

1.11.3. Esclerosis Múltiple y desempleo.

Presentar ataques o crisis debido a la afectación por esclerosis múltiple en una edad superior de los 30 años puede pronosticar un alto riesgo asociado al estado de desempleo (Gronning, Hannisdal y Mellgren, 1990). Puede explicarse debido a lo incapacitante que resultan las crisis de esclerosis múltiple: después de una crisis, los sujetos desempleados acostumbran a sentirse más desvalidos que los sujetos empleados (McGuinness, 1996).

1.11.4. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Neurología.

- BADAWI, N; KURINCZUK, JJ; KEOGH, JM; ALESSANDRI, LM; O'SULLIVAN, F; BURTON, PR; PEMBERTON, PJ; STANLEY, FJ. (1998). "Antepartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study [see comments]". *BMJ*. 1998 Dic 5; 317(7172): 1549-53.
- BORGES, MA; CORDEIRO, JA; DELGADO, AS. (2000). "Duration and age range of epilepsy and its correlation with work: prospective ambulatory study in 379 epileptics". *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 58(2A):288-91, 2000 Jun.
- CIFU, DX; KEYSER-MARCUS, L; LÓPEZ, Y; WEHMAN, P, KREUTZER, JS; ENGLANDER, J; HIGH, W. (1997). "Acute predictors of successful return to work 1 year after traumatic brain injury: a multicenter analysis". *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1997 Feb; 78(2): 125-31.
- COLE, AR. (1995). "Personal quest: A workbook and software program to help people with epilepsy plan and manage their future". *Dissertation-Abstracts-International-Section-A: Humanities-and-Social-Sciences*. 1995 Oct; Vol 56(4-A): 1288.
- CREDD, P; WIENER, KK. (1999). "Use of the Shipley Institute of Living Scale and the Raven's Standard Progressive Matrices with unemployed populations". *Journal-of-Applied-Health-Behaviour*. 1999; Vol 1(1): 22-26.
- ELWES, RD; MARSHALL, J; BEATTIE, A; NEWMAN, PK. (1991). "Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment". *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1991 Mar; 54(3): 200-3.
- GRONNING, M; HANNISDAL, E; MELLGREN, SI. (1990). "Multivariate analyses of factors associated with unemployment in people with multiple sclerosis". *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1990 May; 53(5): 388-90.
- JUNQUÉ, C; BARROSO, J. (1995). "Neuropsicología". Editorial Síntesis, S.A. Madrid.
- JUNQUÉ, C; JURADO, MA. (1992). "Epilepsia y educación: alteraciones neuropsicológicas en la epilepsia infantil". *Revista de Psicopedagogía*. Vol.6-7. pp. 95-105.
- LEHMANN, U; GOBIET, W; REGEL, G; AL DHAHER, S; KRAH, B; STEINBECK, K; TSCHERNE, H. (1997). "Functional, neuropsychological and social outcome of polytrauma patients with severe craniocerebral trauma". *UNFALLCHIRURG*. 1997 Jul; 100(7): 552-60.
- LEAHY, BJ; LAM, CS. (1998). "Neuropsychological testing and functional outcome for individuals with traumatic brain injury". *Brain Injury*. 1998 Dic; 12(12): 1025-35.
- LENDT, M; HELMSTAEDTER, C; ELGER, CE. (1997). "Pre-and postoperative socio-economic development of 151 patients with focal epilepsies". *Epilepsia*. 1997 Dic; 38(12): 1330-7.
- LUBUSKO, AA; MOORE, AD; STAMBROOK, M; GILL, DD. (1994). "Cognitive beliefs following severe traumatic brain injury: association with post-injury employment status". *Brain Injury*. 1994 Jan; 8(1): 65-70.
- LUNA, A. (1998). "Psicopatología Laboral". En GISBERT, JA. "Medicina Legal y Toxicología". Editorial MASSON, S.A. Barcelona. (pág. 1067- 1072).

1.11. Desempleo y Neurología.

- MUÑOZ SABATÉ, L; BAYÉS, R; MUNNÉ, F. (1980). *"Introducción a la Psicología Jurídica"*. Editorial Trillas, México.
- McGUINNESS, S (1996). *"Learned helplessness in the multiple sclerosis population"*. Journal of Neuroscience Nursing. 1996 Jun; 28(3): 163-70.
- MALEC, JF; BUFFINGTON, AL; MOESSNER, AM; DEGIORGIO, L. (2000). *"A medical/vocational care coordination system for persons with brain injury: an evaluation of employment outcomes"*. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. 2000 Aug; 81(8): 1007-15.
- RAETSEPP, M; OUN, A; HALDRE, S; KAASIK, AE. (2000). *"Felt stigma and impact of epilepsy on employment status among Estonian people: Exploratory study"*. Seizure. 2000 Sep; Vol 9(6): 394-401.
- SANDER, AM; KREUTZER, JS; FERNÁNDEZ, CC. (1997). *"Neurobehavioral functioning, substance abuse, and employment after brain injury: Implications for vocational rehabilitation"*. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 1997 Oct; Vol 12(5): 28-41.
- SANDER, AM; KREUTZER, JS; ROSENTHAL, M; DELMONICO, R; ET AL. (1996). *"A multicenter longitudinal investigation of return to work and community integration following traumatic brain injury"*. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 1996 Oct; Vol 11(5): 70-84.
- SKORD, KD; MIRANTI, SV. (1994). *"Towards a more integrated approach to job placement and retention for persons with traumatic brain injury and premorbid disadvantages"*. Brain Injury. 1994 May-Jun; 8(4): 383-92.
- SPERLING, MR; SAYKIN, AJ; ROBERTS, FD; FRENCH, JA; O'CONNOR, MJ. (1995). *"Occupational outcome after temporal lobectomy for refractory epilepsy"*. Neurology. 1995 May; 45(5): 970-7.

1.12.- DESEMPLEO Y TOXICOLOGÍA.

“El artículo 54-2 del estatuto de los trabajadores contempla que pueden ser causa de despido la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo. Además, de la posible merma del rendimiento laboral derivada de estos trastornos, también suele existir conflictividad interpersonal y aumenta el riesgo de accidentes. Otro factor de interés es que estas toxicofílicas se instauran frecuentemente sobre personalidades inmaduras, caracteriopáticas o antisociales. Todo ello viene a agravar el pronóstico clínico y las dificultades en la actividad laboral” (Macho y Ortega-Monasterio, 1991).

Para Luna (1998), las toxicomanías presentan una incidencia muy importante en el medio laboral desde una doble perspectiva:

1. Por sus repercusiones directas (absentismo laboral, accidentabilidad), con una alta carga de heridos, muertos y el coste económico subsiguiente.
2. Por la importancia que va a tener la actividad laboral de estos enfermos en su recuperación e inserción laboral.

Muchos de los problemas planteados por los toxicómanos en el medio laboral van a ser el primer síntoma de un problema que ya estaba estructurado con una patología intrafamiliar previa importante.

1.12.1. Tabaco y desempleo.

Entre otros muchos más factores, el riesgo de ser fumador se asocia con la situación de empleo (Hogg, 1994). En comparación a los sujetos empleados, hallarse en situación laboral de desempleo provoca un aumento en el consumo de tabaco, tanto hombre como mujeres (Lahelma, Rahkonen, Berg, Helakorp, Prattala, Puska y Uutela, 1997 y Waldron y Lye, 1989). Una posible explicación a esta circunstancia es que existe la creencia de que la consumición de tabaco puede cubrir o apaciguar los efectos estresantes que la situación de desempleo puede provocar (Scabies y Brecht, 1996).

Para aquellos sujetos que se hallen en situación desempleo, todos los esfuerzos orientados en la dirección de dejar el hábito de fumar son deseables porque la frecuencia de consumo es más alto en ese sector de la población laboral. Existe una amplia bibliografía sobre el tema dejando en evidencia esta relación existente. En el capítulo sobre “Desempleo y Salud” ya se da a conocer lo que Wilson y Walker (1993) afirman que debido a un incremento en el consumo de tabaco aumenta los índices de mortandad en cuanto se refiere a cánceres de pulmón.

En cambio, un estudio elaborado por Lynge y Andersen (1997) en Dinamarca consideran improbable que el riesgo de cáncer pulmonar entre los desempleados se explique exclusivamente por las diferencias existentes en los hábitos del consumo de tabaco. Lynge (1997) opina que los desempleados ya aumentan su índice de consumo incluso antes de dejar el empleo aunque esta última consideración no explica que su posterior situación de inactividad laboral sea debida a ello. Es decir, Lynge es contrario en creer que un consumo elevado de tabaco facilite a la situación de desempleo. También añade que las diferencias existentes en los hábitos de consumo de tabaco -aún controlando la variable de clase social- parecen improbables que expliquen el riesgo aumentado en padecer un cáncer de pulmón entre los desempleados. Variables como la preocupación; la ansiedad; los escasos recursos económicos; la inquietud y la irritabilidad (entre otros factores) facilitan el que un fumador habitual aumente su consumo.

Novo, Hammarstrom y Janlert (2000) analizaron la asociación entre el desempleo y el hábito de fumar en épocas de crisis y bonanzas socioeconómicas. Pudieron apreciar que el consumo diario de tabaco descendió más durante las épocas de crisis que en las épocas de bonanza socioeconómica. En la investigación llevada a cabo por los autores pudieron asociar que los sujetos con bajos niveles académicos, las mujeres con problemas económicos y con responsabilidades maternas presentaban una frecuencia más alta de consumo. Concretamente, determinaron que es durante

los períodos de bonanza socioeconómica cuando la situación de desempleo estaba asociado con un aumento del consumo de tabaco entre las mujeres.

Janlert (1997) también es de la opinión de que los sujetos desempleados son las que presentan más tendencia hacia un gran consumo de tabaco en comparación con los sujetos empleados. Por otra parte, Hammarstrom y Janlert (1994) detallan en una investigación que llevaron a cabo para observar la correlación entre desempleo y consumo de tabaco que los jóvenes que se inician pronto en el consumo de tabaco son más proclives a presentar el riesgo de estar desempleados que las personas que no fuman.

Lee, Crombie, Smith y Tunstall-Pedoe (1991) hallaron una proporción más alta de fumadores en sujetos desempleados de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 40 y 59 años. Apreciaron que los sujetos fumadores desempleados empezaron a fumar a una edad más temprana. Para los autores, los cambios en los hábitos de consumo de tabaco entre los desempleados es un indicador que señala una compleja interacción existente entre la situación financiera anterior de la actual.

Osler (1992) observa la existencia de una cierta correlación entre la situación laboral y el consumo de tabaco. La proporción más alta de fumadores se relaciona con los pensionistas, los desempleados y los operarios inexpertos mientras que, la proporción más baja se halla entre los asalariados de categorías profesionales superiores.

Hogg (1994) pudo distinguir las siguientes características en función de una muestra poblacional de 273 sujetos que estudió con relación a los factores de riesgo conductuales que dan lugar al origen de trastornos coronarios y/o enfermedades del corazón:

- La probabilidad de ser fumador era más alta en aquellos sujetos con un bajo estado de salud o hallándose en desempleo.

- La probabilidad de ser un gran consumidor de alcohol era más alta en sujetos con un estado poco satisfactorio de salud.

1.12.2. Alcohol y desempleo.

En situación de desempleo, la conducta orientada en la ingesta de bebidas alcohólicas puede ser originada por diferentes situaciones según las circunstancias: mientras que, para unos sujetos habituados en el consumo de alcohol y que se hallen en desempleo quieran intentar reducir su consumo para evitar gastos económicos y mantener, por tanto, un nivel de calidad de vida aceptable; otros sujetos pueden dar lugar al consumo excesivo del mismo con el fin de “aliviar” su situación estresante de pérdida de empleo. Janlert y Hammarstrom (1992) reconocen que existe una correlación positiva entre el estado de desempleo a largo plazo y el consumo de alcohol.

De esta manera, y en el marco de los problemas relacionados y derivados del consumo de alcohol y su intervención, Freixa (1983) considera que:

“La práctica de la profilaxis exige reconocer: las condiciones histórico-culturales del consumo del producto (sociología) las cuales comprenden aspectos económicos y sociales; fenómenos de hábitos y costumbres, que explican conductas y aprendizajes y sus posibles modificaciones y motivaciones, mediante la publicidad y propaganda explícita e implícita (psicología social). La profilaxis exige también el estudio de las interacciones comportamentales con los procesos de desarrollo y maduración, interferidos por el efecto –en este caso, tóxico- del producto”.

Cabría observar entonces, la causa de los hechos y ver qué ha dado pie a la situación de desempleo del sujeto: ¿Es el consumo excesivo de alcohol que ha dado lugar directamente al despido del trabajador o el trabajador despedido consume excesivamente alcohol para soliviantar su situación angustiosa (disponiendo de una personalidad basal favorecedora para el consumo de alcohol)?

Para Marcó, Martí y Pons (1990), una embriaguez habitual en lugar de trabajo puede constituir como causa de despido hacia el trabajador. Si se produjese la situación de existir un accidente de trabajo derivado de una embriaguez voluntaria del trabajador –imprudencia profesional-, no es indemnizable. El empresario que no toma las debidas y oportunas medidas de precaución, corre el riesgo de incurrir en responsabilidad si no evita que un operario embriagado sea causa de lesión propia o ajena.

Para Claussen (2000), el consumo de alcohol o el abuso de éste puede darse lugar debido a la situación propia de desempleo, en tanto que exista unas condiciones favorecedoras para darse efecto la ingesta etílica. La tendencia alta a consumir y/o abusar del alcohol se explica principalmente por la situación de desempleo en que se halla el sujeto. Para Claussen (2000), reducir el desempleo contribuiría a reducir los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol ya que este tipo de situación social induce sobre el sujeto al consumo de la sustancia. El desempleo puede ser un indicador de riesgo para el consumo en aumento de alcohol entre los jóvenes.

Según Parker, Weaver y Calhoun (1995), el nivel educativo, los ingresos económicos y la situación laboral son determinantes significativos del grado de consumo de alcohol. Partiendo de una muestra de sujetos bastante numerosa, los autores pudieron concluir que los sujetos que trabajan a jornada completa, que disfrutan de ingresos económicos altos y de un alto nivel educativo alto frecuentemente consumen más alcohol que los sujetos desempleados.

Según una encuesta realizada en Alemania sobre un total de 457 expertos sobre el tema de las drogodependencias y la toxicología, se observó que más del 70% de ellos consideran importante como una necesidad de especial atención el cuidado por las personas adictas que se hallan en una situación crónica de desempleo o el que se halla en desempleo en una edad joven.

Aproximadamente, el 80% de los expertos informaron una necesidad de intervención sobre los pacientes alcohólicos, en cambio, el 63% contemplaban importante los pacientes consumidores de drogas. El 68% de los expertos encuestados dan énfasis a la necesidad adicional de orientar sus tratamientos a los trastornos psiquiátricos de los pacientes drogodependientes (Fleischmann y Krischker, 1996).

La bibliografía especializada en el tema coincide en dar a conocer de que el abuso de la sustancia suele incidir más en el sexo masculino que no en el sexo femenino (Janlert y Hammarstrom, 1992). Los jóvenes desempleados aumentan su consumo de alcohol en comparación de los jóvenes empleados (Janlert, 1997). Incluso jóvenes desempleados con alta tendencia hacia el consumo al alcohol pueden llegar a declararse incapaz para trabajar como consecuencia de los problemas asociados a la bebida. Aún más, las mujeres que presentan un consumo relativamente bajo de alcohol presentaban tendencia a informar problemas relacionados con el consumo de la sustancia (Bongers, Van Oers, Van de Goor y Garretsen, 1997). Y según Leino-Arjas, Liira, Mutanen, Malmivaara y Matikainen (1999), la combinación entre un consumo elevado de alcohol y la consumición de tabaco pueden predecir una futura situación de desempleo.

Midanik y Clark (1995) estudiaron las tendencias existentes en el consumo de alcohol en una muestra de sujetos a lo largo de los años 1984-1990. Pudieron apreciar que había aumentos significativos de dependencia al alcohol en sujetos desempleados.

Estar empleado reduce la probabilidad de consumir alcohol. Lee, Crombie, Smith, Tunstall-Pedoe (1990) apreciaron diferencias apreciables en frecuencia y cantidad de consumo de alcohol entre grupos desempleados y grupos empleados. La embriaguez era común en ambos grupos, no obstante, se halló que existe un porcentaje más alto de consumo entre los desempleados.

Según Seale, Williams y Amodei (1992), se puede considerar que los estados de empleo podrían servir como una variable indicadora de mecanismo de prevención contra el posible alcoholismo. Para estos autores, el alcoholismo es más prevalente entre los hombres que entre las mujeres y contemplan con importancia investigar las influencias socio-económicas y culturales del sujeto las cuales pueden mejorar la efectividad del diagnóstico y el tratamiento de la dependencia al alcohol.

Para Hapke, Rumpf y John (1998), los sujetos en estado civil de separación y desempleados son los que presentaban las condiciones para ser alcohólicos dependientes y presentaban una proporción más alta de enfermedades asociadas al consumo del alcohol, por las cuales fueron motivo de ingreso y admisión en el hospital. Este grupo de sujetos se le aplicaron técnicas de intervención de modificación de conducta y cambios de patrones de comportamiento. Presentaban una proporción muy alta de participación y de mejora en los programas terapéuticos comparado con los sujetos de grupo control a los cuáles no se les aplica ningún tipo de plan de intervención.

Se probó estudiar señales físicas y marcadores biológicos que pudiesen predecir el consumo excesivo de alcohol en personas aparentemente saludables de una muestra de 492 sujetos de un pueblo rural de Tenerife. En cuanto hacen referencia a las características sociodemográficas, Santolaria, Castilla, González Reimers, Pérez Rodríguez, Rodríguez González, López Peñalver y De Miguel (1997) pudieron determinar que son los sujetos de sexo masculino, los de mediana edad, de estado civil casado o de separación, desempleados, de bajo nivel educacional y con una tendencia hacia el consumo de tabaco los que habitualmente beben de manera diaria (principalmente vino).

Con una muestra de 1.138 pacientes de un hospital de Munich, Smals, Van der Mast, Speckens, Schudel (1994) pretendieron evaluar el abuso al alcohol. Se

distinguieron dos grupos (grupo de alcohólicos y grupo de no alcohólicos). Se observó que el grupo de alcohólicos se caracterizaba por las siguientes características:

- sexo masculino,
- desempleados
- de edad inferior a los 65 años,
- viviendo solos,
- abandono prematuro de la escuela,
- antecedentes psiquiátricos,
- consumo de tabaco y drogas,
- manifestación de enfermedades neurológicas importantes.

Los resultados obtenidos por estos autores invitan a reflexionar el hecho de que a medida de que el sujeto presenta unas condiciones de vida adversas, más fácil es que pueda sufrir episodios de desempleo.

La frecuencia de un consumo de 5 o más bebidas alcohólicas es el único predictor significativo de dependencia al alcohol en la población en general. Este indicador junto con la variable de estado de desempleo son variables predictores que pueden explicar la dependencia al alcohol (Caetano, 1991). Asimismo, se da la circunstancia que acostumbran a existir hábitos de consumo de otras sustancias tóxicas (drogas) que añaden gravedad al consumo elevado de alcohol empeorando la situación del sujeto desempleado (Caetano y Weisner, 1995).

Lehelma, Kangas y Manderbacka (1995) examinaron la asociación entre el desempleo y el consumo de alcohol. Pudieron considerar que la frecuencia de la bebida y de la intoxicación por ella estaba asociada con la situación de empleo entre el hombre y la mujer. Hallaron que existía una frecuencia en los problemas de salud debido a un exceso en el consumo de alcohol en varones, la cual era asociada significativamente con el desempleo. En cambio, se mostró una asociación débil relacionada con la frecuencia del consumo de la sustancia en mujeres empleadas.

Para Mittag y Schwarzer (1993), el índice de consumo de alcohol también era más alto en sujetos de sexo masculino y que se hallaban en situación de desempleo. La proporción de consumo era de casi dos veces más que los sujetos empleados. Asimismo, consideraron que la situación de desempleo a largo plazo es un factor circunstancial de riesgo en hombres.

Los pacientes alcohólico-dependientes que visitan los servicios de urgencias psiquiátricas acostumbran a ser con más frecuencia los sujetos de sexo masculino en situación de desempleo en comparación de los no alcohólicos-dependientes (Lejoyeux, Boulanguiez, Fichelle, McLoughlin, Claudon y Ades, 2000).

Aunque Dooley y Prause (1997) reconocen que la pérdida de trabajo puede dar lugar a un incremento en el consumo de alcohol. No obstante, también atribuyen que el consumo de alcohol puede ser asumido por ser benéfico en la mejora del empleo. Controlando un gran conjunto de variables y yendo en contra de la sabiduría convencional y popular consideraron que el consumo de alcohol presenta poder curativo dando lugar a efectos reconstituyentes y restaurativos.

Un consumo frecuente y elevado de alcohol asociado con la situación de desempleo puede pronosticar una posible dependencia a la sustancia. Asimismo, también pueden originarse o empeorarse los trastornos derivados causados por ingesta del mismo. De esta manera, pueden surgir trastornos hepáticos o trastornos neurológicos asociados que pueden favorecer a un empeoramiento de la situación del sujeto desempleado. Ferguson, Suelzer, Eckert, Zhou y Dittus (1996) hallaron factores de riesgo para el desarrollo de Deliriums Tremens (trastorno neurológico originado por un alto y crónico consumo de alcohol). Observaron que la media de edad crítica para su desarrollo fue de 41,9 años, el 85% de la población estudiada era de sexo masculino, el 84% de la muestra se hallaban solteros, desempleados, de clase social baja y el 24% desarrollaron el trastorno durante su hospitalización.

Existen otras condiciones que pueden facilitar esta dependencia toxicológica de la sustancia con el consiguiente desarrollo de un estado de salud poco satisfactoria: el entorno social, el entorno familiar, el grado de vulnerabilidad hacia el alcohol, el consumo de otras sustancias adictivas, desempleo episódico (y en este, según qué mecanismos de superación se aplique) o fases de desempleo de larga duración,...

El número de episodios de desempleo anteriores puede asociarse también con el riesgo aumentado para el consumo de alcohol en comparación de los que habían sido una vez desempleados (Romelsjo, Hasin, Hilton, Bostrom, Diderichsen, Haglund, Hallqvist, Karlsson y Svanstrom, 1992)

Por otra parte, mucha de la bibliografía dedicada sobre el tema del consumo del alcohol y desempleo evidencia la relación significativa existente entre éstas dos características y la conducta delictiva. Para Miltner, Schmidt y Six (1990), la mayoría de delincuentes presentan un consumo elevado de alcohol.

Un meta-análisis aplicado por Temple, Fillmore, Hartka, Johnstone, Leino y Motoyoshi (1991) pone en evidencia que el desempleo crónico correlaciona positivamente con el consumo de alcohol en varones jóvenes. En cambio, no se observó ningún tipo de correlación con los desempleados varones de mayor edad y en mujeres. Según estos autores, un estado civil célibe también parece tener influencia relacionándose con el consumo de alcohol en ambos sexos. Asimismo, estar casado es un factor que impide su consumo tanto en personas jóvenes como en personas de edad de ambos sexos.

Hammer y Vaglum (1990) consideran que el papel que ejerce la pareja es la variable preventiva más importante que la variable de empleabilidad, el nivel de ingresos económicos o la edad. Asimismo, hallaron en su estudio que el desempleo se relaciona positivamente con el consumo de alcohol y la heroína entre los hombres. En cambio, las mujeres desempleadas consumen menos alcohol que mujeres empleadas.

Las estadísticas de un estudio que Moret, Pecoud y Yersin (1993) aplicaron en una muestra de pacientes alcohólicos demostraron que la dependencia al alcohol es más frecuente:

- En sexo masculino con un 27% (en sexo femenino, un 10%),
- En sujetos de edad comprendida entre 40-49 años (varones 45%, mujeres 29%),
- En sujetos desempleados con un 32% (en sujetos empleados, un 22%),
- En sujetos autóctonos con un 21% (en sujetos extranjeros, un 17%).

Gelberg y Leake (1993) investigaron una muestra de 443 sujetos para apreciar si el nivel de pobreza puede predecir el uso y consumo de sustancias adictivas o toxicológicas. Análisis estadísticos aplicados demostraron que el consumo de alcohol estaba asociado con la ausencia de casa y hogar, con el sexo masculino, con la existencia de hijos, con un bajo nivel académico y con la situación de desempleo. Asimismo, también pudieron apreciar que el consumo crónico de alcohol también estaba asociado con la probabilidad de ser sexualmente más activos, pensamientos o ideaciones suicidas, casos de hospitalizaciones psiquiátricas anteriores, casos de convicción de felonías o de conspiración y una salud física pobre.

Feuerlein, Kufner y Flohrschutz (1995) estudiaron los índices de mortalidad en pacientes alcohólicos cuatro años después de iniciar el tratamiento de desintoxicación en Alemania. De una muestra representativa de 1.410 pacientes alcohólicos, se halló que la proporción más alta de mortalidad se caracterizaba en los siguientes parámetros:

- Más en hombres (9,8%) que en mujeres (4,8%),
- En sujetos con más casos de divorcio (16,8%),
- En sujetos que no presentaban un buen estado de salud (18,1%),
- En sujetos en edad de jubilación (43,3%),

- En sujetos empleados de un negocio relacionado con la venta y/o consumo de alcohol (21,7%),
- En sujetos cuyo consumo habían reducido antes de iniciar el tratamiento (13,4%),
- En sujetos desempleados a los seis meses después del despido laboral (12,4%).

Por otra parte, Luoto, Poikolainen y Uutela (1998) aplicaron un estudio por el cual distinguieron los períodos socioeconómicos del Mercado Laboral en que se puede dar lugar ese consumo elevado de alcohol. Su estudio contemplaba las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel académico, situación de desempleo y épocas en que se realizaron las encuestas (consumo de alcohol antes y durante la crisis económica de los años noventa en Finlandia). Con los análisis estadísticos univariados, los autores pudieron mostrar una cierta relación de que el desempleo estaba asociado con la cantidad de consumo de alcohol. No obstante, y con la aplicación de la técnica estadística de la regresión logística, la interpretación de los resultados varió: es decir, ni durante un período de bonanza socioeconómica del período 1982-1990 (período bajo de desempleo) ni durante el período de crisis económica del período 1991-1995 (período alto de desempleo), la situación de ausencia de trabajo y desempleo no era asociada con un consumo elevado de alcohol.

En cambio, durante el período de desempleo alto, los varones de un bajo nivel cultural, solteros y desempleados mostraron un riesgo significativamente más alto de consumo de alcohol que los varones en su misma situación pero con ocupación laboral. De manera similar, el riesgo de alto consumo de alcohol era significativamente más alto entre las mujeres solteras, de alto nivel educativo y desempleadas que entre las mujeres empleadas. Luoto, Poikolainen y Uutela concluyen que el desempleo es una variable débil pero significativamente relacionado con el consumo elevado de alcohol en personas solteras durante períodos de crisis económicas pero no en períodos precedentes de crecimiento y bonanza económica.

Dooley, Catalano y Hough (1992) estudiaron la relación entre el desempleo y la salud mental. En este caso, los autores consideraron que la relación puede considerarse desde el punto de vista de:

1. La causalidad: El trastorno conductual causa la pérdida de trabajo (la Tendencia) o la pérdida de trabajo causa el trastorno conductual (Causalidad Social).
2. La severidad del trastorno mental asociada con el desempleo.

Se sabe de la existencia de la relación entre los trastornos derivados del consumo excesivo de alcohol y subsiguiente desempleo, lo cual induce a los autores a determinar que sus resultados apoyan la idea de que la Tendencia y la Causalidad Social se relacionan entre sí y demuestra que, al menos, el diagnóstico específico de una psicopatología se relaciona con la situación de desempleo.

1.12.3. Drogas y desempleo.

La asociación entre el consumo y abuso de drogas y desempleo se halla muy relacionada. Existen variables favorecedoras (edad, sexo, nivel educacional, clase social, entorno social, situaciones experienciales vividas,...) que facilitan que un sujeto en situación de inactividad laboral pueda dar lugar al consumo de sustancias adictivas. Según McDonald y Pudney (2000), el consumo de drogas (opiáceos, cocaína y “crack”) se halla asociado con un mayor riesgo de situarse en desempleo con independencia del sexo y la edad. Asimismo, Galanter, Egelko, De Leon y Rohrs (1993) consideran que el abuso de cocaína bajo forma de “crack” es muy común en sujetos con importantes desventajas socio-económicas.

Hall, Tesón, Lynskey y Degenhardt (1999) investigaron el predominio del abuso de sustancias y los trastornos derivados de su consumo en población

australiana. Pudieron constatar que los trastornos debidos al consumo de sustancias son más prevalentes en sujetos de sexo masculino y en desempleados.

En general, la bibliografía existente sobre la relación de consumo de drogas y desempleo, coinciden en puntos denominadores comunes sobre las cuales correlacionan las siguientes variables:

- Situación laboral de desempleo,
- estado civil de soltería, separado o divorciado,
- joven,
- bajo nivel educacional-formativo,
- mayor nivel de incidencia en sexo masculino,
- escasos ingresos económicos,
- abuso de otras posibles sustancias adictivas (alcohol),
- incremento de la probabilidad de sufrir algún tipo de infección vírica,
- incremento de la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno patológico (asociado o no al consumo de la sustancia tóxica).

El conocimiento de estas características sociodemográficas comunes puede ayudar a decidir qué programa de intervención terapéutico se puede aplicar (Royo Bordonada, Cid Ruzafa, Martín Moreno, Guallar, 1997). De esta manera, Zanis y Coviello (2001) estudiaron la aplicación de una estrategia de intervención sobre unos 10 sujetos desempleados consumidores crónicos de metadona. La dirección del caso de empleo (ECM) es una estrategia de intervención comprensiva diseñada para motivar a los sujetos crónicamente desempleados en el compromiso con el trabajo, proporcionar apoyo y facilitar la inserción laboral del mismo mientras se mantiene el programa de intervención de tratamiento de la droga. A partir de los resultados preliminares que pudieron obtener, Zanis y Coviello consideran que el ECM es una estrategia de intervención eficaz para ayudar a los desempleados crónicos consumidores de metadona y para obtener y mantener un empleo. De hecho, el desempleo sigue

siendo un problema común entre los pacientes consumidores de metadona (Zanis, Coviello, Alterman y Appling, 2001).

Para Senegal (1995) los toxicómanos desempleados presentan graves problemas de relación interpersonal y/o social que los toxicómanos empleados. Asimismo, los sujetos desempleados consumidores de drogas que no aplican ningún proceso de búsqueda activa de trabajo padecen más problemas de salud física y psíquica que los sujetos empleados o los desempleados que buscan activamente el trabajo (Johnson, Reynolds y Fisher, 2001).

Para Parker, Weaver y Calhoun (1995), la situación de empleo y la situación matrimonial influyeron en el consumo de drogas en la mayoría de sujetos de la muestra que estudiaron. De esta manera, los sujetos que expresaron un consumo de drogas fueron los que nunca habían estado casados, las amas de casa a jornada completa, los estudiantes o los desempleados por el contrario de los sujetos casados y los empleados.

Rawson y D'Arcy (1991) observaron que la proporción de consumo de sustancias hipnóticos-sedantes era más alta entre el sexo femenino; las personas de la tercera edad; los separados, divorciados o viudos; en sujetos de escaso nivel educativo; en sujetos de escasos ingresos económicos y los desempleados. A esta tipología, cabría añadir también el sujeto que se halla retirado laboralmente (Quera Salva, Orlic, Goldenberg y Guillemineault, 1991). Para Ross (1993), las mujeres y los desempleados con trastornos de personalidad antisocial son los grupos de riesgo para un practicar un consumo y abuso de sustancias ansiolíticas.

Asimismo, el sujeto desempleado y los solteros tienen un mayor índice de probabilidad de volver a recaer en el consumo de drogas si éste ya se hallaba en un programa de desintoxicación (Hser, Anglin y Liu, 1990).

A razón de un estudio efectuado sobre una muestra de 487 pacientes cocainómanos seleccionados al azar, se pudo comprobar que los pacientes que

frecuentemente visitan los programas y servicios de desintoxicación y los grupos de autoayuda son aquellos que se hallan en desempleo y que abusan gravemente de la sustancia (Weiss, Griffin, Gallop, Luborsky, Siqueland, Frank, Onken, Daley y Gastfriend, 2000).

McCance Katz, Carroll y Rousanville (1999) examinaron las diferencias psicosociales de género en relación con el grado de psicopatología y severidad en el abuso de sustancia (cocaína). Los resultados a los cuales pudieron llegar determinaron que los sujetos femeninos presentan una alta probabilidad de ser desempleadas. Los sujetos masculinos presentaban tendencia a tener problemas legales. Las mujeres buscaron el tratamiento con más interés que los hombres en materia de consumo de tabaco. No se observó ninguna diferencia de género acerca del diagnóstico de depresión, no obstante, es más probable el diagnóstico de trastorno de ansiedad en mujeres.

Para Gelberg y Leake (1993) el consumo de drogas estaba asociado con la ausencia de casa y hogar, con el sexo masculino, escaso nivel educacional, alta actividad sexual y casos de hospitalización psiquiátrica o convicción de felonías. También se asocia con antecedentes de conductas violentas y/o agresivas (Poulton, Brooke, Moffit, Stanton y Silva, 1997). Smart y Osborne (1994) pudieron comprobar que los grupos y/o bandas de jóvenes callejeros presentan una más alta probabilidad de hallarse desempleados y con problemas legales. Además, éstos también manifestaban sintomatología depresiva, una baja autoestima y un uso y abuso de sustancias tóxicas (alcohol y drogas).

En un estudio realizado con una muestra de 832 pacientes ambulatorios que asisten a una clínica privada en Dubai, se pudo constatar que el consumo de alcohol y de drogas estaban relacionadas con el ingreso de éstos. El perfil de paciente se define por ser principalmente masculino, joven, bajo nivel educativo y desempleado en comparación a otros pacientes ambulatorios psiquiátricos (Amin, Hamdi, Ghubash, 1996).

Estudiando los efectos de un programa de desintoxicación de drogas, se observó que la mayoría de pacientes intervenidos solían ser varones desempleados (McCusker, Bigelow, Luippold, Zorn y Lewis, 1995). Parecida aproximación llegaron Chatterjee, Uprety, Chapagain y Kafle (1996) al considerar que los hábitos de consumo de drogas en Nepal lo practicaban los varones desempleados o estudiantes que aún convivían con sus respectivas familias. Para estos autores, la media de edad crítica de consumo de la sustancia es de 23,8 años y una proporción importante de la muestra presentaba algún miembro familiar, un pariente íntimo fuera de la familia inmediata o un amigo que ya presentaban hábitos de conductas tóxicas (fumaba, bebía alcohol o consumía drogas).

Otro estudio desarrollado por Kumar, Wairagkar, Mahanta, Satyanarayana, Chetial, Phukan y Goswami (1996) con una población toxicómana de 395 sujetos de la ciudad de Nagaland (India) se determinaron las siguientes características:

- Media de edad crítica de consumo de drogas: 21,8 años,
- 331 sujetos (83,8%) consumían heroína,
- el 94,8% de la población muestral era de sexo masculino y el 5,2% eran de sexo femenino,
- el 92,1% eran solteros,
- el 52% presentaban escaso nivel educativo (sólo 10 años de escolarización),
- la proporción de sujetos marginados de la escuela por razones de consumo de drogas fue de 72,8%,
- el desempleo lo abarcaba el 90,3% de la muestra.

Siguiendo la misma orientación de este tipo de estudios, una investigación aplicada en Taiwán sobre 283 drogodependientes mostró las diferencias de sexo y género en el consumo de la heroína y su relación con la situación de desempleo. El 54,3% de ellos se hallaban en situación desempleo. El desempleo

en pacientes de sexo femenino (75,9%) era más alto que en pacientes de sexo masculino (48%). Las mujeres eran significativamente más jóvenes y habían consumido más prontamente la sustancia que los hombres. Los hombres acostumbran a informar que se trata la curiosidad que les suscita el aplicar el consumo de las sustancia, mientras que las mujeres suelen informar que es debido a la influencia de la pareja como razón para explicar su consumo (Chen, Shu, Liang, Hang y Lin, 1998).

Baberg, Nelesen y Dimsdale (1996) determinaron posibles características demográficas de los consumidores de Anfetaminas. Hallaron que los sujetos acostumbran a ser:

- De sexo masculino,
- De raza blanca,
- Vivir solo,
- Desempleado,
- Presentaban una alta probabilidad de tener antecedentes psiquiátricos (ingreso hospitalario o tratamiento ambulatorio),
- Antecedentes familiares de alteraciones psiquiátricas,
- Presentaban más tentativas de suicidio,
- Una alta probabilidad de ser seropositivos (HIV).

Para Brodsky (1987), los trabajadores que sufre enfermedad mental o que tienen trastornos por abuso de sustancias suelen poder quedarse en el trabajo si satisfacen las siguientes condiciones:

- 1- Son productivos, es decir, no hay pruebas que su problema no altere su rendimiento en el trabajo,
- 2- Reciben apoyo de sus compañeros y sus superiores deseosos de ayudarles en las crisis,
- 3- Sus síntomas no molestan a alarman a los demás,
- 4- No se hospitalizan a causa de su conducta fuera del trabajo y los recogen del mismo sus parientes o autoridades civiles, y,

- 5- Su trabajo no entraña responsabilidad por el bienestar y la seguridad de los demás.

BIBLIOGRAFÍA: Desempleo y Toxicología.

- AMIN, Y; HAMDI, E; GHUBASH, R. (1996). "Substance abuse consultation rates: Experience from private practice in Dubai". Arab Journal of Psychiatry. 1996 Nov; Vol 7(2): 133-139.
- BABERG, HT ; NELESEN, RA ; DIMSDALE, JE. (1996). "Amphetamine use: return of an old scourge in a consultation psychiatry setting". American Journal of Psychiatry. 1996 Jun. 153(6):789-93.
- BONGERS, IM; VAN OERS, HA; VAN DE GOOR, IA; GARRETSEN, HF. (1997). "Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population". Substance Use & Misuse. 1997 Sep; 32(11): 1491-512.
- BRODSKY, CM. (1987). En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). "Psicopatología Jurídica y Forense". Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.
- CAETANO, R. (1991). "Correlates of DSM-III--R alcohol dependence in treatment and general populations". Drug and Alcohol Dependence. 1991 Oct; Vol 28(3): 225-239.
- CAETANO, R; WEISNER, C. (1995). "The association between DSM-III-R alcohol dependence, psychological distress and drug use". Addiction. 1995 Mar; 90(3): 351-9.
- CHATTERJEE, A; UPRETY, L; CHAPAGAIN, M; KAFLE, K. (1996). "Drug abuse in Nepal: a rapid assessment study". Bulletin on Narcotics. 1996; 48(1-2): 11-33.
- CHEN, CK; SHU, LW; LIANG, PL; HUNG, TM; LIN, SK. (1998). "Drug use patterns and gender differences among heroin addicts hospitalized for detoxification". Chang-Keng I Hsueh Tsa Chih. 1998 Jun; 21(2): 172-8.
- CLAUSSEN, B. (1999). "Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed". Addiction. 1999 Jan. 94(1):133-8.
- DOOLEY, D; CATALANO, R; HOUGH, R. (1992). "Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: Drift versus social causation". Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1992 Dec; Vol 65(4): 277-290.
- DOOLEY, D; PRAUSE, JA. (1997). "Effect of favorable employment change on alcohol abuse: One- and five-year follow-ups in the National Longitudinal Survey of Youth". American Journal of Community Psychology. 1997 Dec; Vol 25(6): 787-807.
- FERGUSON, JA; SUELZER, CJ; ECKERT, GJ; ZHOU, XH; DITTUS, RS. (1996). "Risk factors for delirium tremens development". Journal of General Internal Medicine. 1996 Jul; 11(7): 410-4.
- FEUERLEIN, W; KUFNER, H; FLOHRSCHUTZ, T. (1995). "The mortality rate of alcoholic patients 4 years after inpatient treatment". Versicherungsmedizin. 1995 Feb 1; 47(1): 10-4.
- FLEISCHMANN, H; KRISCHKER, S. (1996). "Status of the management of addicted patient--results of an expert survey on the basis for health policy decisions [German]". GESUNDHEITSWESEN. 1996 Oct; 58(10): 538-42.
- FREIXA, F. (1983). "La enfermedad alcohólica. Modelo sociobiológico del trastorno comportamental". En "Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos". Editorial Herder. Barcelona. 1983.

- GALANTER, M; EGELKO, S; DE LEON, G; ROHRS, C. (1993). "A general hospital day program combining peer-led and professional treatment of cocaine abusers [see comments]". *Hospital & Community Psychiatry*. 1993 Jul; 44(7): 644-9.
- GELBERG, L; LEAKE, BD. (1993). "Substance use among impoverished medical patients: the effect of housing status and other factors". *Medical Care*. 1993 Sep; 31(9): 757-66.
- HALL, W; TEESSON, M; LYNSKEY, M; DEGENHARDT, L. (1999). "The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being". *Addiction*. 1999 Oct; Vol 94(10): 1541-1550.
- HAMMARSTROM, A; JANLERT, U. (1994). "Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age". *Addiction*. 1994 Dec; 89(12): 1691-6.
- HAMMER, T; VAGLUM, P. (1990). "Use of alcohol and drugs in the transitional phase from adolescence to young adulthood". *Journal of Adolescence*. 1990 Jun; 13(2): 129-42.
- HAPKE, U; RUMPF, HJ; JOHN, U. (1998). "Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians' routine clinical practice versus screening questionnaires". *Addiction*. 1998 Dic; 93(12): 1777-85.
- HSER, YI; ANGLIN, MD; LIU, Y. (1991). "A survival analysis of gender and ethnic differences in responsiveness to methadone maintenance treatment." *International Journal Addiction*. 1990-91; 25(11A): 1295-315.
- HOGG, RS. (1994). "Variability in behavioural risk factors for heart disease in an Australian aboriginal community". *Journal of Biosocial Science*. 1994 Oct; 26(4): 539-51.
- JANLERT, U. (1997). "Unemployment as a disease and diseases of the unemployed". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1997; Vol 23(Suppl 3): 79-83.
- JANLERT, U; HAMMARSTROM, A. (1992). "Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study". *British Journal of Addiction*. 1992 May; 87(5): 703-14.
- JOHNSON, ME; REYNOLDS, GL; FISHER, DG. (2001). "Employment status and psychological symptomatology among drug users not currently in treatment". *Evaluation and Program Planning*. 2001 May; Vol 24(2): 215-220.
- KUMAR, S; WAIRAGKAR, NS; MAHANTA, J; SATYANARAYANA, K; CHETIAL, M; PHUKAN, RK; GOSWAMI, SK. (1996). "Profile of heroin addicts in Nagaland, India". *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health*. 1996 Dic; 27(4): 768-71.
- LEE, AJ; CROMBIE, IK; SMITH, WC; TUNSTALL PEDOE, HD. (1990). "Alcohol consumption and unemployment among men: the Scottish Heart Health Study". *British Journal of Addiction*. 1990 Sep; 85(9): 1165-70.
- LEE, AJ; CROMBIE, IK; SMITH, WC; TUNSTALL PEDOE, HD. (1991). "Cigarette smoking and employment status". *Social Science & Medicine*. 1991; 33(11): 1309-12.
- LEHELMA, E; KANGAS, R; MANDERBACKA, K. (1995). "Drinking and unemployment: Contrasting patterns among men and women". *Drug and Alcohol Dependence*. 1995 Jan; Vol 37(1): 71-82.

- LEHELMA, E; RAHKONEN, O; BERG, MA; HELAKORP, S; PRATTALA, R; PUSKA, P; UUTELA, A. (1997). "Changes in health status and health behavior among Finnish adults 1978-1993". Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 1997. 23 Suppl 3:85-90.
- LEINO-ARJAS, P; LIIRA, J; MUTANEN, P; MALMIVAARA, A; MATIKAINEN, E. (1999). "Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study". BMJ. 1999 Sep 4. 319(7210):600-5.
- LEJOYEUX, M; BOULENGUIEZ, S; FICHELE, A; MCLOUGHLIN, M; CLAUDON, M; ADES, J. (2000). "Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services". General Hospital Psychiatry. 2000 May-Jun; Vol 22(3): 206-212.
- LYNGE, E. (1997). "Unemployment and cancer: a literature review". IARC Scientific Publications (Lyon). 1997 (138):343-51.
- LYNGE, E; ANDERSEN, O. (1997). "Unemployment and cancer in Denmark, 1970-1975 and 1986-1990. IARC Scientific Publications (Lyon). 1997 (138):353-9.
- LUNA, A. (1998). "Psicopatología Laboral". En GISBERT, JA. "Medicina Legal y Toxicología". Editorial MASSON, S.A. Barcelona. (pág. 1067- 1072).
- LUOTO, R; POIKOLAINEN, K; UUTELA, A. (1998). "Unemployment, sociodemographic background and consumption of alcohol before and during the economic recession of the 1990s in Finland". International Journal of Epidemiology. 1998 Aug. 27(4):623-9.
- MACHO, JL; ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). "Psiquiatría del Trabajo". En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). "Psicopatología Jurídica y Forense". Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.
- McCANCE KATZ, EF; CARROLL, KM; ROUNSAVILLE, BJ. (1999). "Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers: Implications for treatment and prognosis". American Journal on Addictions. 1999 Fall; Vol 8(4): 300-311.
- McCUSKER, J; BIGELOW, C; LUIPPOLD, R; ZORN, M; LEWIS, BF. (1995). "Outcomes of a 21-day drug detoxification program: retention, transfer to further treatment, and HIV risk reduction". The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1995 Feb; 21(1): 1-16.
- McDONALD, Z; PUDNEY, S. (2000). "Illicit drug use, unemployment, and occupational attainment". Journal of Health Economics. 19(6):1089-115, 2000 Nov.
- MIDANIK, LT; CLARK, WB. (1995). "Drinking-related problems in the United States: Description and trends, 1984-1990". Journal of Studies on Alcohol. 1995 Jul; Vol 56(4): 395-402.
- MILTNER, E; SCHMIDT, G; SIX, A. (1990). "Value of blood alcohol concentration in the assessment of legal responsibility". Blutalkohol. 1990 Jul; 27(4): 279-84.
- MITTAG, W; SCHWARZER, R. (1993). "Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: A two-wave study on stressful life transitions". Psychology and Health. 1993 Mar; Vol 8(1): 77-87.
- MORET, V; PECOUD, A; YERSIN, B. (1993). "Screening for alcoholism among patients of a medical polyclinic in French-speaking Switzerland". Schweizerische Medizinische Wochenschrift-Journal Suisse de Medecine. 1993 Sep 25; 123(38): 1790-5.

- NOVO, M; HAMMARSTROM, A; JANLERT, U. (2000). "Smoking habits-a question of trend or unemployment? A comparison of young men and women between boom and recession". *Public Health*. 114(6):460-3, 2000 Nov.
- OSLER, M. (1992). "Smoking habits in Denmark from 1953 to 1991: a comparative analysis of results from three nationwide health surveys among adult Danes in 1953-1954, 1986-1987 and 1990-1991". *International Journal of Epidemiology*. 1992 Oct; 21(5): 862-71.
- PARKER, KD; WEAVER, G; CALHOUN, T. "Predictors of alcohol and drug use: A multi-ethnic comparison". *Journal of Social Psychology*. 1995 Oct; Vol 135(5): 581-590.
- QUERA SALVA, MA; ORLUC, A; GOLDENBERG, F; GUILLEMINAULT, C. (1991). "Insomnia and use of hypnotics: Study of a French population". *Sleep*. 1991 Oct; Vol 14(5): 386-391.
- RAWSON, NS; D'ARCY, C. (1991). "Sedative-hypnotic drug use in Canada". *Health Report*. 1991; 3(1): 33-57.
- ROMELSJO, A; HASIN, D; HILTON, M; BOSTROM, G; DIDERICHSEN, F; HAGLUND, B; HALLQVIST, J; KARLSSON, G; SVANSTROM, L. (1992). *The relationship between stressful working conditions and high alcohol consumption and severe alcohol problems in an urban general population*. *British Journal of Addiction*. 1992 Aug; 87(8): 1173-83.
- ROSS, HE. (1993). "Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics". *Addiction*. 1993 Feb; Vol 88(2): 209-218.
- ROYO-BORDONADA, MA; CID-RUZAFÁ, J; MARTIN MORENO, JM; GUALLAR, E. (1997). "Drug and alcohol use in Spain: consumption habits, attitudes and opinions". *Public Health*. 1997 Sep; 111(5): 277-84.
- SANTOLARIA, F; CASTILLA, A; GONZÁLEZ-REIMERS, E; PÉREZ-RODRÍGUEZ, JC, RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, C; LÓPEZ-PEÑALVER, A; DE MIGUEL, JE. (1997). "Alcohol intake in a rural village: physical signs and biological markers predicting excessive consumption in apparently health people". *Alcohol*. 1997 Jan-Feb; 14(1): 9-19.
- SARNA, L; BRECHT, ML. (1996). "Smoking status among women in households with young children". *Journal of the Society of Pediatric Nurses*. 1996 Oct-dic; 1(3): 117-25
- SEALE, JP; WILLIAMS, JF; AMODEI, N. (1992). "Alcoholism prevalence and utilization of medical services by Mexican Americans". *The Journal of Family Practice*. 1992 Aug; 35(2): 169-74.
- SENEGAL, MD. (1995). "An analysis of selected clinical variables of substance abusers residing in halfway houses". *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 1995 Jan; Vol 55(7-A): 2157.
- SMALS. GL; VAN DER MAST, RC; SPECKENS, AE; SCHUDEL, WJ. (1994). "Alcohol abuse among general hospital inpatients according to the Munich Alcoholism Test (MALT)". *General Hospital Psychiatry*. 1994 Mar; 16(2): 125-30.
- SMART, RG; OGBORNE, AC. (1994). "Street youth in substance abuse treatment: Characteristics and treatment compliance". *Adolescence*. 1994 Fal; Vol 29(115): 733-745.
- TEMPLE, MT; FILLMORE, KM; HARTKA, E; JOHNSTONE, B; LEINO, EV; MOTOYOSHI, M, (1991). "A meta-analysis of change in marital and employment status as predictors of alcohol consumption on a typical occasion [see comments]". *British Journal of Addiction*. 1991 Oct; 86(10): 1269-81.

- WALDRON, I; LYE, D. (1989). *"Employment, unemployment, occupation, and smoking"*. American Journal of Preventive Medicine. 1989 May-Jun; Vol 5(3): 142-149.

- WEISS, RD; GRIFFIN, ML; GALLOP, R; LUBORSKY, L; SIQUELAND, L; FRANK, A; ONKEN, LS; DALEY, DC; GASTFRIEND, DR. (2000). *"Predictors of self-help group attendance in cocaine dependent patients"*. Journal of Studies on Alcohol. 2000 Sep; Vol 61(5): 714-719.

- WILSON, SH; WALKER, GM. (1993). *"Unemployment and health: a review"*. Public Health. 1993 May; 107(3): 153-62.

- ZANIS, DA; COVIELLO, D. (2001). *"A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients"*. Journal of Psychoactive Drugs. 2001 Jan-Mar; Vol 33(1): 67-73.

- ZANIS, DA; COVIELLO, D; ALTERMAN, AI; APPLING, SE. (2001). *"A community-based trial of vocational problem-solving to increase employment among methadone patients"*. Journal of Substance Abuse Treatment. 2001 Jul; Vol 21(1): 19-26.

1.13.- DESEMPLEO E INTERVENCIÓN.

El capítulo se sumerge en los programas de intervención de búsqueda activa de empleo y en los mecanismos de prevención con el fin de apaciguar los efectos negativos que la situación de desempleo puede ejercer sobre el sujeto.

En esencia, conseguir un trabajo es fruto de los propios esfuerzos derivados de uno mismo. La focalización de nuestra atención hacia el problema y la orientación de nuestros esfuerzos hacia la consecución de un trabajo suele ser un precursor de éxito dentro del Mercado Laboral (Schaufeli y Van Yperen, 1993).

Tras haber perdido un empleo, la persona desempleada entra en una profunda crisis de identidad cayendo en la dinámica de solicitar interpretaciones psicológicas sobre sí mismo (cuestionando su eficacia y/o eficiencia profesional, disminuye el respeto y la confianza en sí mismo) y sobre sus problemas cotidianos. El proceso atribucional recae sobre el mismo sujeto dando lugar a la llamada “profecía autocumplidora” renunciando a todo tipo de tentativa de solicitar un empleo y en el que, incluso en circunstancias favorables, perjudica su imagen en las solicitudes de empleo que realiza o interpreta su fracaso en encontrar un empleo como una verificación de un fracaso personal.

Es significativa la importancia de la mediación de los profesionales y expertos en intervención psicosocial para suavizar los procesos que se dan lugar como consecuencia de la vivencia de la situación de desempleo. De esta manera, éstos pueden contribuir en la búsqueda del significado de las definiciones que, de sí mismos, a menudo realizan los desempleados. Estos profesionales que intervienen sobre el colectivo de desempleados realizan una contribución importante en el equilibrio psicológico de éstos así como también les brinda la oportunidad de disminuir su aislamiento social (Kieselbach, 1989).

Douthwaite (1994) denuncia que los terapeutas profesionales que intervienen sobre este tipo de colectivo abordan la sintomatología que manifiestan ignorando su situación social de desocupados (la raíz esencial y nuclear del dolor psíquico

y físico que sufren). El autor sugiere que los profesionales que realizan su práctica profesional sobre población desocupada han de orientar sus esfuerzos en el desarrollo de actividades alternativas que les brinde la posibilidad de protegerlos contra los efectos negativos causados por la situación de desempleo. Para Douthwaite, ningún tratamiento puede considerarse completo hasta que el sujeto no esté comprometido en actividades alternativas.

Las instituciones públicas y privadas ofrecen al desempleado servicios o programas de asesoramiento, asistencia y preparación cuyos objetivos principales es la refamiliarización de los sistemas de contratación e incrementar las posibilidades de encontrar un puesto de trabajo. Por otra parte, se aborda al desempleado desde una función de socialización profesional como de estabilización de su estado psicológico. Estos programas de intervención son instrumentos importantes que cumplen medidas sociopedagógicas como psicológicas que van orientados en la consecución de la estabilidad psicológica de los participantes que forman parte así como la consecución del incremento en la posibilidad de hallar un empleo. Objetivo de difícil cumplimiento debido al desajuste existente entre el creciente número de desempleados y el de puestos de trabajo disponibles. Para Kieselbach (1989), “en la medida en que la situación del mercado de trabajo provoque períodos de desempleo cada vez más largos, o niegue cualquier posibilidad de empleo, las intervenciones psicosociales con los desempleados, bien en forma de asesoramiento, preparación o asistencia psicológica, son cada vez más relevantes”.

Para el mismo autor, los programas de intervención que cuentan con la participación voluntaria de los desempleados han de contemplar los siguientes objetivos:

- 1- Estabilización psicológica durante el curso.
- 2- Asesoramiento especializado sobre las oportunidades de reaprendizaje y las posibilidades de proseguir los estudios.

- 3- Posibilitar el desarrollo de comportamientos con los que enfrentarse mejor a una situación de continuo desempleo.
- 4- Iniciación de sistemas de apoyo mutuo entre los desempleados.

Intervenir sobre el colectivo de desempleados supone abordar al sujeto con el fin de apaciguar los efectos estresante derivados de la situación propia de inactividad laboral, como si de una medida inicialmente profiláctica se tratase para todos aquellos que están sin trabajo. La intervención consiste en “instruir a los grupos participantes sobre los efectos individuales y familiares del desempleo, darles apoyo en la búsqueda de nuevas oportunidades de empleo y ayudarles a aprender técnicas de reestructuración cognitiva con las que equilibrar la pérdida de autoestima y contrarrestar las atribuciones de culpa individuales, (...). Además, se debe enseñar a los participantes estrategias con las que se poder enfrentarse de una forma efectiva con su situación, así como métodos apropiados de construir redes de apoyo social mutuo” (Kieselbach, 1989).

Por otra parte, también considera recomendable que se diera una cooperación más estrecha entre los colegios y las autoridades responsables en los temas de empleo. Para Kieselbach, la información o asesoramiento profesional que se dan los jóvenes deberían cumplir los siguientes objetivos:

- 1- Evitar la destrucción de sus preferencias profesionales.
- 2- Ayudarles a reconocer sus propios intereses y preferencias.
- 3- Asesorarles sobre las posibilidades que tienen de realizar estos últimos.

Los procesos de intervención van orientados a ofrecer técnicas de búsqueda activa de empleo y a brindar soporte emocional motivando al desempleado en la consecución de éste. Las instituciones tienen planteado un servicio de atención individualizada o grupal orientado al demandante de empleo y en el que se le asesora sobre los siguientes temas: cómo se redacta un currículum y una carta de presentación; qué tipos de pruebas psicotécnicas ha de enfrentarse el candidato

si se da el caso; qué tipos de entrevista de selección de personal existen y cuáles son las técnicas y métodos para superarlas; rol-playing, técnicas de aumento de autoestima o autoeficacia,... En las actividades en las que se establecen dinámicas grupales con sujetos desempleados, los procesos de comparación social que se derivan del intercambio de vivencias, de experiencias, de problemas y métodos de resolución ayudan a reducir el proceso de individualización que se origina entre el colectivo. Se puede decir, que la experiencia grupal “rompe” el concepto de “vivencia única e individual” de la situación, compartiendo sentimientos y emociones comunes que ayudan a reducir la angustia y/o ansiedad.

Los jóvenes que han finalizado sus estudios y se hallan en el momento de transición al mundo laboral se hallan faltos de conocimientos en materia de inserción o insuficientemente preparados para acceder al Mercado Laboral. Esta situación origina que muchos jóvenes desempleados aún se esfuercen en acceder al Mercado Laboral o aceptar ocupaciones laborales que no les inspira satisfacción y les impide su desarrollo profesional. Worthington y Juntunen (1997) proponen que la figura del psicólogo participe en la docencia de contenidos referentes a la transición mundo académico al mundo laboral en el ámbito de la enseñanza.

La persona que hallándose en situación de inactividad laboral desee buscar un empleo, aplicará conductas motivacionales que le impulsen a ello. En las personas, existen diferentes tipos de necesidades que pueden estar operando y que conducen a éstas a manifestar conductas motivadas. La búsqueda de empleo, una vez conseguido, no solamente supone la reinstauración de un papel o rol socio-profesional y la mejora de la situación económica. Además, y como consecuencia de lo anterior, supone una mejora de la situación psíquica y física del sujeto. Supone una especie de “alivio” ante una vivencia experimentada como angustiante, incómoda y/o desagradable.

Dirksen (1994) razona que la situación de despido forzado e involuntario por parte del trabajador es un episodio estresante ya que supone la pérdida de uno de los papeles centrales y funcionales en la vida de un sujeto. Es por ello que para este autor y los profesionales de la salud creen oportuno la colaboración entre los recursos de la comunidad y los servicios sociales con el fin de prevenir los efectos negativos de un miembro desempleado en la familia y así preservar su tensión o ansiedad.

Maisondieu (1995) piensa que la intervención puede ir orientada en adaptar el contexto a la persona o, al contrario, la persona al contexto para evitar los posibles desequilibrios en la salud mental del sujeto debidas a su situación de desempleo. Esto supone abordar la problemática mejorando las condiciones de vida del sujeto o bien, intervenir psiquiátrica y psicológicamente en el dolor de éste. Tanto una intervención u otra presenta un contenido ideológico fundamental por parte del profesional de la salud. No obstante, la opción por la cual se inclina Maisondieu es el abordaje psiquiátrico si se decide intervenir en desempleados que sufren de algún trastorno de ansiedad debido a dificultades económicas y/o crisis financieras.

En opinión de Marnetoft, Selander, Bergroth y Ekholm (1997), los desempleados a largo plazo son los que presentan más necesidad de intervención ya que presentan más dificultades de rehabilitación e inserción laboral. Selander y Marnetoft (1999) consideran que son las mujeres desempleadas las que parecen particularmente difíciles de insertar laboralmente. Una posible explicación que se atreven a definir es que las mujeres desempleadas tienden a presentar dificultades más complejas y severas en el Mercado Laboral. Lo que puede facilitar la selección de casos para los programas de intervención de reinserción laboral y profesional.

Para Álvaro (1989), los programas de intervención deberían incrementar “el nivel de conciencia social de los efectos del desempleo, sólo así se lograría, como

acertadamente señala Vala (1988) superar la reducción de lo político a lo psicológico”. Existe una marcada tendencia a reducir el problema de la desocupación enmarcada y circunscrita únicamente sobre el sujeto, desde un punto de vista psicológico-individual. El atributo de estigmatización esta presente bajo la atribución de que el sujeto desempleado que se halla en esta situación se le asigna un papel en el que se le merece lo que es justo. Con todo ello, se obvia otro elemento a destacar que es el carácter sociopolítico del mismo y las consecuencias ya conocidas sobre la población.

Desde el punto de vista de la intervención orientadora en el desarrollo profesional del individuo, Rodríguez Moreno (1998) considera que se tendría que acomodar mutuamente al trabajador y el trabajo desde una triple perspectiva:

1. “*Guiando* a las personas a prender a elegir el trabajo que más les convenga, como mínimo sin mermar en nada su condición humana y, como máximo, convirtiéndolas en más ricas y más dignas (...).
2. *Preparando y formando* a los trabajadores y futuros trabajadores en las capacidades y destrezas precisas para poner en práctica las técnicas y procedimientos de las tareas y tecnologías ocupacionales (...). La motivación, la experiencia, el modelado y la formación inicial de una persona por lo que se refiere a los tipos de trabajo y a las expectativas laborales influyen directamente sobre el tipo de elecciones ocupacionales que esta persona va a hacer, sobre su manera de identificarse con el trabajo y su estabilidad y equilibrio en él.
3. *Educando* a los futuros trabajadores, a sus familias, a sus profesores y a la sociedad en general, en la comprensión de los problemas del desarrollo profesional que es progresivo, (...). Intentar una convergencia multidisciplinar de las diferentes fuerzas sociales, políticas y educativas para reafirmar en el futuro trabajador la conciencia de su valor social y de la necesaria contribución personal a sus conciudadanos y a su pueblo. De esta manera que se inicie un necesario cambio en la relación entre educación y trabajo sólo posible a través de una *Educación para la*

carrera profesional que proporcione al individuo todo un conjunto de experiencias, conocimientos, destrezas y actitudes hacia si mismo y hacia el mundo laboral con las que poder identificarse y con las que poder abrirse camino en un mundo laboral y vital cambiante”.

1.13.1. Motivación e Intervención.

La aplicación de conductas motivacionales y sus causas que la originan pueden ser muy variadas en función de la edad en que se instala la edad de la inactividad: la motivación no será la misma en un sujeto joven que de mediana edad ya que las circunstancias y los contextos no contemplarán las mismas variables vivenciales (por ejemplo, las diferencias en estatus o calidad de vida alcanzado dará lugar a que las necesidades a cubrir sean diferente para ambos tipos de colectivos). Mientras a unos les motivan unas cosas, a otros les motivará otras cosas. Por ejemplo, mientras que a unos sujetos les motiva el dinero, otros les interesa el crecimiento y aprendizaje personal y profesional y a otros, las amistades y las relaciones interpersonales. Cada uno y por razones distintas se encontrará más o menos motivado a desarrollar y aplicar conductas que vayan orientadas a satisfacer sus necesidades.

Puede suceder el caso contrario, la desmotivación del desempleado puede ser variada y diversa originándose un estado de ánimo bajo o -en su caso- una depresión por no saber cómo planificar un proceso de búsqueda de trabajo, por el tiempo transcurrido de inactividad laboral, por sucesivas negativas manifestadas en los procesos de selección de personal debido al Mercado Laboral existente en el momento, por manifestar malestar contra el sistema establecido o la sociedad en general,...

La propuesta genérica de los teóricos de las necesidades psicológicas plantea que en el ser humano posee una serie de necesidades activadas que orientan su conducta hacia acciones que permiten la satisfacción de estas. Desde un

punto de vista laboral, la motivación contempla un grupo de niveles motivacionales:

- 1) fisiológicas relacionadas con la retribución económica,
- 2) fisiológicas relacionadas con las condiciones físicas del entorno laboral,
- 3) seguridad y estabilidad cara el futuro,
- 4) afiliativas de relación con los compañeros,
- 5) afiliativas de relación con los superiores,
- 6) de autoestima, fruto del reconocimiento de los superiores por el trabajo bien hecho, y
- 7) de autorrealización o desarrollo personal y profesional (D. de Quijano de Arana y Navarro, 1998).

Desde un punto de vista del desempleo, la búsqueda de trabajo supone la consecución de la satisfacción de una amalgama de variables. Supone el eje vertebrador básico del cual se sustenta muchas otras variables motivadoras. El sujeto en paro que se halla necesitado, impulsa su conducta hacia la búsqueda del incentivo (el trabajo). En palabras de Muñoz Sabaté, Bayés y Munné (1980) “el impulso se origina desde el interior del organismo sobre la base de una necesidad, mientras que, el incentivo plantea al organismo a ejercer sobre él una atracción”. Para el desempleado la búsqueda de empleo supone un incentivo u objetivo a conseguir y el sujeto aplica ese impulso. Las razones motivacionales y el grado de esfuerzo aplicado en su conducta para lograr su inserción o reinserción laboral dependerá de las necesidades que se vayan a satisfacer y que se consideren como subjetivamente importantes (por ej.: no es la misma motivación para un sujeto desempleado que quiera acceder a un puesto de trabajo con el fin de pagar una importante suma de una hipoteca que el desempleado que quiere únicamente subsistir con lo estrictamente necesario).

Basándose en la Teoría de la Expectativa-Valencia la cual considera que la fuerza de la motivación de las acciones de una persona está determinada por las expectativas de éxito o fracaso y las valencias subjetivas atribuidas al éxito o

fracaso, Feather y Davenport (1981) hipotetizan sobre el grado de motivación que un sujeto aplica para buscar un empleo. Consideran que el grado de motivación depende de las expectativas positivas o negativas de la búsqueda y de la atracción o adversidad que el trabajo en sí mismo tenga para el sujeto. De esta manera, cuando la búsqueda es infructuosa en aquellos sujetos que presenta altos grados de motivación y altas expectativas de encontrar un trabajo y que, además, consideran el trabajo en sí mismo como algo atractivo, se hallan abocados a sufrir un mayor sentimiento depresivo (en García Rodríguez, 1992).

Para Weiner (1980), los sujetos depresivos presentan una baja motivación de logro. Tienden a atribuir al fracaso a factores internos (personales) y estables y al éxito a factores externos (azar o suerte) e inestables. Suelen considerar que el fracaso es incontrolable.

La motivación del sujeto desempleado a conseguir un empleo supone una variable importante a considerar en todo tipo de intervención que se pueda aplicar. Cuanta mayor sea la motivación o intensidad en la búsqueda de empleo, la probabilidad de poder encontrar un trabajo aumenta. La motivación de logro sería el resultado de la tendencia a querer conseguir resultados u objetivos y la tendencia a querer evitar el fracaso (Atkinson, 1964). Existen relaciones predictoras significativas entre el grado de compromiso que se aplica en el trabajo, las dificultades financieras y la autoeficacia en los procesos de búsqueda activa de trabajo. De esta manera y dicho de otro modo, se puede decir que la motivación es un gran indicador de la intensidad con que se aplica las conductas de búsqueda activa de trabajo en sujetos desempleados de larga duración (Wanberg, Kanfer, Rotundo, 1999).

Wanberg, Kanfer y Rotundo (1999) evaluaron la relación entre el grado de intensidad de búsqueda de trabajo y el éxito en haber conseguido un puesto de trabajo. Los resultados muestran que existen relaciones significativas utilizados como predictores: el compromiso hacia el empleo, las dificultades económicas,

el sentimiento de autoeficacia y la intensidad en la búsqueda activa de trabajo y la motivación. Se puede considerar la variable de motivación como un predictor para la intensidad en la búsqueda activa de trabajo para los desempleados de largo plazo. Los autores pudieron constatar que el nivel de intensidad en el esfuerzo que se aplica en el desarrollo de un proceso de búsqueda activa de trabajo predice un estado futuro reemplazo del sujeto.

Para Lynd Stevenson (1999), la teoría de la esperanza-valor explica que el anhelo de encontrar un trabajo predice el futuro estado de empleo del sujeto. La esperanza del sujeto en encontrar un empleo facilita a que el sujeto aplique todo tipo de conductas que vayan orientados a originar un proceso de búsqueda activa de trabajo. De hecho, la intención de buscar un trabajo predice la aplicación de conductas orientadas hacia la búsqueda de trabajo. La autoeficacia, el compromiso hacia el trabajo y la intención de búsqueda predicen la sensación de bienestar general del sujeto (Wiener, Oei y Creed, 1999).

Prusia, Furgate y Kinicki (2001) también son de la opinión en considerar que la intensidad de conductas aplicadas y orientadas a la consecución de un empleo predicen positivamente el reemplazo del sujeto desempleado. Del mismo modo, Gelpe (2001) es de la opinión de relacionar la motivación con la confianza en las habilidades propias para encontrar un trabajo.

No obstante, McFadyen y Thomas (1997) consideran que existe una relación compleja entre las expectativas con que se destinan en la consecución de un trabajo y la intensidad con que se aplica esa búsqueda.

Cuanta mayor sea la motivación para el logro en la consecución de un empleo, mayor será el círculo de compañías que rodea al sujeto, más solicitudes de empleo planteará en empresas diferentes con la que la probabilidad de encontrar un empleo aumenta. Al contrario sucederá si la motivación del sujeto es baja. Kulik (2000) analizó las diferencias existentes en la intensidad de la búsqueda de trabajo, las actitudes hacia el desempleo en 4 grupos de mujeres

desempleadas de Israel clasificadas en función de la edad. Los grupos estaban constituidos por:

- Un grupo post-adolescente (hasta los 21 años).
- Un grupo de madurez joven (22-35 años).
- Un grupo de mediana edad (36-49 años).
- Un grupo de madurez tardía (50-62 años).

Los resultados revelaron que existían diferencias en la intensidad de búsqueda de trabajo para los 4 grupos. El grupo más joven dedicó más tiempo durante la semana en la búsqueda de empleo que el resto de grupos. El grupo de mujeres de madurez tardía presentaba una menor tendencia a rechazar el trabajo por consideraciones de carácter económico. En general, el grupo de madurez tardía informó de un marcado declive de su salud debido al desempleo y presentó menos tendencia en rechazar la oferta de trabajo ofrecido debido a las consideraciones económicas; mientras que, el grupo de madurez joven y el grupo de mediana edad tendieron a rechazar la oferta de trabajo en función de las condiciones laborales o por motivos de carácter familiar.

En otro estudio sobre la misma línea, Kulik (2001) investigó las diferencias existentes en los grados de intensidad de búsqueda de trabajo así como las actitudes hacia el desempleo sobre una muestra constituida por 559 sujetos desempleados. Los resultados a los cuales llegó fue que la intensidad de búsqueda de trabajo, la tensión o dolor psicológico eran más altas en sujetos que se hallaban desempleados recientemente (2-3 meses). Los desempleados de mediana edad dedicaron más horas a la semana en la búsqueda de trabajo y, en general, las mujeres expresaron una disminución en la calidad de su estado de salud como resultado de su situación de inactividad laboral.

Eby y Buch (1994) distinguen entre factores intrínsecos (psicológicos) y factores extrínsecos (económicos) en los procesos de búsqueda de trabajo. Sobre una muestra de 516 sujetos (12% de sexo femenino) de cuello blanco a los cuales se les habían despedido, se observó que la mayoría de ellos consiguieron nuevos trabajos sobre la base de la importancia de los factores psicológicos que de los

factores financieros. No obstante, pudieron apreciar que las perspectivas para que se de lugar efecto el reempleo son algo dependientes con alcanzar la superación del proceso de elaboración del duelo y la aceptación emocional de la pérdida del antiguo trabajo; del sexo al cual pertenece el que busca el trabajo y de la manera en que fue conseguido el nuevo trabajo. En comparación con las mujeres, los hombres presentaban niveles más altos de satisfacción por el trabajo conseguido, por el tipo de sueldo y calidad de vida conseguido (sin tener en cuenta los tipos de métodos aplicados en los procesos de búsqueda de trabajo). A razón de los resultados obtenidos, los autores de la investigación proponen que los profesionales que trabajan en el ámbito de la inserción laboral alivien los efectos negativos y el trauma emocional de la transición que se deriva de la pérdida de trabajo. Añaden que estos profesionales han de brindar estrategias activas de búsqueda que alimente las expectativas de conseguir trabajos con éxito, así como la aplicación de intervenciones que se orienten en la satisfacción de las necesidades individuales de los usuarios que se presentan en estos servicios de recolocación laboral.

Para Rooney (1997), la efectividad en la búsqueda de trabajo radica, en esencia, por la longitud temporal (detallada en meses) que se aplica entre la búsqueda y del grado de aceptación de la diferencia existente entre el nivel económico-retributivo del antiguo al nuevo empleo.

1.13.2. Terapias Cognitivo-Conductuales.

Es posible identificar a las personas que son vulnerables a problemas de salud mental en función a los entornos sociales pobres o a los acontecimientos adversos en los cuales hayan podido vivir. De esta forma, las intervenciones son eficaces si promueven el bienestar mental del sujeto y ayuden a prevenir los trastornos mentales en sujetos que presentan riesgo de sufrirlos. Para mejorar la salud mental del desempleado y sus resultados en el proceso de búsqueda

activa de trabajo, la aplicación de la Técnica terapéutica Cognitivo-Conductual y la resolución del problema mediante el apoyo social que pueda recibir el sujeto son muy favorables y positivas (Baker, Gilbody, Glanville, Press, Sharp, Sheldon, Sowden, Turner-Boutle, Tilford, Delanay y Vogels, 1997).

La aplicación de técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales presentan utilidad ya que ofrecen un acercamiento gradual en el desarrollo de conductas orientadas hacia la búsqueda de trabajo y reduce los niveles de ansiedad del sujeto. Se trata de una técnica de intervención que pretende contener la tensión originada por la pérdida de trabajo y promover el reempleo (Bola, 1998; Phillips, 1999).

La intervención de forma temprana sobre el sujeto desempleado facilita el reempleo o la reducción del espacio de tiempo que resta inactivo disminuyendo los posibles síntomas depresivos y mejorando su situación emocional (Vinokur y Schul, 1997). La sintomatología depresiva inicial debida a la situación de desempleo remite una vez que el sujeto entra de nuevo en activo en el Mercado Laboral (Ginexi, Howe y Caplan, 2000).

Sobre un grupo de 43 sujetos y aplicando la Terapia Cognitivo-Conductual, Creed, Machin y Hicks (1999) pudieron apreciar que la técnica produce beneficios inmediatos en la salud mental y cuyos efectos permanecen a largo plazo. Añaden que los participantes que presentaban niveles previos de alto dolor psicológico-emocional presentaban una mejora en comparación a aquellos que presentaban un menor dolor.

Proudfoot, Gray, Carson, Guest y Dunn (1997, 1999) consideran necesaria toda intervención orientada a brindar ayuda a los sujetos desempleados con el fin de minimizar los negativos efectos psicológicos frutos de la propia situación. Los autores hallaron que lo que más caracteriza a los sujetos desempleados y que dificulta su proceso de reinserción laboral es la expresión de la baja autoestima,

de la baja autoconfianza, la manifestación de la ansiedad y/o la depresión, los episodios de aislamiento social, una disminución en el disfrute y goce por la vida y una sensación de desesperanza sobre el futuro. Desde este punto de vista, los autores consideran oportuno la intervención psicológica basada en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual (habitualmente utilizado en el ámbito clínico-psiquiátrico). Los resultados a los cuales llegaron fueron que la aplicación de la técnica psicoterapéutica mejoró en la salud mental de los sujetos así como en el inicio de conductas de búsqueda activa de trabajo: cuatro meses después de iniciar las sesiones, un 34% de los sujetos habían encontrado un trabajo a jornada completa. La cifra aumentó a un 49% cuando hubo sujetos que consiguieron un trabajo a jornada parcial o un trabajo temporal. Sólo el 28% del grupo control consiguió un empleo. Los resultados obtenidos en la investigación indican el valor de las intervenciones psicoterapéuticas de las Terapias Cognitivo-Conductuales reduciendo los negativos efectos psicológicos que origina la situación de desempleo y brindar al sujeto a motivar su conducta en la consecución de un trabajo. Según los autores anteriormente citados, la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual mejora el estado de salud mental en sujetos desempleados beneficiando al individuo y a la sociedad en general.

Naatz (1998) analizó los efectos de la aplicación de la Terapia Cognitiva-Conductual y de la Terapia Interpersonal en desempleadas que padecen de bulimia. La autora pudo observar que al año, los sujetos a quienes se les brindó la oportunidad de aplicarles la Terapia Cognitiva-Conductual presentaban una más alta probabilidad de conseguir empleo que los participantes de la Terapia Interpersonal.

Saam, Wodtke y Hains (1995) examinaron la efectividad de un programa de intervención cognoscitiva de reducción de estrés en 42 gerentes desempleados que participaban en un programa de recolocación ("outplacement"). Los autores pudieron comprobar que los sujetos a los cuales fueron intervenidos con la

técnica cognoscitiva pudieron recolocarse significativamente más temprano mostrando una disminución en sus niveles de estado de ansiedad e irritabilidad. Interviniendo sobre 52 gerentes, Joseph (1999) desarrolló un programa de intervención basado en las técnicas de relajación, la neutralización de reacciones afectivas y/o emocionales, promover la reconstrucción cognoscitiva de la pérdida del trabajo, el refuerzo del autoconcepto y de la percepción de control, así como la aplicación de entrenamiento y rol-playing de situaciones de entrevistas de trabajo. Joseph pudo comprobar que la aplicación de la técnica guiada y/o de acompañamiento en el proceso de búsqueda de trabajo presenta relación directa con la habilidad de hallarse de nuevo reemplado.

Luciano (1997) pretendió evaluar la eficacia de un servicio de recolocación ("outplacement") sobre una muestra de 308 sujetos. Los resultados obtenidos indican que tanto los sujetos de sexo masculino como los que jóvenes que aplican un proceso de búsqueda activa presentan una más probabilidad de ser recolocados que las mujeres y los sujetos de mediana edad.

Caplan, Vinokur, Price, Van Ryn (1989) utilizan las Técnicas Cognitivas como instrumento de intervención preventiva para apaciguar los efectos que se derivan de sucesos vitales como es el caso de la pérdida de trabajo. El objetivo de su estudio era prevenir el bajo estado salud mental asociado en sujetos desempleados, la pérdida de motivación en la búsqueda de un nuevo trabajo y promover el reemplazo de calidad superior. La intervención consistía en un entrenamiento en procesos de búsqueda activa de trabajo así como la aplicación de resolución de problemas que facilitan la inoculación contra el desánimo y el refuerzo social positivo. Para los autores, la condición experimental significó una oportunidad positiva de reemplazo para los sujetos desempleados en lo que se refiere a los beneficios obtenidos y en los niveles de satisfacción en el trabajo. En cambio, en aquellos sujetos que aún continuaban desempleados, la aplicación de las técnicas mencionadas facilitó un aumento de los niveles de motivación. Este tipo de técnica de intervención favorece la disminución de

sintomatología depresiva en desempleados que originan conductas de búsqueda activa de trabajo (Poikolainen, 1995).

Vinokur, Van-Ryn, Gramlich y Price (1991) consideran que aplicando una intervención preventiva en sujetos desempleados preservaba la salud mental y reducía la posibilidad de pérdida de motivación para buscar empleo. Con la aplicación del plan de intervención, los autores hallaron resultados con efectos beneficiosos en cuanto se refiere a la obtención del tipo y/o nivel de empleo conseguido, en cuanto ganancias mensuales, en cuanto a aumentos de episodios de cambios de trabajo y cambios conductuales en búsqueda activa de trabajo.

Desde este punto de vista se cree interesante aplicar métodos de intervención orientados en el sentido de facultar destrezas, capacidades o habilidades conductuales para la consecución y la búsqueda de trabajo y así evitar cualquier proceso que impida el despliegue de este tipo de conductas. La intervención va orientado también en el sentido de prevenir cualquier eventual estado de salud mental pobre y promover el reemplazo de alta calidad. El estudio que Vinokur, Price y Schul (1995) aplicaron quiso probar si la eficacia de la intervención puede ser aumentada con el fin de proteger a los sujetos que presentaban un más alto riesgo de mostrar una importante sintomatología de carácter depresiva. Los resultados obtenidos demostraron que la intervención beneficia principalmente al reemplazo y a los sujetos que presentaban un estado de salud mental de riesgo. Para los autores mencionados, los resultados obtenidos hacen pensar en la viabilidad de reforzar la eficacia de la intervención preventiva; principalmente, en sujetos desempleados cuya sintomatología depresiva presenta un más alto riesgo en manifestarse y que más fácilmente pueden ser identificados. Para estos autores, lo esencial e importante de la intervención en el desempleado va orientado en proporcionar todo tipo de apoyo social que necesite y un ambiente que promueva el aprendizaje de la adquisición de habilidades de búsqueda activa de trabajo, así como, de la inoculación del desánimo característico de los procesos de búsqueda infructuosa de trabajo (Vinokur, Price, Caplan, Van Ryn, Curran, 1995).

Price, Van Ryn y Vinokur (1992) estudiaron el impacto de un programa de intervención en sujetos que mostraban sintomatología depresiva. La sintomatología básica de la depresión, un bajo nivel de asertividad y las dificultades económicas se identificaron como variables de riesgo que conducen a un posible estado depresivo. Estas variables fueron escogidas para diferenciar el grupo experimental (sujetos de alto riesgo) del grupo control (sujetos de bajo riesgo). Los resultados indican que el programa de intervención para búsqueda activa de trabajo presenta un gran impacto sobre sujetos que presentan un riesgo más alto para desarrollar una depresión.

Vinokur, Schul, Vuori y Price (2000) examinaron los efectos que se desarrollan a largo plazo de un grupo de desempleados como resultado de la aplicación de un curso-taller de técnicas de búsqueda activa de empleo. Pudieron comprobar que a los dos años después de finalizar el curso-taller, el grupo experimental presentaba niveles significativamente más altos de reempleo, bajos niveles de síntomas depresivos y una más baja probabilidad de experimentar un episodio de depresión mayor en el último año. Asimismo, también apreciaron que la intervención beneficiaba importantemente para aquellos sujetos que presentaban niveles bajos de motivación en el desarrollo de conductas y bajo dominio de técnicas de búsqueda de trabajo.

La importancia en intervenir tempranamente supone cortocircuitar el proceso que encamina al sujeto desempleado a desarrollar una posible depresión, principalmente en sujetos cuya vulnerabilidad presentan más tendencia hacia ella. Los mecanismos de prevención que se pueda aplicar a tiempo supondrán unos instrumentos de soporte para impedir que se desarrolle una posible alteración psicológica o trastorno mental y motivar al sujeto a crear mecanismos de defensa contra éstos. La intervención de forma temprana cuando el sujeto ha abandonado recientemente el trabajo facilita el que pueda encontrar un empleo con más antelación o que se reduzca el espacio de tiempo en inactividad laboral. De esta forma, se previene los posibles síntomas depresivos que puedan originarse mejorando su situación emocional (Vinokur y Schul, 1997). Grossi,

Ahs y Lundberg (1998) creen que la intervención puede ejercer una influencia beneficiosa en la salud mental de los que se hallan desempleados a largo plazo intentando reducir o anular la monotonía en los sujetos muy activos y con gran implicación laboral. De ahí la importancia en identificar y desarrollar estrategias de prevención orientadas a las personas desempleadas que presentan alteraciones mentales. La intervención prematura y a tiempo ayuda a prevenir cualquier empeoramiento del estado mental del desempleado. Los mecanismos de prevención favorecería, además, a reducir los costes socioeconómicos y/o sanitarios de este tipo de población (Buffat, 2000).

Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris, Tie y Quimby (1999) evaluaron la efectividad de dos tipos de intervención con el fin de promover la búsqueda de empleo de una muestra de 152 sujetos desempleados con trastornos mentales severos. Por una parte, un programa de intervención se orientaba en proporcionar apoyo continuado y habilidades competentes para la inserción laboral del desempleado en trabajos competitivos (IPS) por parte de los profesionales de la salud y; por otra parte, el otro programa de intervención se orientaba hacia la rehabilitación y orientación profesional (EVR). Se evaluó a lo largo del tiempo los resultados obtenidos y se observó que los participantes del programa IPS presentaban una alta probabilidad de insertarse laboralmente. Con el programa IPS se consiguió el 60,8% de inserción; mientras que, con el programa EVR se consiguió el 9,2%. También existía una más alta probabilidad de ocupar trabajos a la altura de sus competencias de como mínimo 20 horas de dedicación a la semana (programa IPS: 45,9%; programa EVR: 5,3% respectivamente). Los participantes del programa EVR presentaban una proporción más elevada de ocupar puestos de trabajo protegidos y subvencionados por el gobierno (programa IPS: 10,8%; programa EVR: 71,1% respectivamente). Para ambos grupos se mejoraron los niveles de satisfacción en el trabajo. Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris, Tie y Quimby concluyen que en los procesos de búsqueda activa de trabajo y su logro, los programas

IPS tienden a ser más eficaces que los programas EVR incluso en pacientes que presentan una historial laboral accidental o con múltiples problemas.

Para Bedell y Rivera (1999), la técnica de entrenamiento en procesos de búsqueda de trabajo es un área exitosa en procesos de rehabilitación psiquiátrica. Los autores son de la opinión de considerar que quien ocupa un trabajo también supone un contenido estresante. De esta manera, creen interesante intervenir rehabilitando eficazmente las habilidades de sujetos con esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos neuróticos para superar sus problemas tensionales y/o estresantes derivados del trabajo. Los niveles más altos de tensión eran asociados con dos estresores: la relación con el mando jerárquico inmediatamente superior (o supervisores) y recibir un gran contenido de información que no representaba gran utilidad y funcionalidad para el desarrollo de la tarea. Para los autores, la ambigüedad o el conflicto del rol a desarrollar en el puesto de trabajo (la indefinición del lugar de trabajo) no presentaba un índice elevado de estrés en comparación con otros estresores. Los autores discuten los resultados del entrenamiento de habilidades en este tipo de población.

Joseph y Greenberg (2001) desarrollaron un estudio experimental para examinar la eficacia de un programa de reinserción laboral sobre una muestra compuesta por 52 sujetos desempleados. El programa profundizó sobre las emociones existentes derivados de la pérdida del antiguo trabajo, reforzar el sentimiento de autoestima, facilitar la reestructuración cognitiva, aumentar las percepciones de control y de las competencias laborales. Entre los 2 y los 4 meses de intervención, los índices de reinserción a jornada completa entre los participantes del grupo experimental frente a los participantes del grupo control fueron los siguientes: a los 2 meses, la proporción era de 61,5% contra 11,5%; mientras que a los 4 meses, la proporción fue de 72% contra 38,5%, respectivamente. No obstante, el programa de intervención de transición de

carrera tuvo más eficacia trabajando sobre la percepción de control que sobre las emociones derivadas de la pérdida del trabajo.

Newsome (1998) desarrolla el primer estudio en el que incorpora el diseño longitudinal en el estudio de conductas orientadas al reempleo y la búsqueda activa de trabajo sobre una muestra de 230 sujetos. Durante 3 semanas los sujetos participaron en un programa de entrenamiento de conductas de búsqueda de trabajo, posteriormente analizó los resultados obtenidos teniendo en cuenta 3 períodos: durante el programa, al finalizar el programa de entrenamiento y al cabo de 2 meses siguientes de finalizar el programa. El estudio fue importante por dos aspectos: demostró el papel que juega la entrevista de trabajo en los procesos de reempleo; el concepto de “calidad en la búsqueda activa de trabajo” fue introducido y operacionalizado en el sentido de ser un predictor para la obtención de futuras entrevistas de trabajo. Para Newsome, las actitudes y las conductas que se aplican predicen las intenciones de búsqueda de trabajo. Las intenciones en la búsqueda de trabajo predijeron la calidad y la cantidad de entrevistas de trabajo. El número de entrevistas obtenidas por los participantes ofrecía información de la calidad en la búsqueda activa de trabajo aplicada por el sujeto. Newsome considera que el estado de empleo se predice por el número de entrevistas obtenidas y la finalización de la búsqueda de empleo se predice por la situación de empleo.

Eden y Aviram (1993) evaluaron sobre una muestra de 66 desempleados, el impacto de un programa de entrenamiento conductual para promover el sentimiento de autoeficacia en procesos de búsqueda activa de trabajo y su posibilidad de reempleo. El programa-taller de entrenamiento facilitó el aumento de conductas orientadas a promover la búsqueda activa de trabajo confirmando la hipótesis la cual defiende que levantando el sentimiento de autoeficacia, se intensifica la orientación en el nivel de esfuerzo. Por otra parte, se pudo valorar que el programa de intervención aumenta las posibilidades de originar conductas de búsqueda en participantes cuyo sentimiento de autoeficacia inicial es bajo y

no en sujetos cuya autoeficacia es alta. Los autores concluyen que estos programas de intervención han de ir orientados prioritariamente en sujetos en los que presenten un bajo nivel de autoeficacia y con escasas habilidades para aplicar un proceso de búsqueda activa.

En Australia, Creed, Machin y Hicks (1996) analizaron los resultados obtenidos en materia de salud mental de jóvenes desempleados de larga duración que asistieron en un programa de entrenamiento para la búsqueda de empleo. La intervención producía mejoras significativas en la autoestima de los sujetos, no obstante, no producía ninguna disminución en el dolor psicológico que origina la situación de desocupación.

Por otra parte, Forte (1991) da a conocer que los servicios de un determinado programa de inserción laboral orientado a adultos con problemas de salud mental crónicos proporcionan oportunidades para aprender las habilidades de técnicas de venta de sí mismo y las habilidades sociales necesarias para superar procesos de selección de personal a través de la participación en rol-playings. Sobre la base de sus 13 años de experiencia, Forte considera que las personas mentalmente enfermas puede funcionar productivamente en la comunidad.

1.13.3. Terapias Psicoanalíticas Breves.

Para analizar la efectividad y el coste de las terapias psicoanalíticas breves de unos servicios psiquiátricos se utilizó una muestra de 110 sujetos. El 68% de los sujetos estaban desempleados. La intervención consistía en aplicar ocho sesiones por semana de la psicoterapia antes mencionada. Guthrie, Moorey, Margison, Baker, Palmer, McGrath, Tomenson y Creed (1999) pudieron apreciar que los pacientes presentaban una mejora significativa al cabo de seis meses de inicio de la aplicación de la psicoterapia. Los que recibieron la psicoterapia redujeron el número de visitas y frecuentaron menos los servicios de salud

mental favoreciendo una reducción importante en su coste económico. Para estos autores, los resultados obtenidos parecen indicar que la aplicación de la técnica de la terapia psicoanalítica breve es rentable en el uso de pacientes que no presentan ningún tipo de síntomas psicóticos.

1.13.4. Logoterapia.

Para Frankl (1990), “la logoterapia y el análisis existencial son las dos caras de una misma teoría. Es decir, la logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico mientras que el análisis existencial representa una orientación antropológica de investigación. (...) en la “logoterapia”, “logos” quiere decir dos cosas: por un lado, el sentido y; por el otro, lo mental, por lo menos en oposición heurística a lo puramente psíquico”.

Los cinco aspectos del análisis existencial y de la logoterapia son los siguientes:

- 1- Análisis existencial como explicación de la existencia personal.
- 2- Análisis existencial como terapia de neurosis colectivas.
- 3- Análisis existencial como cura de almas médicas.
- 4- Logoterapia como terapia específica de neurosis noógenas.
- 5- Logoterapia como terapia no específica.

Frankl añade que la logoterapia,

“en la medida en que se basa en una frustración de la misma voluntad de sentido, es decir, en la frustración existencial, siempre deberá intentar hacer emerger posibilidades concretas de la realización personal de sentido, es decir posibilidades cuya puesta en práctica es exigida e impuesta al paciente en exclusividad personal y valores cuya puesta en práctica sería capaz de realizar la voluntad de sentido frustrado anteriormente y de satisfacer de este modo la exigencia de sentido que el hombre ha de dar a su existencia. En este punto, cualquier logoterapia desemboca en un análisis existencial, de la misma manera que, en el fondo, cualquier análisis existencial culmina en una logoterapia”.

De modo alguno, la logoterapia no es sólo un complemento de la psicoterapia, es también un complemento de la somatoterapia o, mejor dicho, de una terapia simultánea somatopsíquica, que se aplica tanto a lo somático como a lo psíquico.

A raíz de este planteamiento, no resulta extraño que existan profesionales que apliquen la logoterapia como técnica de intervención sobre población desempleada.

Rife (1990) ya sugiere que la incapacidad de obtener un empleo se interpreta a menudo como un fracaso personal, lo cual conlleva problemas de carácter mental y económicos. El autor propone aplicar las técnicas de la Logoterapia en sujetos desempleados ya que considera que la intervención se ha de enfocar en el vacío existencial que supone la pérdida de empleo. La logoterapia, los procesos de reflexión existencial y la intervención en la red social en el que se ve inmerso el desempleado pueden ser utilizadas por el terapeuta para ayudar a éstos -que ya llevan tiempo en el mercado laboral- a descubrir el significado de la situación.

Greenlee (1990) también aplica la técnica de la logoterapia en operarios mineros. En este grupo de población, la ruptura existencial causada por el desempleo perjudica las oportunidades de dar significado a la nueva situación en que se hallan dando lugar a la manifestación de sintomatología depresiva. Esto es debido a que los mineros enfocaron todas sus energías y su atención en experimentar esencialmente el significado de sus vidas a través del trabajo. Es decir, centralizaban todas las esferas de sus vidas focalizándose en el trabajo. Greenlee expone que la intervención en la red social del sujeto y mantener el diálogo Socrático son dos actividades de la logoterapia que pueden brindar a los operarios mineros el descubrir el significado de su experiencia vivida.

1.13.5. Terapia de Trabajo.

Desde el punto de vista de Reker (1999), la Terapia de Trabajo constituye un método de intervención que contribuye a la inserción laboral de los enfermos mentales, reduciendo el número de reingresos hospitalarios y estabilizando el desequilibrio mental del sujeto. La Terapia de Trabajo es para Reker y Eikermann (1997) una forma de intervención de carácter socio-terapéutico. Aplicando la mencionada técnica en 83 pacientes con alteraciones mentales crónicas y con frecuentes episodios de ingresos hospitalarios de larga duración, pudo observar las siguientes estadísticas al cabo de 3 años después de la intervención:

- El 22% de los pacientes se insertaron laboralmente,
- El 26% trabajaban en empleos protegidos (empleos adaptados a su condición de alteración mental y subvencionados por el gobierno),
- El 23% todavía estaban en tratamiento del programa de intervención,
- El 29% continuaban desempleados.

Para Reker y Eikermann, el resultado de la reinserción laboral del sujeto al tercer año después del inicio de la intervención se hallaba estrechamente asociado con las expectativas subjetivas de los pacientes. Asimismo, otros factores que demuestran ser predictores de una inserción exitosa son la expresión de menor gravedad de síntomas psicopatológicos, una buena capacidad de adaptación social, un alto nivel educativo y una implicación temprana en involucrarse en la terapia. En 1999, Reker retomó de nuevo sus investigaciones a partir de una muestra de 112 pacientes psiquiátricos enfermos de esquizofrenia que recibían tratamiento ambulatorio y a los cuales se les aplicó la técnica mencionada. Pudo observar que:

- Un 23% de ellos se integraron laboralmente,
- Un 25% se hallaban en empleos protegidos,
- Un 25% aún permanecían en la terapia de trabajo,
- Un 27% aún permanecían desempleados.

1.13.6. Club de Trabajo.

El Club de Trabajo ofrece un entorno de apoyo social al desempleado con el fin de promover y dar lugar origen conductas motivadas de búsqueda activa de empleo (Coxford, 1998). Rife y Belcher (1994) diseñaron un estudio experimental sobre una muestra de 52 desempleados. Al azar, asignaron unos sujetos a un programa de ayuda e intervención basado en el Club de Trabajo (grupo experimental) y otros sujetos a un programa de intervención de los organismos públicos oficiales (grupo control). Los resultados que pudieron obtener indican que los programas de intervención basado en el Club de Trabajo son más eficaces que las técnicas de ayuda de búsqueda de trabajo tradicionales. Asimismo, los sujetos del grupo experimental informaron de niveles más bajos de depresión después de completar el programa de intervención en comparación de los sujetos del grupo control (Rife, 1992).

1.13.7. Innovaciones tecnológicas.

Con la introducción de las Bolsas de Trabajo Telemáticas, fruto de los avances de las nuevas modas tecnológicas existentes en la actualidad y derivadas de las comunicaciones por Internet, se abren nuevos caminos en los procesos de búsqueda de trabajo. Wanberg, Kanfer y Banas (2000) quisieron estudiar los predictores de intensidad de búsqueda de empleo que se pueden derivar entre los sujetos desempleados que hacen uso de los instrumentos telemáticos por ordenador. Los autores observaron que la intensidad en el uso de las nuevas tecnologías no proporciona una predicción de la disminución temporal de la situación de desempleo ni que se acelerase el reempleo considerándose otros métodos de búsqueda de trabajo (avisar amigos, conocidos, etc...).

1.13.8. BIBLIOGRAFÍA: Desempleo e Intervención.

- ÁLVARO, JL. (1989). *“Desempleo y Bienestar Psicológico”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- ATKINSON, JW. (1964). *“A introduction to motivation”*. New York, Van Nortrand Reinhold Company. En GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *“Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- BAKER, S; GILBODY, S; GLANVILLE, J; PRESS, P; SHARP, F; SHELDON, T; SOWDEN, A; TURNER BOUTLES, M; TILFORD, S; DELANEY, F; VOGELS, M. (1997). *“Mental health promotion in high risk groups”*. York NHS Centers for Revisions and Dissemination. 1997, 12 p.
- BEDELL, J; RIVERA, J (1999). *“An evaluation of seven stressors of the work for people with the serious mental illness”*. The Psychiatric Rehabilitation Ability.; 1999 Spr; Vol 3(1): 11-20.
- BOLA, V. (1998). *“The design of a self-instructional manual of coping strategies to address the psychological correlates of unemployment”*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1998 Jan; Vol 58(7-B): 3917.
- BUFFAT, J. (2000). *“Unemployment and health”*. Revue Medicale de la Suisse Romande. 2000 Apr; 120(4): 379-83.
- CAPLAN, RD; VINOKUR, AD; PRICE, RH; VAN RYN, M. (1989). *“Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss”*. Journal of Applied Psychology. 1989 Oct; Vol 74(5): 759-769.
- COXFORD, LM. (1998). *“The role of social support in the job-seeking behaviors of unemployed professionals”*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1998 Oct; Vol 59(4-A): 1076.
- CREED, PA; MACHIN, MA; HICKS, RE. (1996). *“Neuroticism and mental health outcomes for long-term unemployed youth attending occupational skills training programs”*. Personality and Individual Differences. 1996 Oct; Vol 21(4): 537-544.
- CREED, PA; MACHIN, MA; HICKS, RE. (1999). *“Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions”*. Journal of Organizational Behavior. 1999 Nov; Vol 20(6): 963-978.
- DIRKSEN, ME. (1994). *“Unemployment: more than the loss of a job”*. AAOHN Journal; 1994 Oct; 42(10): 468-76.
- DOUTHWAITE, J. (1994). *“Unemployment: A challenge to occupational therapy”*. British Journal of Occupational Therapy. 1994 Nov; Vol 57(11): 432-436.
- DRAKE, RE; McHUGO, GJ; BEBOUT, RR; BECKER, DR; HARRIS, M; TIE, GR; QUIMBY, A. (1999). *“A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders”*. Archives of General Psychiatry; 1999 Jul; 56(7): 627-33.

- EBY, LT; BUCH, K. (1994). *"The effect of job search method, sex, activity level, and emotional acceptance on new job characteristics: Implications for counseling unemployed professionals"*. Journal of Employment Counseling. 1994 Jun; Vol 31(2): 69-82.
- EDEN, D; AVIRAM, A. (1993). *"Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves"*. Journal of Applied Psychology. 1993 Jun; Vol 78(3): 352-360.
- FEATHER, NT; DAVENPORT, PR. (1981). *"Unemployment And depressive effect: a motivacional and attributional analysis"*. Journal of Personality and Social Psychology. 41(3), 422-36. En GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- FORTE, JA. (1991). *"Operating a member-employing therapeutic business as part of an alternative mental health center"*. Health and Social Work; 1991 Aug; 16(3): 213-23.
- FRANKL, VE. (1990). *"Logoterapia y Análisis Existencial"*. Editorial Herder. Barcelona.
- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- GINEXI, EM; HOWE, GW; CAPLAN, RD. (2000). *"Depression and control beliefs in relation to reemployment: What are the directions of effect?"*. Journal of Occupational Health Psychology. 2000 Jul; Vol 5(3): 323-336.
- GELPE, D. (2001). *"Motivation en formation de sujets sans emploi et aspirations professionnelles. / Motivation in formation in unemployed subjects and professional aspirations"*. Bulletin de Psychologie. 2001 May-Jun; Vol 54(3)(453): 251-260.
- GREENLEE, RW. (1990). *"The unemployed Appalachian coal miner's search for meaning"*. International Forum for Logotherapy. 1990 Spr; Vol 13(1): 71-75.
- GROSSI, G; AHS, A; LUNDBERG, O. (1998). *"Psychological correlates of salivary cortisol secretion among unemployed men and women"*. Integrative Physiological & Behavioral Science. 1998 Jul-Sep; 33(3): 249-63.
- GUTHRIE, E; MOOREY, J; MARGISON, F; BARKER, H; PALMER, S; MCGRATH, G; TOMENSON, B; CREED, F. (1999). *"Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services"*. Archives of General Psychiatry; 1999 Jun; 56(6): 519-26.
- JOSEPH, LM. (1999). *"The effects of guided mental imagery on subsequent reemployment success in recently laid-off white-collar workers"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1999 Sep; Vol 60(3-B): 1337.
- JOSEPH, LM; GREENBERG, MA. (2001). *"The effects of a career transition program on reemployment success in laid-off professionals"*. Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 2001 Sum; Vol 53(3): 169-181.
- KIESELBACH, T. (1989). *"El desempleo juvenil: consecuencias en la salud y recomendaciones para las intervenciones psicosociales"*. En J.R. TORREGROSA, J. BERGERE y J.L. ÁLVARO. (1989). *"Juventud, Trabajo y Desempleo: un análisis psicosociológico"*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

- KULIK, L. (2000). *"Women face unemployment: A comparative analysis of age groups"*. Journal of Career Development. 2000 Fal; Vol 27(1): 15-33.
- KULIK, L. (2001). *"Impact of length of unemployment and age on jobless men and women: A comparative analysis"*. Journal of Employment Counseling. 2001 Mar; Vol 38(1): 15-27.
- LUCIANO, JM. (1997). *"Involuntary job loss: An examination of the factors that predict reemployment and satisfaction with outplacement services"*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 1997 Nov; Vol 58(5-A): 1811.
- LYND STEVENSON, RM. (1999). *"Expectancy-value theory and predicting future employment status in the young unemployed"*. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1999 Mar; Vol 72(1): 101-106.
- McFADYEN, RG; THOMAS, JP. (1997). *"Economic and psychological models of job search behavior of the unemployed"*. Human Relations. 1997 Dec; Vol 50(12): 1461-1484.
- MARNETOFT, SU; SELANDER, J; BERGROTH, A; EKHOLM, J. (1997). *"The unemployed sick-listed and their vocational rehabilitation"*. International Journal of Rehabilitation Research. 1997 Sep; 20(3): 245-53.
- MUÑOZ SABATÉ, L; BAYÉS, R; MUNNÉ, F. (1980). *"Introducción a la Psicología Jurídica"*. Editorial Trillas, México.
- NAATZ, LF. (1998). *"The effect of cognitive-behavioral and interpersonal treatment on unemployed females with bulimia nervosa"*. Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering. 1998 Aug; Vol 59(2-B): 0880.
- NEWSOME, SD. (1998). *"A longitudinal investigation of the reemployment process"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1998 Jan; Vol 58(7-B): 3953.
- PHILLIPS, WE. (1999). *"The effectiveness of a cognitive behavioral stress reduction program in outplacement counselling"*. Dissertation-Abstracts-International-Section-A:-Humanities-and-Social-Sciences. 1999 Feb; Vol 59(8-A): 2871.
- POIKOLAINEN, K. (1995). *"Does unemployment impair mental health?"*. Psychiatria Fennica. 1995; Vol 26: 45-49.
- PRICE, RH; VAN RYN, M; VINOKUR, AD. (1992). *"Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed"*. Journal of Health and Social Behavior. 1992 Jun; Vol 33(2): 158-167.
- PROUDFOOT, J; GUEST, D; CARSON, J; DUNN, G; GRAY, J. (1997). *"Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people [see comments]"*. Lancet. 1997 Jul 12; 350(9071): 96-100.
- PROUDFOOT, J; GRAY, J; CARSON, J; GUEST, D; DUNN, G. (1999). *"Psychological training improves mental health and job-finding among unemployed people"*. International Archives of Occupational & Environmental Health. 1999 Jan; 72 SUPPL: 40-2.
- PRUSIA, GE; FURGATE, M; KINICKI, AJ. (2001). *"Explication of the coping goal construct: Implications for coping and reemployment"*. Journal of Applied Psychology. 2001 Dec; Vol 86(6): 1179-1190.

- QUIJANO DE ARANA, S.D. de. (1998). *"Un Modelo Integrado de la Motivación en el Trabajo: Conceptualización y Medida"*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol. 14, n.º 2. Págs. 193-216.
- REKER, T. (1999). *"The Psychiatric professional therapy: the concepts, practice and scientifically-based results"*. Psychiatrische Practice. 1999 abr; 26 suppl 1: s12-5.
- REKER, T; EIKELMANN, B. (1997). *"The course of illness and rehabilitation of schizophrenic patients in ambulatory vocational therapy. A prospective study over 3 years. [German]"*. Nervenarzt. 1998 Mar. 69(3):210-8.
- RIFE, JC. (1990). *"Life meaning and the older unemployed worker"*. International Forum for Logotherapy. 1990 Fal; Vol 13(2): 119-124.
- RIFE, JC. (1992). *"Reducing depression and increasing the job placement success of older unemployed workers"*. Clinical Gerontologist. 1992; Vol 12(1): 81-85.
- RIFE, JC; BELCHER, JR. (1994). *"Assisting unemployed older workers to become reemployed: An experimental evaluation"*. Research on Social Work Practice. 1994 Jan; Vol 4(1): 3-13.
- RODRÍGUEZ MORENO, ML. (1998). *"La orientación profesional. Teoría"*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- ROONEY, MC. (1997). *"A comparative analysis of selected personality traits, as exemplified by the Sixteen Personality Factor Questionnaire"*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 1997 Apr; Vol 57(10-B): 6633.
- SAAM, RH; WODTKE, KH; HAINS, AA. (1995). *"A cognitive stress reduction program for recently unemployed managers"*. Career Development Quarterly. 1995 Sep; Vol 44(1): 43-51.
- SCHAUFELI, WB; VAN YPEREN, NW. (1993). *"Success and failure in the labour market"*. Journal of Organizational Behavior. 1993 Nov; Vol 14(6): 559-572.
- SELANDER, J; MARNETOFT, SU. (1999). *"Risk factors for disability pension among unemployed women on long-term sick-leave"*. International Journal of Rehabilitation Research. 1999 Dic; 22(4): 277-82.
- VINOKUR, AD; PRICE, RH; CAPLAN, RD; VAN RYN, M; CURRAN, J. (1995). *"The Jobs I preventive intervention for unemployed individuals: Short- and long-term effects on reemployment and mental health"*. Murphy, Lawrence R. (Ed); Hurrell, Joseph J. Jr. (Ed); et-al. (1995). Job stress interventions. (pp. 125-138). Washington, DC, US: American Psychological Association. xiii, 439 pp.SEE BOOK.
- VINOKUR, AD; PRICE, RH; SCHUL, Y. (1995). *"Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression"*. American Journal of Community Psychology. 1995 Feb; Vol 23(1): 39-74.
- VINOKUR, AD; SCHUL, Y. (1997). *"Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed"*. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 1997 Oct; 65(5): 867-77.
- VINOKUR, AD; SCHUL, Y; VUORI, J; PRICE, RH. (2000). *"Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health"*. Journal of Occupational Health Psychology. 2000 Jan; Vol 5(1): 32-47.

- VINOKUR, AD; VAN RYN, M; GRAMLICH, EM; PRICE, RH. (1991). *"Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the Jobs Program: a preventive intervention for the unemployed"*. The Journal of Applied Psychology; 1991 Apr; 76(2): 213-9.
- WANBERG, CR; KANFER, R; BANAS, JT. (2000). *"Predictors and outcomes of networking intensity among unemployed job seekers"*. Journal of Applied Psychology. 2000 Aug; Vol 85(4): 491-503.
- WANBERG, CR; KANFER, R; ROTUNDO, M. (1999). *"Unemployed individuals: Motives, job-search competencies, and job-search constraints as predictors of job seeking and reemployment"*. Journal of Applied Psychology. 1999 Dec; Vol 84(6): 897-910.
- WEINER, B. (1980). *"Human Motivation"*. New York: Holt, Rinehart and Winston. En GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *"Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo"*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- WIENER, KKK; OEI, TPS; CREED, PA. (1999). *"Predicting job seeking frequency and psychological well-being in the unemployed"*. Journal of Employment Counseling. 1999 Jun; Vol 36(2): 67-81.
- WORTHINGTON, RL; JUNTUNEN, CL. (1997). *"The vocational development of non-college-bound youth: Counseling psychology and the school-to-work transition movement"*. Counseling Psychologist. 1997 Jul; Vol 25(3): 323-363.

1.14.- CONCLUSIONES.

Según García Rodríguez (1992), las posibles causas del paro de larga duración en tiempos de recesión económica vienen originadas por dos situaciones. La primera hipótesis hace referencia a la actitud del empresario ante la contratación del trabajador:

“Los empresarios en época de recesión económica suelen ser selectivos y rechazan principalmente a los desempleados de edad más avanzada por posibles problemas de salud y por la dificultad para aprender nuevas calificaciones. Estos demandantes que son rechazados quedan relegados a una posición inferior ante nuevas demandas de trabajo (en las que son elegidos aquellos desempleados de más calificación, de menor tiempo de desempleo, etc...) así van acumulando a su vez tiempo de desempleo y van quedando al final de la cola. (...) Ante la búsqueda infructuosa de trabajo, estos desempleados pueden perder la motivación y conducirles a una búsqueda de trabajo con menor intensidad e incluso algunos de ellos se desaniman por completo y abandonan la población activa, pasando a la categoría de trabajadores “desanimados”.

La segunda hipótesis hace referencia al incremento de desempleo juvenil el cual es debido a la falta de experiencia de este tipo de colectivo. Esta falta de experiencia lleva a los jóvenes a relegarse en un segundo plano ante los trabajadores que presentan experiencia profesional.

Siguiendo a García Rodríguez, los sectores de población activa que presentan entonces más dificultades de inserción laboral son los jóvenes y los sujetos de avanzada edad. De ahí que, sean característicos los índices de desempleo en estos colectivos favoreciendo el origen de trastornos psicológicos relacionados con la situación antes mencionada..

El desempleo puede desencadenar una serie de acontecimientos que, contemplado desde un punto de vista sistémico, se suceden en cascada y de manera gradual: el sujeto desempleado puede hallarse con nivel bajo de calidad de convivencia en pareja o con una posible rotura de matrimonio (lo que explica

la ausencia de apoyo emocional); relaciones familiares, interpersonales y/o sociales alteradas o desestructuradas, las cuales contienen un gran contenido ansiógeno; dificultades económico-financieras que dan lugar a una mengua del nivel de calidad de vida (según sea la que el sujeto haya llevado); pérdida de la identidad y rol laboral (con todas sus consecuencias psicológicas y emocionales que conlleva). Todo ese gran conjunto de factores proporciona un gran riesgo para el que sufre las consecuencias del desempleo, con la posibilidad de originar alteraciones mentales que empeoren su situación y creando un círculo vicioso del que salir puede ser difícil si no existe una intervención inmediata. En definitiva, el planteamiento invita a reflexionar que para poder determinar la gravedad de la situación en que se halla inmerso el desempleado se ha de tener en cuenta un gran conjunto de variables y factores (personales, sociales, nivel de ingresos económicos, edad, sexo, etc.,...) que atañen al propio universo individual y personalizado del sujeto.

Por otra parte, los estudios sobre acontecimientos vitales encuentran una probabilidad incrementada de trastornos a continuación de tensiones vitales objetivamente cuantificables. No obstante, existe mucha gente que experimentan acontecimientos vitales y no se ponen enfermos. De esta manera, los efectos de un estresor pueden ser amortiguados por unos adecuados mecanismos de afrontamiento y pueden afectar en grado distinto en diferentes tipos de personas (en Friedman y Booth-Kewley, 1987).

Asimismo, como mecanismo de afrontamiento pueden ser la conciencia de las dificultades de carácter económico-financieras; el grado de optimismo que se aplica para afrontar la situación; los sentimientos de culpabilidad que pueden aflorar derivados de la misma y una focalización atencional ante el problema pueden ser variables predictoras del estado posterior al reemplazo (Leana y Feldman, 1995).

El medio laboral también puede ser fuente de malestar y origen de posibles trastornos de contenido psicológico. Para autores como Macho y Ortega-Monasterio (1991),

“es ampliamente conocido que la actividad laboral puede implicar diversos factores estresantes que desencadenen patología física, psiquiátrica o psicósomática. (...) En situaciones excepcionales también hemos detectado la aparición de reacciones paranoides como respuesta a la conflictividad o hostilidad que pueden aparecer en el medio laboral, en donde se da la particularidad de que habitualmente es un medio “cerrado”, en cuanto al marco de relación interpersonal y al tipo de actividad que se realiza”.

La situación descrita por Macho y Ortega-Monasterio facilita que muchos sujetos que se hallan en activo se precipiten al desempleo por la vivencia subjetiva de malestar laboral en que se halla inmersos. Según el tipo de cada situación experimentada de cada caso en particular, escoger la vía de la inactividad laboral puede ser fruto de una decisión voluntaria o involuntaria; siendo en este último caso, el origen de unos resultados muy negativos para el bienestar psicológico del sujeto.

Para Álvaro (1992), la reducción de ingresos; la restricción de la variedad de la vida personal; la reducción de metas y actividades; la disminución de la capacidad de la toma de decisiones; un menor desarrollo de los conocimientos personales; el incremento de la inseguridad acerca del futuro; la restricción de las relaciones personales o la pérdida de la posición y estatus social es la constelación de variables que facilita el origen de un mayor deterioro psicológico en las personas desempleadas. Originando así, el aumento de una autoestima negativa, estados depresivos y una insatisfacción por la vida presente.

Siguiendo a Van Raaij y Antonides (1991), aunque el empleo se asocia con la fatiga física y mental, con la restricción de las actividades dedicadas al ocio, con varios costes asociados y con ganancias económicas-financieras, se acostumbra a preferir la actividad laboral antes que la situación de desempleo.

1.14.1.- BIBLIOGRAFÍA: Conclusiones.

- ÁLVARO, JL. (1992). *“Desempleo y bienestar psicológico”*. Editorial Siglo XXI. Madrid. En YLLA, L; GONZÁLEZ-PINTO, A; SOLEDAD, M. (1996). *“Psicopatología Social, laboral y de grupo”*. A su vez, en RIDRUEJO, P; MEDINA, A; RUBIO, JL. (1996). *“Psicología Médica”*. McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid.

- FRIEDMAN, HS; BOOTH-KEWLEY, S. (1987). *“Disease-Prone personality. A meta-analytic view of the construct”*. American Psychologist, 42(6), 539-555.

- GARCÍA RODRÍGUEZ, Y. (1992). *“Desarrollo de un Modelo teórico-explicativo para la Psicología Diferencial del paro y del desempleo”*. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.

- LEANA, CR; FELDMAN, DC. (1995). *“Finding new jobs after a plant closing: Antecedents and outcomes of the occurrence and quality of reemployment”*. Human Relations. 1995 Dec; Vol 48(12): 1381-1401.

- MACHO, JL; ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psiquiatría del Trabajo”*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psicopatología Jurídica y Forense”*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.

- VAN RAAIJ, WF; ANTONIDES, G. (1991). *“Costs and benefits of unemployment and employment”*. Journal of Economic Psychology. 1991 Dec; Vol 12(4): 667-687.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

2. 1.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

La mayoría de los estudios transversales sobre la asociación entre el desempleo y patología se basan en la comparación entre dos categorías de ciudadanos: empleados y desempleados (Blanch, 1990). En el presente estudio, la importante aportación diferencial que se establece es la siguiente:

- Partiendo del origen de una muestra compuesta por sujetos que comparten un punto denominador común que es la situación de inactividad laboral (desempleo), la diferencia entre ambos grupos radica en el cobro de la prestación económica por desempleo.
- La muestra abarca sujetos que presentan la mínima de 17 años de edad hasta los 58 años, incluyendo personas que nunca han tenido un empleo, personas que han perdido recientemente un empleo anterior o personas con una amplia experiencia laboral en diferentes empresas.

El desempleo causa una reestructuración en la calidad de vida y que recae en todas las esferas del sujeto (personal, familiar y social). Partiendo del origen de que la situación de desempleo involuntario ya origina de por sí una cierta desestructuración en el equilibrio mental del sujeto, se ha resaltar -no obstante- la importancia del papel que juega la prestación económica que las Administraciones Públicas ofrecen al desempleado. Así, el desempleado dispone de un tiempo para poder insertarse de nuevo al Mercado Laboral disfrutando de una retribución económica que le pueda satisfacer sus necesidades más básicas.

De esta manera y a razón de todos los estudios y las aportaciones de diferentes autores sobre el tema en cuestión, cabe plantear las siguientes hipótesis de trabajo:

Objetivo:

Se pretende evaluar los efectos de la prestación económica sobre la población desempleada. Es decir, se pretende investigar las diferencias existentes en la manifestación de morbilidad psicopatológica entre sujetos desempleados que cobran la prestación económica de aquellos que no cobran prestación.

Hipótesis 1:

A razón de toda la bibliografía consultada y teniendo en cuenta que el factor económico es una variable protectora contra un estado de salud mental negativo cabe esperar entonces que los sujetos desempleados desprovistos de la prestación económica presentarán diferencias en comparación al grupo de sujetos desempleados que cobran la prestación. Es decir, y en función del cobro de la prestación económica, es esperable que existan diferencias entre ambos grupos de sujetos desempleados.

Hipótesis 2:

Si el factor económico es una variable amortiguante que mantiene salvaguardada la estabilidad y el equilibrio mental del desempleado. Cabe esperar entonces que, el grupo de sujetos desempleados que no perciben ningún tipo de prestación ni ayuda económica del Estado es más vulnerable o presentan un mayor riesgo de presentar sintomatología psiquiátrica con un mayor nivel de facilidad. Es decir, la ausencia de remuneración en el paro laboral es un factor de riesgo para el origen y desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Se espera recoger valores del MMPI y variables asociadas que puedan evidenciar la sospecha de presión psicológica y/o sintomatología psicopatológica sobre este tipo de población, por el contrario del grupo de sujetos desempleados que cobran prestación económica.

2.2.- PARTE EXPERIMENTAL.

2.2.1.- MATERIAL Y MÉTODO.

2.2.1.1. Muestra.

La muestra está compuesta por 162 sujetos desempleados de ambos sexos elegidos al azar procedentes de una entidad colaboradora de un servicio público de ocupación ubicada en la localidad de Terrassa.

Las características sociodemográficas de la muestra son las siguientes (ver Tabla 1):

- La muestra total de sujetos es de 162.
- Existen 54 varones (33,33%) y de 108 mujeres (66,66%).
- La media de edad existente entre los sujetos de la muestra es de 32,8 años.
- El intervalo de edad comprende entre los 17 y los 58 años.
- El tiempo promedio de paro es de 6,3 meses.
- El período de cobro de prestación económica en el grupo experimental oscila entre los 2 meses y los 96 meses.
- En cuanto al nivel educativo se refiere, predominan los sujetos con estudios primarios de Enseñanza General Básica (E.G.B.) con un total de 42 sujetos (26,0%).
- El estado civil más frecuente es el estado marital con 82 sujetos (50,5% de la muestra).
- 120 sujetos (74,0%) superan el punto de corte atribuido como psicopatológico en alguna de las escalas del Cuestionario de Personalidad Multifásico de Minnesota –MMPI- ($T > 70$) mientras que 42 sujetos (26,0%) presentan una puntuación T inferior de 70 ($T < 70$).

2.2.1.2. Material.

Los instrumentos que se han aplicado y que se han empleado son los siguientes:

- Currículo Vitae de los usuarios desempleados.
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -MMPI- (Hataway & McKinley, 1956).
- Los datos obtenidos han sido tratados estadísticamente mediante el programa informático SPSS versión 10 del Departamento de Salud Pública -Unidad de Medicina Legal- de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB).

En referencia al MMPI cabe decir que se trata de un cuestionario importante de gran valor que ha demostrado ser útil como instrumento para el diagnóstico tanto de ámbito clínico, de orientación profesional y selección de personal (Seisedos, 1988).

En cuanto se refiere a la puntuación T del MMPI y siguiendo la opinión de Marcos (1991):

“Las puntuaciones directas (brutas) de cada escala se transforman en notas T (media=50 y desviación=10) de forma que dos desviaciones por encima de la media (nota T=70) se estima como “patológico” (en realidad como anormal en el sentido de infrecuencia ya que aquél comportamiento o su intensidad, sólo se da el 2,5% de los casos aproximadamente). Casi siempre ocurre que son varias las escalas que sobrepasan el umbral de la patología (nota T=70) por lo que en la mayoría de manuales del MMPI se recogen una serie de características clínicas y comportamentales que empíricamente se ha comprobado que caracterizan a las personas que han obtenido estas configuraciones de puntuaciones elevadas de los perfiles. (...) nunca hay que considerar la elevación de las escalas del MMPI como proporcionales a la gravedad del cuadro, como pronóstico, sino simplemente como reflejo de la intensidad del trastorno o estado psicopatológico del momento”.

En numerosas ocasiones de investigación en el marco de las Ciencias del Comportamiento y Ciencias Sociales, tanto de la investigación experimental

como de la observacional y la de encuesta (Arnau, Anguera y Gómez, 1990) se registran observaciones de cada unidad que representa variables de respuesta que solo puede adoptar uno de los dos valores posibles: positivo-negativo, éxito-fracaso, etc. En general, esta situación se maneja empleando el código (1) para la situación de “éxito” y el código (0) para la situación de “fracaso”. Los datos que esta situación genera se denominan dicotómicos o binarios (Ato, López y Hidalgo, 1996).

De esta manera, y siguiendo a Marcos (1991) y, en concreto a los propios autores del instrumento MMPI, Hathaway y McKinley (1988), se ha utilizado como punto de corte de referencia la puntuación de T igual o superior a 70 para la determinación de la presencia de trastorno o de sintomatología psicopatológica. Según Hathaway y McKinley (1988):

(...) “Por estas razones cuantitativas, se considera, por ejemplo, que una puntuación T superior a 70 es estadísticamente significativa de una desviación extrema en una cualquiera de las escalas del MMPI. Sin embargo, y con fines de interpretación, se tendrán en cuenta las desviaciones comprendidas entre las puntuaciones 60 y 70, puesto que probablemente son indicativas de una “conducta normal exagerada”, de tendencias que pueden mostrarse incontroladas cuando se rompa el equilibrio del sujeto en situaciones de tensión.”

Partiendo desde el origen de la consideración de que “una puntuación T superior a 70 es estadísticamente significativa en cualquiera de las escalas del MMPI” como Hathaway y McKinley (1988) detallan y con el fin de simplificar el proceso analítico y estadístico aplicado y destinar los modelos de análisis bivariante y multivariante con tal fin, se ha considerado la dicotomización de las puntuaciones continuas obtenidas de las respuestas del MMPI bajo la siguiente consideración:

- 1- Puntuación T obtenida mayor de 70: presencia de Psicopatología.
- 2- Puntuación T obtenida inferior de 70: no presencia de Psicopatología.

La configuración dicotomizada de las puntuaciones T del MMPI bajo el anterior planteamiento resulta vitalmente importante para la posterior aplicación del análisis bivariante y multivariante ya que se fundamenta en el mismo. Esto es debido a que para el análisis bivariante se ha hecho uso de la técnica estadística Chi-cuadrado, unas tablas de contingencia como forma de representación de datos categóricos; y, para el análisis multivariante se ha hecho uso de la aplicación de la técnica estadística de regresión logística, un modelo de respuesta binomial para variables con dos categorías de respuesta (Ato, López y Hidalgo, 1996).

La practica de la dicotomización de las puntuaciones T facilita la aplicación de las técnicas estadísticas mencionadas. No obstante y tal como Hathaway y McKinley (1988) sugieren, se ha de tener en cuenta asimismo que *“no existe una formula exacta para decir cuanta anormalidad representa una puntuación T de 70 en Hipocondriasis (Hs) frente a una de 70 en Paranoia (Pa)”*.

Las escalas que son objeto de estudio son las siguientes:

1. Escalas de Validación.
 - Sinceridad (L)
 - Puntuación de Validez (F)
 - Factor Corrector (K)

2. Escalas Clínicas.
 - Hipocondriasis (Hs)
 - Depresión (D)
 - Histeria (Hy)
 - Desviación Psicopática (Dp)
 - Masculinidad-Feminidad (Mf)
 - Paranoia (Pa)

- Psicastenia (Pt)
- Esquizofrenia (Sc)
- Hipomanía (Ma)
- Introversión Social (Is)

3. Escalas Complementarias.

- Fuerza del Yo (Es)
- Dependencia (Dy)
- Dominancia (Do)
- Responsabilidad (R)
- Control (Cn).

2.2.1.3. Diseño.

En el estudio, los sujetos se hallan en grupos naturales seleccionados de manera intacta y por cuya variable diferenciadora de ambos grupos y por la que es motivo de objeto de estudio es el cobro de la prestación económica. Se trata, entonces de un diseño de investigación aplicado quasi-experimental. De esta manera, se emplearon dos tipos distintos de sujetos: un grupo control constituido por sujetos desempleados sin el cobro de prestación económica y un grupo experimental constituido por sujetos desempleados que cobran prestación económica.

Debido al diseño quasi-experimental y transversal del estudio, los grupos se hallan formados de manera natural sin la aplicación de ningún método de control. Es decir, los grupos no son homogéneos. El control de ciertas variables es escaso o limitado y cabiendo la posibilidad de la existencia de variables extrañas o confusoras que den lugar a provocar sesgos en la interpretación de los resultados obtenidos y no se pueda establecer un proceso de generalización y/o confirmación de hipótesis. Puede haber la posibilidad o el riesgo de que puedan existir otras explicaciones alternativas que pueda expresar relaciones de

variables que pueden ser válidas. Como consecuencia de lo anterior, el estudio se limita a ser descriptivo en función de los datos obtenidos.

Se realizó un análisis intergrupos a partir de las puntuaciones obtenidas de las escalas clínicas del MMPI mediante la aplicación de las siguientes técnicas y métodos estadísticos:

1. Análisis Bivariante (modelo de análisis de frecuencias Chi-cuadrado $-X^2-$), con el fin de apreciar la asociación existente entre las escalas clínicas (o psicopatología) y la prestación económica, no controlándose otras variables confusoras que puedan existir. Según Arnau (1978), *“las posibilidades de generalización quedan enormemente restringidas y que, por tanto, las conclusiones podrán ser consideradas representativas, siempre que se tengan en cuenta una serie de limitaciones básicas”*. Asimismo, el mismo autor añade que *“toda información que se obtenga en un tipo de experimento bivariante es siempre muy limitada y, por tanto, sólo aplicable a la situación concreta en la que se ha llevado a cabo el experimento. Ello exige una prudencia extrema en el momento de generalizar las consecuencias, no extendiéndolas más allá de los límites y condiciones impuestas por el marco experimental”* (véase apartado “2.2.1.4. Limitación”).
2. Análisis Multivariante (modelo de Regresión Logística) con el fin de apreciar la posible existencia de variables confusoras y si presenta relación o no con el cobro de la prestación económica por desempleo. Es decir, se trata de ver si la variable principal (prestación económica) se halla asociada con la presencia o no de psicopatología teniendo en cuenta las variables confusoras. En este caso, y según Arnau (1978) *“el interés se centra en el efecto de la interacción que por la posible acción de cada variable por separado. Este tipo de diseño permite una mayor capacidad de generalización y la obtención de una información mucho*

más valiosa que la que se obtendría en diseños simples". El método seguido fue por pasos hacia delante (Wald) mediante el programa estadístico SPSS, tomando como nivel de significación a partir de $p < 0,05$.

2.2.1.4. Limitación.

En este apartado se dan a conocer las características que dificultan y limitan el hecho de establecer una relación y una explicación causal a partir de los datos obtenidos de los análisis estadísticos.

La discusión y las conclusiones obtenidas se hallan, entonces, en función de las limitaciones que se dan a conocer a continuación.

2.2.1.4.1. Limitación por el Diseño Experimental.

Los diseños transversales son muy apropiados para describir variables, sus patrones de distribución y para examinar asociaciones, aunque "la asignación de variables como predictoras o como de desenlace depende de la hipótesis sobre la causa y el efecto formulada por el investigador" (Newman, Browner, Cummings y Hulley, 1993).

Debido al diseño quasi-experimental y transversal o carácter estático del estudio, no es posible establecer relaciones de causa-efecto. No se aplica un estudio longitudinal (carácter dinámico de estudio) en el que se observa los efectos del paro a lo largo de un período de tiempo sobre un mismo grupo de sujetos. El estudio se reduce en poder observar los efectos de la inactividad laboral en el momento presente del sujeto desempleado. En este caso, el carácter transversal del estudio implica una comparación o contraste de grupos y existe un alto riesgo de espuriedad, lo que significa que los resultados puedan estar sometidos bajo la amenaza de factores alternativos que expliquen la relación entre variables. A razón de la cual, no resulta posible determinar una relación de

causalidad: es decir, si el desempleo es causa de un deterioro en la salud mental; o por el contrario, si es el deterioro previo en la salud mental el que causa la situación de desempleo.

2.2.1.4.2. Limitación por el instrumento de evaluación MMPI.

En palabras de Hathaway y McKinley (1988):

“Es necesario recordar que la mayoría de las personas que ofrecen perfiles con rasgos desviados no son, en el sentido usual de la palabra, mentalmente patológicos o enfermos, ni tienen necesidad de un tratamiento psicológico. No teniendo más información acerca de una persona que un perfil de este tipo, el criterio a seguir es considerarla incluida dentro de los límites normales. Esta hipótesis es, en sentido estricto, la que tiene más probabilidades de ser la correcta, puesto que existen razones para pensar que si se aplica la prueba a una muestra representativa de un sector de la población, se obtendría un número absoluto mayor de perfiles con rasgos desviados entre personas normales (que no necesitan claramente ayuda clínica), que entre sujetos con dificultades declaradas o evidentes. Esto sucede así, no porque el porcentaje de estos perfiles sea mayor entre los normales, sino simplemente porque hay muchos más sujetos normales que anormales en la población. (...) La interpretación de los perfiles nunca debe ser considerada como un diagnóstico definitivo. La realidad es que los individuos mejoran o empeoran clínicamente; o bien, si no existen problemas clínicos en los sujetos, éstos cambian con relación a varios factores significativos de la personalidad.”

La interpretación de los resultados obtenidos a través de la aplicación del MMPI puede no ser tan concluyentes debido a la limitación propia del instrumento de evaluación (ver apartado “2.2.3. Discusión”).

2.2.1.4.3. Limitación por el tiempo medio de paro laboral.

De la Tabla 4, se puede extraer las siguientes características:

- Del grupo experimental que cobran prestación económica se puede apreciar que existe un tiempo medio de paro laboral de 7,8 meses.

- Del grupo control que no cobran prestación económica existe, no obstante, un menor tiempo medio de para laboral con 0,1 meses.

Esta diferencia viene justificada porque a los jóvenes estudiantes no se les ha contemplado el tiempo medio de paro laboral ya que aún no han presentado la oportunidad de entrar en el Mercado Laboral. Al no poder considerarse el tiempo de permanencia en el paro en este tipo de colectivo, se creyó oportuno asignar un “cero” (0) en la variable correspondiente. De aquí que entonces, la estadística descriptiva para esta variable de cómo resultado un valor próximo a cero.

2.2.1.5. Procedimiento.

La muestra de sujetos desempleados fue recogida durante el período comprendido entre los últimos trimestres de los años 1999 – 2001. Para la administración del cuestionario de personalidad MMPI, se solicitaba la colaboración voluntaria de sujetos desempleados que participaban en el módulo de Inserción Laboral de los cursos de Formación Ocupacional así como de aquellos sujetos que participaban en un programa de información y asesoramiento de búsqueda de empleo y orientación profesional. Los participantes de los cursos de los cursos de Inserción Laboral practicaban la administración del cuestionario en las aulas o; en el caso de los que accedían al servicio de asesoramiento, se les acompañaba a una sala habilitada para la ocasión con el fin de brindar la administración de la prueba de personalidad.

Asimismo, a todos los sujetos que accedían por primera vez a los Servicios de Colocación como demandantes de empleo se les practicó la elaboración de su currículum vitae; o a la modificación de este si ya existía previamente en la base de datos, recogiendo todos los nuevos datos que el demandante quisiera añadir y/o exponer.

Todos los sujetos de la muestra participaron de forma voluntaria siendo no remunerada su intervención en el estudio y garantizando el anonimato de los datos obtenidos.

Con la información recogida del currículum vitae y de la prueba administrada, se procedió a aplicar las técnicas estadísticas pertinentes para dar paso a la interpretación de los resultados.

Se procedió a aplicar la técnica estadística de Análisis Bivariante o Análisis de Frecuencias (Chi-cuadrado $-X^2-$) para comparar los valores esperados con los valores observados obtenidos entre las muestras que se distinguen en función del cobro de la prestación y por la presencia o ausencia de psicopatología.

Para la aplicación del Análisis Chi-cuadrado se contempló las siguientes variables:

1. Cobra prestación.
2. No cobra prestación
3. Presencia de psicopatología
4. No presencia de psicopatología

Se aplicó la J^2 de Pearson y si la frecuencia esperada de alguna celda fue inferior a 5, se utilizó la corrección por continuidades (cuyo grado de significatividad es más severo) para observar si la distribución de los valores se hallan bien repartidos.

Asimismo, también se contemplaron los valores de estimación de riesgo en las Chi-cuadrado con el fin de observar si existe una proporción de riesgo en sufrir sintomatología de carácter psicopatológico en función del cobro o no de la prestación económica (teniendo en cuenta su contribución como variable protectora contra cualquier estado de salud mental negativo).

Por otra parte, se procedió a aplicar la técnica estadística del Análisis Multivariante (modelo de la Regresión Logística) para analizar cuales son los factores asociados y la intensidad de relación. Es decir, se trata de analizar

cuales son las variables confusoras asociadas en la expresión de la sintomatología psicopatológica en función de la percepción de la retribución económica por desempleo y cual es la intensidad de la relación existente.

Para la aplicación del Modelo de Regresión Logística se contempló las siguientes variables (Arnau, 1995):

1. Variable Independiente: La cual se halla bajo el control directo del experimentador. En la presente investigación, es la variable manipulada que discriminará ambos grupos en función del cobro de la prestación económica.
2. Variable Dependiente: Se trata de cualquier característica conductual que es observada, registrada y medida, y que se produce como respuesta o reacción a las condiciones experimentales. En la presente investigación, es la variable de respuesta obtenida en cada una de las escalas mediante la administración del MMPI.
3. Variables Extrañas: Son dimensiones de variación que pueden confundir la acción de la variable independiente manipulada. En la presente investigación, son objeto de control tanto experimental (control directo), como estadístico (control indirecto). Las variables extrañas contempladas fueron "Sexo", "Edad", "Estado Civil", "Nivel Académico", "Paro de larga duración" (más de 1 año).

Para la interpretación de los resultados obtenidos en el Modelo de Regresión Logística se tuvieron en cuenta los valores que entraron en la ecuación y que ofrecían una $p < 0.05$.

Asimismo, también se contemplaron los valores de ODDS de estimación de factores de riesgo (cuando arroja valores superiores de 1) o de factores protectores (cuando arroja valores inferiores de 1). Se trata de observar cual es la intensidad de relación -si existe- en alguna de las variables contempladas de estudio en función del cobro de la prestación y que representen un riesgo en la expresión de sintomatología de carácter psicopatológico.

2.2.2. RESULTADOS.

2.2.2.1. Resultados sociodemográficos.

Para apreciar las características generales de la muestra total de sujetos, ver apartado “2.2.1.1. Muestra” del capítulo “2.2.1. Material y Método” y la Tabla 1.

De la muestra total de sujetos se puede apreciar las siguientes características sociodemográficas en función de la retribución de la prestación económica por desempleo y por sexos.

De esta manera, y en función del cobro de la prestación económica, la muestra se subdividió en dos subgrupos experimentales obteniendo las siguientes características:

1- Grupo Experimental-Casos (ver Tabla 2, Tabla 4 y Tabla 5):

- Subgrupo compuesto por 69 sujetos desempleados que, habiendo estado empleados con anterioridad se encuentran en paro, se inscriben como demandantes de empleo en una entidad colaboradora de un servicio público de ocupación* y reciben de la Administración una prestación económica.
- El subgrupo está compuesto por 31 varones (44,9%) y 38 mujeres (55,1%) que cobran una prestación económica del Estado.
- La media de edad existente entre los sujetos de la muestra es de 37,0 años.
- El intervalo de edad comprende entre los 20 y los 58 años.
- El tiempo promedio de paro es de 7,8 meses.

(*) Nota: Los demandantes de empleo que tienen derecho a percibir una prestación económica por desempleo han de inscribirse como tales en las Oficinas de Treball de la Generalitat (OTG) para dar lugar efecto el proceder del pago de la retribución.

- El estado civil marital es el más frecuente en el presente grupo con 46 sujetos (66,5%).
- El nivel académico que presenta más frecuencia de casos es el de E.G.B. con 20 sujetos (29,0%).
- 54 sujetos (78,25%) superan el punto de corte atribuido como psicopatológico en alguna de las escalas del MMPI ($T > 70$) mientras que 15 sujetos (21,75%) presentan una puntuación T inferior de 70 ($T < 70$).

2- Grupo Control (ver Tabla 3, Tabla 4 y Tabla 5):

- Subgrupo compuesto por 93 sujetos que, habiendo o no estado empleado con anterioridad se encuentran en paro, se inscriben como demandantes de empleo en una entidad colaboradora de un servicio público de ocupación y no reciben de la Administración ninguna prestación económica.
- El subgrupo está compuesto por 23 varones (24,7%) y 70 mujeres (75,3%) que no cobran prestación económica.
- La edad media existente entre los sujetos de la muestra es de 29,3 años.
- El intervalo de edad comprende entre los 17 y los 52 años.
- El tiempo medio de paro es de 0,1 meses.
- El estado civil célibe es el más frecuente en el presente grupo con 54 sujetos (58,1%).
- El nivel académico que presenta más frecuencia de casos es el de E.G.B. con 22 sujetos (23,7%).
- 66 sujetos (70,9%) superan el punto de corte atribuido como psicopatológico en alguna de las escalas del MMPI ($T > 70$) mientras que 27 sujetos (29,1%) presentan una puntuación T inferior de 70 ($T < 70$).

Asimismo, y en función de la variable sexual, se puede distinguir las siguientes características:

3- Sexo Masculino (ver Tabla 1, Tabla 6 y Tabla 7):

- Existen 54 sujetos de sexo masculino (33,33%).
- 31 varones (44,9%) cobran prestación económica y 23 varones (24,7%) no cobran.
- La media de edad existente entre los sujetos de la muestra es de 34,3 años.
- El intervalo de edad comprende entre los 17 y los 58 años.
- El estado civil célibe es el más frecuente en el presente grupo con 30 sujetos (55,6%).
- El nivel académico que presenta más frecuencia de casos es el de Certificado de Estudios Primarios con 13 sujetos (24,1%).
- 45 sujetos (83,34%) superan el punto de corte atribuido como psicopatológico en alguna de las escalas del MMPI ($T > 70$) mientras que 9 sujetos (16,66%) presentan una puntuación T inferior a 70 ($T < 70$).

4- Sexo Femenino (ver Tabla 1, Tabla 6 y Tabla 7):

- Existen 108 sujetos de sexo femenino (66,66%).
- 38 mujeres (55,1%) cobran prestación económica y 70 mujeres (75,3%) no cobran.
- La media de edad existente entre los sujetos de la muestra es de 32,1 años.
- El intervalo de edad comprende entre los 17 y los 54 años.
- El estado civil marital es el más frecuente en el presente grupo con 60 sujetos (55,5%).
- El nivel académico que presenta más frecuencia de casos es el de E.G.B. con 30 sujetos (27,8%).

- 75 sujetos (69,5%) superan el punto de corte atribuido como psicopatológico en alguna de las escalas del MMPI ($T > 70$) mientras que 33 sujetos (30,5%) presentan una puntuación T inferior de 70 ($T < 70$).

2.2.2.1.1. Sintomatología Psicopatológica.

Con relación al punto de corte considerado como psicopatológico ($T > 70$), se ha encontrado que 120 sujetos (74,0%) del total de la muestra (162 sujetos desempleados) superaban este punto mientras que 42 sujetos (26,0%) no lo superan (ver Tabla 1 y Tabla 11).

Del porcentaje obtenido de la muestra total de sujetos se puede desprender el planteamiento de que las puntuaciones T superiores de 70 sugieren que se puede apreciar una más alta frecuencia de casos con un estado de salud mental insalubre o la expresión de síntomas psicopatológicos relacionados con alguna de las escalas del MMPI.

En función del cobro de la prestación económica, se pueden distinguir las siguientes características:

- Del grupo experimental-casos que cobran prestación económica (69 sujetos), el 78,25% presenta una puntuación superior al punto de corte asignado ($T > 70$). En cambio, el 21,75% de los sujetos presentan una puntuación inferior de 70 (ver Tabla 2).
- Del grupo control que no cobran prestación económica (93 sujetos), el 70,9% presenta una puntuación superior al punto de corte ($T > 70$). En cambio, el 29,1% de los sujetos presentan una puntuación inferior de 70 (ver Tabla 3).

Tanto en un grupo como en otro, los porcentajes obtenidos en las puntuaciones T superiores de 70 sugieren que se puede apreciar una más alta frecuencia de casos con un estado de salud mental insalubre o la expresión de síntomas

psicopatológicos relacionados con alguna de las escalas del MMPI en un número apreciable de sujetos.

En función del sexo, se pueden distinguir las siguientes características:

- El 83,34% del total de varones presenta una puntuación superior al punto de corte asignado ($T > 70$). En cambio, el 16,66% del total de varones presenta una puntuación T inferior de 70 (ver Tabla 6).
- El 69,5% del total de mujeres presenta una puntuación superior al punto de corte asignado ($T > 70$). En cambio, el 30,5% del total de mujeres presenta una puntuación T inferior de 70 (ver Tabla 6).

En general, tanto en un sexo como en otro los porcentajes obtenidos en las puntuaciones T superiores de 70 sugieren que se puede apreciar una frecuencia de casos más alto con un estado de salud mental insano o la expresión de síntomas psicopatológicos relacionados con alguna de las escalas del MMPI en un número apreciable de sujetos. Asimismo, se puede apreciar que el porcentaje es más alto en sexo masculino que en sexo femenino.

2.2.2.1.1.1. Puntuaciones T.

En la Tabla 12 se describen los valores obtenidos de cada una de las escalas del MMPI por encima del punto considerado de corte ($T > 70$) en lo que se refiere a la media, la mediana, la moda, los valores mínimos y máximos de las puntuaciones T obtenidas y el número de sujetos existentes:

- Las escalas que presentan un mayor número de casos son las siguientes: escala L de Sinceridad con 26 sujetos; escala Hs de Hipocondriasis con 24 sujetos; escala D de Depresión con 36 sujetos; escala Hy de Histeria con 23 sujetos y escala Sc de Esquizofrenia con 29 sujetos.
- Las puntuaciones que desprenden valores promedios más altos son los siguientes: con un valor de 78,3 en la escala F de Puntuación de Validez; con un valor de 78,1 en la escala Hs de Hipocondriasis; con un valor de 78,8

en la escala D de Depresión; con un valor de 78,2 en la escala Pd de Desviación Psicopática; con un valor de 80,4 en la escala en la escala Pt de Psicastenia; con un valor de 79,5 en la escala Sc de Esquizofrenia y con un valor de 78,0 en la escala Dy de Dependencia.

- En general, las puntuaciones que se repiten con más frecuencia dentro del conjunto de valores obtenidos en cada escala (moda) es la de T=70. Es de apreciar que en la escala HS de Hipocondriasis y en la escala SI de Introversión Social, el valor que se repite con más frecuencia es el de T=80. Asimismo, en la escala D de Depresión, el valor que se repite con más frecuencia es el de T=76. En la escala DY de Dependencia no existe moda ya que sólo dispone de dos valores y no permite establecer la determinación del valor que se repite con más frecuencia.

2.2.2.1.2. Sexo.

En cuanto se refiere a características de la muestra teniendo en cuenta la variable de sexo, cabe decir las siguientes características:

- La media de edad de los varones se sitúa alrededor de los 34,3 años (ver Tabla 6).
- La media de edad de las mujeres se sitúa alrededor de los 32,1 años (ver Tabla 6).

Por lo que se refiere al estado civil:

- El 55,6% de los sujetos masculinos se hallan en estado civil célibe (ver Tabla 6).
- El 55,5% de los sujetos femeninos se hallan en estado civil marital (ver Tabla 6).

Por lo que se refiere al nivel académico:

- El 24,1% de los varones presentan una titulación académica de nivel de Certificado de Estudios Primarios (ver Tabla 7).
- El 27,8% de las mujeres presentan una titulación académica de nivel de E.G.B. (ver Tabla 7).

En general, se puede apreciar que el nivel académico más frecuente que existe en ambos sexos es de estudios primarios y básicos.

Por lo que se refiere al cobro de la prestación económica:

- Del grupo experimental-casos que cobran prestación económica (69 sujetos), el 44,9% lo constituyen varones. El resto está constituido por el 55,1% de sexo femenino (ver Tabla 2).
- Del grupo control que no cobran prestación económica (93 sujetos), el 24,7% lo constituye varones. El resto está constituido por el 75,3% de sexo femenino (Tabla 3).

2.2.2.1.3. Edad.

En cada una de las tablas (ver Tabla 8, Tabla 9 y Tabla 10) correspondientes a la variable de "Edad", se procede a desglosar por intervalos de edad: de 17-25 años, de 26-35 años, de 36-45 años y de 46-58 años.

Los valores "17" y "58" corresponden a los valores mínimos y máximos de edad de la muestra, decidiendo incluir en dichos intervalos los valores pertenecientes a estas edades.

Para cada intervalo de edad se practica un análisis descriptivo en el que se explora el promedio, la mediana, la moda y el número de casos existentes.

En la Tabla 8 se muestra los intervalos de edad de la muestra total de sujetos (N=162):

- Se puede apreciar que existe el intervalo correspondiente entre los 17 y los 25 años y el intervalo correspondiente entre los 26 y los 35 años los cuales acogen un mayor número de casos que se hallan en desempleo en comparación con el resto de intervalos, ofreciendo 48 (29,6%) y 54 (33,3%) casos respectivamente.

En la Tabla 9 se muestran los intervalos de edad correspondientes en materia de salud mental a razón de las puntuaciones T obtenidas:

- En el grupo de 120 sujetos que presentan puntuaciones T superiores a 70 ($T > 70$), existe el intervalo correspondiente entre los 17 y los 25 años y el intervalo correspondiente entre los 26 y los 35 años los cuales presentan una frecuencia más alta de casos en comparación con el resto de intervalos ofreciendo 36 (30,0%) y 43 (35,8%) sujetos respectivamente.
- En el grupo de 42 sujetos que presentan puntuaciones T inferiores a 70 ($T < 70$), existe el intervalo correspondiente entre los 36 y los 45 años que -en comparación con el resto de intervalos- presenta un frecuencia más alta de casos con 14 sujetos (33,3%).

El intervalo correspondiente entre los 46 y los 58 años presenta 5 (12,0%) casos.

En la Tabla 10 se muestran los intervalos de edad correspondientes en materia del cobro retributivo de la prestación económica:

- En el grupo de 69 sujetos que reciben la prestación económica, existe el intervalo correspondiente entre los 26 y los 35 años que -en comparación con el resto de intervalos- presenta un frecuencia más alta de casos con 27 sujetos (39,1%). El intervalo correspondiente entre los 17 y los 25 años presenta 7 (10,2%) casos.
- En el grupo de 93 sujetos que no reciben la prestación económica, existe el intervalo correspondiente entre los 17 y los 25 años y el intervalo correspondiente entre los 26 y los 35 años los cuales presentan una

frecuencia de casos más alto en comparación con el resto de intervalos ofreciendo 41 (44,1%) y 27 (29,0%) sujetos respectivamente.

2.4.2.1.4. Estado civil.

De la Tabla 4, se pueden derivar las siguientes características:

- Del grupo experimental-casos que cobran prestación económica, el 66,5% de los sujetos se hallan casados.
- Del grupo control que no cobran prestación económica, el 58,1% de los sujetos se hallan célibes.

2.2.2.1.5. Nivel académico.

De la Tabla 5, se puede extraer las siguientes características:

- Del grupo experimental-casos que cobran prestación económica, el nivel académico que presenta más frecuencia es el de E.G.B. con el 29,0% de los sujetos (ver Tabla 2 y Tabla 5).
- Del grupo control que no cobran prestación económica, el nivel académico que presenta más frecuencia es el de E.G.B. con el 23,7% de los sujetos (ver Tabla 3 y Tabla 5).

En general, tanto en un grupo como en otro se puede apreciar que el nivel académico que presenta más frecuencia es el de los estudios básicos (E.G.B.).

2.2.2.2. Análisis Bivariante.

Por lo que hace referencia a la primera hipótesis planteada sobre las diferencias existentes entre las escalas clínicas o psicopatología de ambos grupos de

sujetos desempleados en función del cobro de la prestación económica cabe decir que no existen muchas escalas clínicas del MMPI que sea significativas.

De todas las escalas sometidas a estudio y análisis estadístico, la escala de Hipocondriasis -Hs- ($X^2=6.678$ y $p=0.010$) y la Escala de Esquizofrenia -Sc- ($X^2=5.480$ y $p=0.019$) son las que presentan más psicopatología que el resto de escalas clínicas arrojando puntuaciones estadísticamente significativas.

Teniendo en cuenta que el punto de partida de la puntuación de corte de T ha de ser igual o superior a 70 en el MMPI para considerar posibles casos de trastornos psíquicos, los resultados obtenidos al aplicar un análisis bivalente en las puntuaciones del instrumento sobre población desempleada indican que el hecho de no cobrar una prestación económica se espera que se aumente el riesgo de presentar síntomas psicopatológicos relacionados con la Hipocondriasis y la Esquizofrenia. En cambio, existe un menor riesgo de presentar sintomatología asociada a estas entidades nosológicas psiquiátricas si se cobra prestación.

2.2.2.2.1. Escala Hipocondriasis (Hs).

En la Escala HS (ver Tabla 16) se puede observar que 138 sujetos (85,2%) no superan el punto de corte considerado como psicopatológico en el MMPI ($T < 70$). De los 138 sujetos que no superan el punto de corte, 53 sujetos (38,4%) cobran prestación económica; mientras que, 85 sujetos (85,28%) no cobran prestación económica.

En cambio, existen 24 sujetos (14,8%) que presentan unas puntuaciones T superiores de 70 ($T > 70$) lo que sugiere que se puede apreciar la presencia de un estado de salud mental insano o la expresión de síntomas psicopatológicos relacionados con la hipocondriasis.

De estos 24 sujetos que presentan puntuaciones T superiores a 70 ($T > 70$), 16 sujetos (66,7%) cobran prestación económica; mientras que, 8 sujetos (33,3%) no cobran ningún tipo de prestación.

La prueba de Chi Cuadrado de Pearson ofrece un valor de 6,678 y con un grado de significación de $p=0,010$, lo cual indica “que la repartición observada difiere significativamente de la repartición teórica” (Schwartz, 1988). Es decir, la relación existente entre la expresión de sintomatología hipocondríaca y el ingreso o no de la prestación económica no es debida al azar. Dicho de otro modo, la presencia o ausencia de los ingresos económicos derivados de la prestación económica por desempleo presenta relación en el riesgo de la expresión de sintomatología hipocondríaca.

Observando la estimación de riesgo, se puede extraer que existe una proporción de riesgo de hasta 3 veces más alta de padecer sintomatología hipocondríaca ante la ausencia de la prestación económica que ante la presencia de ésta (valor de 1,848 versus 0,576 respectivamente).

2.2.2.2.2. Escala Esquizofrenia (Sc).

En la Escala Sc (ver Tabla 23) se puede observar que 133 sujetos (82,1%) no superan el punto de corte considerado como psicopatológico en el MMPI ($T<70$). De los 133 sujetos que no superan el punto de corte, 51 sujetos (38,4%) cobran prestación económica; mientras que, 82 sujetos (61,6%) no cobran prestación económica.

En cambio, existen 29 sujetos (17,9%) que presentan unas puntuaciones T superiores de 70 ($T>70$) lo que sugiere que se puede apreciar la presencia de un estado de salud mental insano o la expresión de síntomas psicopatológicos relacionados con la esquizofrenia.

De estos 29 sujetos que presentan puntuaciones T superiores a 70 ($T>70$), 18 sujetos (62,0%) cobran prestación económica; mientras que, 11 sujetos (38,0%) no cobran ningún tipo de prestación.

La prueba de Chi Cuadrado de Pearson ofrece un valor de 5,480 y con un grado de significación de $p=0,019$, lo cual indica que lo cual indica que la repartición observada difiere significativamente de la repartición esperada. Es decir, la

relación existente entre la expresión de sintomatología esquizofrénica y el ingreso o no de la prestación económica no es debida al azar. Dicho de otro modo, la presencia o ausencia de los ingresos económicos derivados de la prestación económica por desempleo presenta relación en el riesgo de la expresión de sintomatología esquizofrénica.

Observando la estimación de riesgo, se puede extraer de que existe una proporción de riesgo de hasta casi 3 veces más alta de padecer sintomatología esquizofrénica ante la ausencia de la prestación económica que ante la presencia de ésta (valor de 1,625 versus 0,618 respectivamente).

2.2.2.3. Análisis Multivariante.

Al no ser los grupos homogéneos, es presente la existencia de variables confusoras. Con el fin de apreciar la existencia de asociación de psicopatología con el hecho de cobrar o no la prestación económica, los análisis estadísticos aplicados según el Modelo de Regresión Logística van orientados para apreciar la existencia de variables confusoras y observar si la variable principal (“prestación económica”) presenta relación o no.

Por otra parte, se ha procedido a desestimar la interpretación de las variables que presentaban un valor p superior de 0,05 ($p > 0,05$).

De esta manera, se pasa a proceder a la interpretación de los resultados obtenidos con el fin de observar si la variable principal (prestación económica) se halla relacionada con la psicopatología:

2.2.2.3.1. Escala Sinceridad (L).

Según Núñez (1982), en la escala L se observan una serie de respuestas defensivas en forma intencional en personas con educación escolar limitada,

con nivel intelectual bajo lo normal, o en personas con vida cultural y socioeconómica limitada. Una elevación en esta escala supone un intento intencionado de hacer o da una buena impresión. Puede haber la posibilidad de mostrar ingenuidad psicológica asociada con limitaciones culturales y un CI bajo.

Los resultados indican que el riesgo de “no ser sincero” se halla relacionado con la edad y aumenta según conforme se aumenta en edad ($p=0,008$) no siendo asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo. La puntuación de ODDS ofrece un valor de 1,053 (valor superior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor de riesgo.

2.2.2.3.2. Escala Hipocondriasis (Hs).

Cuando se practica la corrección por variables confusoras con la aplicación del Análisis Multivariante de esta escala, se puede observar que se mantiene la relación.

Es decir, los resultados indican que el riesgo de presentar sintomatología hipocondríaca depende del cobro de la prestación económica ($p=0,013$). La puntuación de ODDS ofrece un valor de 0,312 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

Cobrar una prestación económica en situación de inactividad laboral supone un factor protector o atenuante en la manifestación de sintomatología de carácter hipocondríaco.

Dicho de otro modo, la situación de desempleo sin recibir la prestación económica es un factor de riesgo en expresar sintomatología hipocondríaca.

2.2.2.3.3. Escala Depresión (D).

Los resultados indican que el riesgo de presentar sintomatología de carácter depresivo recae en el sexo masculino ($p=0,007$) así como en la variable Edad ($p=0,002$) no siendo asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo.

- En lo que hace referencia a la variable "Sexo": La puntuación de ODDS ofrece un valor de 0,337 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.
- En lo que hace referencia a la variable "Edad": La puntuación de ODDS ofrece un valor de 1,058 (valor superior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor de riesgo.

2.2.2.3.4. Escala Masculinidad-Feminidad (Mf).

Los resultados indican que el riesgo de presentar una mayor sensibilidad emocional recae en el sexo masculino con una p igual a 0,001 no estando asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo.

La puntuación de ODDS arroja un valor de 0,066 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

2.2.2.3.5. Escala Psicastenia (Pt).

Los resultados indican que el riesgo de sufrir sintomatología obsesiva en función de la prestación económica recae en el sexo masculino ($p=0,028$) no estando asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo.

La puntuación de ODDS arroja un valor de 0,294 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

2.2.2.3.6. Escala Esquizofrenia (Sc).

Cuando se practica la corrección por variables confusoras con la aplicación del Análisis Multivariante de esta escala, se puede observar que se mantiene la relación.

Los resultados indican que el riesgo de presentar sintomatología de carácter esquizofrénica recae en función del cobro de la prestación económica ($p=0,009$). Por otra parte, los resultados también indican que el riesgo de presentar sintomatología de carácter esquizofrénica en función de la prestación económica recae en el estado civil ($p=0,012$) siendo significativo en el estado de soltería ($p=0,002$).

Tanto en la variable “Cobro de Prestación Económica” como en la variable de “Estado Civil”, la puntuación de ODDS ofrecen los valores de 0,261 y de 0,171 respectivamente (valores inferiores de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

De esta manera, cobrar una prestación económica en situación de inactividad laboral supone un factor protector o atenuante en la manifestación de sintomatología de carácter esquizofrénica así como en sujetos de estado civil célibe.

2.2.2.3.7. Escala Manía (Ma).

Se ha encontrado que los resultados indican que el riesgo de presentar sintomatología de carácter maníaca recae en la variable Edad ($p=0,027$) no estando asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo.

La puntuación de ODDS arroja un valor de 0,940 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

2.2.2.3.8. Escala Introversión Social (Si).

Los resultados indican que el riesgo de mostrar características de introversión social recae en la variable de “Paro de Larga Duración” -más de 1 año en desempleo- ($p=0,014$) no estando asociado con el cobro de la prestación económica por desempleo.

La puntuación de ODDS ofrece un valor de 0,074 (valor inferior de 1) sugiriendo que la situación planteada es considerada como un factor protector.

Que el valor de la ODDS sugiera que el “Paro de larga duración” sea considerada como un factor protector, ello es debido a las características heterogéneas de la muestra. Es decir, las muestras no son homogéneas (apreciar punto “2.2.2.1. Resultados sociodemográficos” del capítulo “2.2.2. Resultados”).

2.2.3. DISCUSIÓN.

Debido a los resultados obtenidos (y aun cabiendo la posibilidad), resulta muy difícil e inviable practicar la atribución concluyente de que los sujetos que no se hallan en activo laboralmente y que no perciben ninguna prestación económica presentan una psicopatología y que los sujetos desempleados que cobran una prestación económica o los sujetos empleados se hallan eximentes de tal condición. Dicho de otro modo, resulta injustificable atribuir entidades psiquiátricas de forma categórica induciendo la idea de que los sujetos desempleados sin prestación económica sean hipocondríacos o esquizofrénicos (como podrían sugerir, en un primer momento, a razón de los resultados obtenidos).

No tan sólo existe la presencia de las limitaciones mencionadas en el punto “2.2.1.4. Limitación” correspondiente al apartado de “2.2.1. Material y Método” sino que, además, se ha de comprender al sujeto en su propia circunstancia social y vital. Como dice Ballús (1983), se pretende llegar a una “aproximación a la forma de interpretar los actos del comportamiento humano en función del hombre como totalidad y aprehender y estudiar sus mecanismos conductuales como integración de elementos y determinantes biológicos, psíquicos y sociales”. Seguidamente, el mismo autor añade que se trata de “enfocar el comportamiento humano bajo un prisma psico-biológico, o, más exactamente, bio-psico-social”.

A razón de ello, propongo exponer la interpretación de los resultados obtenidos bajo el contexto y marco teórico de los Trastornos de Personalidad de Millon.

Para Ortega-Monasterio (1991), el Trastorno de Personalidad es una “dimensión sindrómica que engloba aquellas alteraciones que se manifiestan por la conflictividad de las relaciones interpersonales o bien por las limitaciones o insuficiencias caracteriológicas que disminuyen las capacidades adaptativas del

individuo”. Lo cual induce a pensar, entonces, que los sujetos desempleados presentan insuficientes mecanismos de afrontación o un mayor nivel de vulnerabilidad ante la situación, dando lugar a sintomatología parecida a la hipocondriasis o la esquizofrenia.

2.2.3.1. TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

Para Millon y Everly (1994) consideran que un patrón de personalidad anormal o insano se caracteriza por una “inflexibilidad adaptativa; una tendencia a fomentar círculos viciosos, círculos contraproducentes; y una estabilidad lábil que es frágil y carente de elasticidad. Todos estos factores inhiben la capacidad de afrontamiento del individuo y la de funcionar de una manera autónoma y satisfactoria”.

Asimismo, los mismos autores mencionados consideran que, en origen, la personalidad es estable (los rasgos de personalidad duran a lo largo del tiempo) y consistente (las conductas se replican a través de varias situaciones). No obstante, independientemente de que sea estable y consistente, la personalidad y los trastornos de la personalidad son “susceptibles al cambio”.

Millon (1998) establece algunos principios para conceptualizar la personalidad y sus trastornos. Entre los más importantes que Millon define, se pueden destacar los siguientes con el fin de que puedan permitir una posible explicación y así poder comprender los resultados obtenidos. De esta manera, para Millon:

1- Los trastornos de la personalidad no son enfermedades.

La estructura y las características de la personalidad se convierten en el fundamento de la capacidad individual para funcionar de una forma mentalmente sana o enferma.

2- Los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados y no entidades internamente homogéneos.

“Los atributos estructurales del sistema de la personalidad representan patrones fuertes incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos, esquemas, y así sucesivamente, que guían la experiencia y transforman la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos. (...) Los aspectos estructurales pueden concebirse como sustratos y disposiciones para la acción de una naturaleza cuasi permanente. Poseyendo una red de vías interconectadas, estas estructuras contienen los residuos internalizados del pasado en forma de recuerdos y afectos que se asocian intrapsíquicamente a concepciones del propio Yo y de los otros”.

3- Los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.

Se trata de un proceso dinámico en el interior del propio mundo intrapsíquico y en el intercambio entre el Yo individual y los diferentes contextos psicosociales.

4- La personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos.

Los complejos componentes de la personalidad permiten ser concebidos de un número casi infinito de formas.

5- La personalidad existe en un *continuum*; no es posible una división estricta entre la normalidad y la patología.

No existe una línea divisoria clara entre el comportamiento normal y el patológico. La distinción entre la normalidad y la patología es en parte una construcción social o un artefacto cultural. De esta manera, “(...) cuando un individuo dispone de una capacidad para enfrentarse a su entorno de una forma flexible y cuando sus percepciones y comportamientos típicos

incrementan su satisfacción personal, esta persona es considerada desde su grupo de referencia como alguien que posee una personalidad normal o saludable. Por el contrario, cuando las responsabilidades diarias se afrontan de una forma inflexible o defectuosa, o cuando las percepciones y conductas del individuo provocan un incremento del malestar personal o limitan las oportunidades para aprender y crecer, podemos hablar, utilizando una artimaña lingüística, de un patrón patológico o desadaptativo”.

6- La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema.

La personalidad concebido como sistema presenta interdependencia entre sus elementos que la constituye.

7- Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.

“La personalidad puede entenderse como un sistema cerrado, como un sistema abierto en transacción activa con el medio y como un sistema abierto que evoluciona con el paso del tiempo. (...) Estas tres formas de entender la personalidad corren paralelas a tres criterios esenciales e interdependientes sobre su patología que pueden ser abstraídos para juzgar la gravedad de los trastornos de la personalidad:

- Poca estabilidad en situaciones de estrés. El primer rasgo que tiende a caracterizar los patrones clínicos de la personalidad es una fragilidad o falta de resistencia en condiciones de estrés subjetivo. (...) Las personas incapaces de adoptar nuevas estrategias adaptativas desarrollan formas patológicas de afrontamiento, un peor control de las emociones y un incremento de las percepciones subjetivas y distorsionadas de la realidad.
- Inflexibilidad adaptativa. Las personas normales son flexibles en sus interacciones y sus iniciativas y reacciones son proporcionales

y apropiadas a los requerimientos de la situación. (...) Cuando la interacción persona-entorno está limitada a factores personológicos, las personas se enfrentan a situaciones para las que están poco preparadas. El individuo no sólo es incapaz de adaptarse de forma eficaz a las circunstancias de la vida, sino que también puede modificar el ambiente para evitar estímulos que objetivamente son neutrales, pero que son percibidos como estresantes.

- Círculos viciosos. (...) la distorsión cognitiva y la sobregeneralización son procesos mediante los cuales los individuos restringen sus oportunidades para nuevos aprendizajes, malinterpretan las experiencias positivas y provocan reacciones en los demás que reactivan problemas anteriores. Así pues, los patrones de personalidad patológica son en sí mismos patogénicos, es decir, generan y perpetúan dilemas ya existentes, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructoras que provocan que las dificultades ya existentes no sólo se mantengan, sino que se agraven”.

8- Los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva.

“(...) A diferencia del trastorno binario, que debe existir o no, las limitaciones son o más fuertes o más débiles, moviéndose siempre a lo largo de un *continuum*. La idea de limitación siempre implica un *continuum*. Cuando estas limitaciones varían poco a través del tiempo y se manifiestan en casi todas las situaciones, pueden considerarse rasgos de personalidad. (...) Como los individuos no encajan exactamente en las taxonomías por razones más ontológicas que epistemológicas (es decir, debido a que la individualidad rebasa la taxonomía), la taxonomía sólo puede considerarse un punto de partida en la caracterización del individuo. Finalmente, esto fomenta la idea de que ningún individuo representa la encarnación de ningún prototipo de

personalidad específico. (...) La prioridad fundamental de la persona va dirigida a fines opuestos a los de la clasificación en el sentido del modelo médico y constituye una razón importante por la que los trastornos de la personalidad no son enfermedades ni trastornos y, por tanto, no pueden ser diagnosticados”.

9- Los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente.

“(...) La interdependencia y tenacidad sinérgica de la personalidad requieren intervenciones que no sólo abarquen múltiples áreas, sino que también estén coordinadas a través del tiempo de una forma lógica”.

2.2.3.2. ESCALA HIPOCONDRIASIS (Hs).

Esta escala del MMPI evalúa el grado de preocupación anormal por las propias funciones corporales (Hathaway y McKinley, 1988). La puntuación promedio de T obtenida en esta escala se sitúa en el 78,1 (ver Tabla 12). Hallándose esta puntuación entre los valores T comprendidos entre 75 y 84, Núñez (1982) considera que esta elevación “se encuentra en personas con interés prominente acerca de la integridad física y con un gran número de preocupaciones somáticas. (...) La actitud es de personas amargadas con expresiones indirectas de hostilidad”. Añade que la escala HS de Hipocondriasis se “debe considerar en relación con otras escalas clínicas ya que los síntomas hipocondríacos ocurren en muchos cuadros clínicos”.

Para la interpretación de los resultados derivados del Análisis Chi-Cuadrado (X^2) aplicado en la escala de Hipocondriasis (Hs), es interesante enmarcar la expresión de la entidad psicológica-psiquiátrica en el contexto de la manifestación sintomatológica física que se deriva de la ansiedad o estrés que supone y origina la vivencia de desempleo. La raíz en la cual se asienta la

hipocondría es la ansiedad ya que “las personas con hipocondría a menudo presentan también otros trastornos mentales especialmente trastornos de ansiedad y depresivos-“ (DSM-IV, 1995).

Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales):

“La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. (...) En la hipocondría, las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (p. ej. latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anomalías físicas menores (p. ej. pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas o ambiguas (p. ej. “corazón cansado”, “venas dolorosas”). El individuo atribuye estos síntomas o signos a la enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su significado, su autenticidad y su etiología. (...) La preocupación sobre la enfermedad se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del individuo, en un tema de conversación y en una respuesta a las situaciones de estrés”.

Los criterios por los cuales el DSM-IV (1995) establece para conformar el diagnóstico de Hipocondrisis son los siguientes:

- A. “Preocupación y el miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos de 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de

angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada”.

La ansiedad y estrés derivada de la situación de desempleo da lugar al origen de trastornos somáticos (movimientos peristálticos, taquicardia, sudores,...) que en situación de normalidad o empleabilidad no acostumbran a expresarse a no ser que sean debidas por causas directas al empleo propio (p. ej. un trabajo competitivo) o por rasgos de personalidad (p. ej. Patrón A de Personalidad).

El DSM-IV añade lo siguiente:

“Los síntomas somáticos (p. ej. dolor abdominal) son habituales en los niños y no deben diagnosticarse como hipocondría a no ser que el niño presente desde hace tiempo preocupación por tener una enfermedad grave. En la gente mayor es frecuente observar miedo y preocupaciones por debilidad corporal. Sin embargo, el inicio de las preocupaciones por la salud en la vejez obedecen más a la realidad o a un trastorno del estado de ánimo que a la hipocondría”.

Para Roig-Fusté (1989), la hipocondría es un síntoma frecuente en psicopatología pudiéndose observar en depresiones involutivas, neurosis y esquizofrenias; y existiendo un tipo de ideación dominada por preocupaciones acerca de la salud y con escasa comprensión de sus problemas psicológicos por parte del sujeto.

Debido a ello, sugiero no contemplar la escala de Hipocondriasis (Hs) del MMPI como una escala categorial o dicotómica (“se es o no hipocondríaco”); más bien –y como el DSM-IV expresa- *“las preocupaciones de tipo transitorio relacionadas con una enfermedad médica no pueden considerarse síntomas de hipocondría”.*

De esta manera, sugiero que la interpretación de la escala de Hipocondriasis (Hs) sea contemplada desde el punto de vista de la focalización atencional y/o sensible y acentuada preocupación del sujeto por su sintomatología somática derivada de la ansiedad originada por la situación propia de inactividad laboral o desempleo.

2.2.3.3. ESCALA ESQUIZOFRENIA (Sc)

La puntuación promedio de T obtenida en esta escala se sitúa en el 79,5 (ver Tabla 12). Hallándose esta puntuación T superior al valor de 74, Núñez (1982) considera que esta elevación “se encuentra en personas con “mentalidad esquizoide”, inusuales, acéntricos pero que pueden mantener adaptación social y vocacional. (...) Se encuentran socialmente introvertidos, es decir, se relacionan pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones de la realidad”.

La interpretación de la escala Esquizofrenia (Sc) del MMPI administrada sobre población desempleada no debe interpretarse aisladamente desde el punto de vista de la Psicopatología mayor o como la presencia o ausencia categórica y/o dicotómica de la psicopatología. Más bien, se enmarca dentro del contexto de sujetos que experimentan problemas familiares, laborales y sociales “corrientes” que atribuiblemente no derivan de una fuente importante o inusual de patología sino simplemente de dificultades interpersonales y de un funcionamiento maladaptativo cotidiano de su personalidad (Millon y Everly, 1994). En este caso, el funcionamiento maladaptativo de la personalidad del sujeto se atribuiría de la propia situación de inactividad laboral. No obstante, esta atribución es reduccionista, simplista y difícilmente sostenible, ya que resulta delicado establecer una relación causal directa debido al carácter transversal del diseño experimental.

Según Núñez (1982), Hathaway y McKinley le dedicaron más tiempo y mayor investigación a la estructuración de la escala de Esquizofrenia (Sc). El autor añade que:

“Sin embargo, todavía es considerada como una de las más débiles y las razones son obvias, dado lo complejo de esta entidad. Aún con la introducción de la escala de corrección K, que materialmente mejoró la operación de la escala 8, la proporción de detección de la perturbación no mejoró más allá del 60%”.

Los mismos autores del instrumento MMPI, Hathaway y McKinley (1988) también apreciaron que “esta escala discrimina cerca del 60% de los casos diagnosticados como esquizofrénicos”.

Por otra parte, para Marcos (1991) la escala de Esquizofrenia (Sc) del MMPI supone que:

“no solamente deberíamos discutir su nombre sino que estamos convencidos que se debería reformular y elaborar nuevamente. Se encuentra elevada en la mayoría de los casos (clínicos). Concretamente, en los trastornos psiquiátricos, una elevación significativa (por encima de la nota T=70) se suele encontrar en prácticamente todos los pacientes -ingresados- en una Sala de Psiquiatría de un Hospital General. Ello indica que, al menos, puede ser tomada en consideración como indicador claro de grave desajuste psicopatológico. De ahí a afirmar la presencia de un diagnóstico de esquizofrenia va mucho trecho”.

Marcos añade al respecto que,

“el solapamiento de ítems, es decir, el hecho de que muchas de las cuestiones que formula el MMPI puntúen simultáneamente en varias escalas y, ocasionalmente, en escalas pertenecientes a terrenos nosológicos dispares, está en la base de las deficiencias de esta escala. Si bien no es un problema exclusivo de esta escala sí que es en la que se produce de forma más aparatosa.

Por otra parte, la evolución nosológica de los criterios de referencia desde la época en que se construyó y validó el MMPI hasta hoy, puede jugar un papel relevante en la necesidad de plantearse la conveniencia de una revisión a fondo del instrumento.

Esta escala, como las demás, tiene unos valores netamente psicológicos asignados más allá de la clínica. Así, una puntuación elevada indica: introversión, esquizoidismo, cierto alejamiento de la realidad; dificultad de contacto y empatía con los demás; frialdad afectiva...

Como se ha dicho anteriormente, no hay una gran relación entre la elevación de una escala y la gravedad y pronóstico”.

Roig-Fusté (1989) es de la opinión de que se ha de practicar una evaluación muy cuidadosa de la escala Esquizofrenia (Sc) antes de definir el diagnóstico pues *“la elevación de la escala por sí sola puede resultar engañosa”.*

Núñez (1982) destaca lo siguiente:

“Muchos sujetos pueden ofrecer una puntuación T superior de 70 sin ser esquizofrénicos.

(...) En relación con las personas que no son diagnosticadas como esquizofrénicas, pero que ofrecen una alta puntuación en esta escala, es conveniente señalar algunas observaciones importantes. Generalmente estas personas están caracterizadas por patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los adultos con una puntuación elevada en esta escala tienen mentalidad esquizoide. (...) Muchas personas esquizoides no se encuentran clínicamente enfermas porque sus síntomas no son tan severos para ocasionarles contrastes extremos con el medio ambiente. Estas personas, aunque generalmente son conocidas por sus amistades como raras, peculiares, aisladas y extrañas, son capaces de mantenerse por sí solas, trabajar y llevar vidas relativamente normales. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño y con poco talento social.

(...) Debe recordarse que la esquizofrenia se diagnostica cuando los síntomas se vuelven lo suficientemente intensos y dan como resultado la enfermedad francamente definida; es por ello que muchas personas esquizoides no se encuentran clínicamente enfermas pues sus síntomas no son tan severos para ocasionarles contrastes severos con el medio ambiente. Estas personas son conocidas como peculiares, raras, extrañas y aisladas, son por lo general capaces de mantenerse por sí solas por medio de su trabajo y pueden vivir sin causar problemas a nadie”.

Debido a las dificultades que entraña el propio diseño experimental (de carácter transversal) y el riesgo que supone interpretar la escala de Esquizofrenia (Sc) del MMPI –tal como señala Marcos (1991)-, sugiero también interpretar los

resultados obtenidos del Análisis Chi-cuadrado (X^2) a partir del marco teórico de los Trastornos de la Personalidad de Millon.

De esta manera y según Millon (1998), el patrón de características observable en la forma patológica también lo es en la forma más leve entre personas que podrían ser consideradas normales, definiendo el concepto de trastorno de la personalidad. Para Millon (1998), el prototipo esquizoide se puede considerar dimensional distribuido en un *continuum* de gravedad desde la normalidad en un extremo hasta la patología importante en el otro. Para Millon y Everly (1994), “el *continuum* es sólo un recurso gráfico usado para demostrar que los estados psicopatológicos representan sólo extensiones cuantitativas de lo normal y que realmente son rasgos conductuales funcionales”. La presencia de alteración psicológica puede originarse “bajo condiciones de persistente adversidad y cuyo estilo de funcionamiento desadaptado de los sujetos podría comenzar a descompensarse, adquiriendo aspectos que justifican la denominación de moderada o marcada gravedad” (Millon, 1999).

Para Millon (1998) y en relación con la escala que nos interesa justificar (Sc), el trastorno esquizoide supone un “déficit significativo de la capacidad intrínseca de la persona para experimentar los aspectos alegres y placenteros de la vida. (...) Las persona se caracterizan por su naturaleza reservada, introvertida y con tendencia al aislamiento. Tienen dificultades para establecer amistades, prefieren interacciones distantes o limitadas con los demás y parecen tener nulo interés (incluso aversión por las actividades sociales). En general, no parecen obtener ninguna satisfacción de las relaciones sociales”.

De esta manera, Millon y Everly (1994) describen los patrones de personalidad normal hasta configurar la descripción de los trastornos bajo la idea del *continuum*.

De los resultados obtenidos a partir del análisis Chi-Cuadrado (X^2), el patrón de personalidad normal que presenta más interés de estudio es el Introverso pasivo-desvinculado (ver figura 1), el cual -y partiendo de la idea de *continuum* que Millon plantea- puede desarrollarse en Trastorno de la Personalidad Esquizoide si el sujeto no presenta capacidad para funcionar de manera “autónoma y competentemente”.

Para Millon (1981), una personalidad normal y saludable puede ser concebida como la “capacidad de funcionar autónoma y competentemente, una tendencia a adaptarse al ambiente social efectiva y eficientemente, una sensación subjetiva de satisfacción y autosuficiencia y la capacidad de realizarse o de alcanzar sus potencialidades”.

Figura 1. Patrones de personalidad normal.

| PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL | FUENTE DE REFUERZO | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Independiente | Dependiente | Ambivalente | Desvinculado |
| Activa (proactiva) | Personalidad Violenta | Personalidad Sociable | Personalidad Sensitiva | Personalidad Inhibida |
| Pasiva (reactiva) | Personalidad Segura | Personalidad Cooperadora | Personalidad Respetuosa | Personalidad Introversa |

Figura 2. Listado multidimensional de criterios para los patrones de personalidad normal.

| Dimensión | | | | | |
|------------------------|-------------------|------------------------------|------------------|--------------------|------------------------|
| Patrón de personalidad | Conducta aparente | Comportamiento interpersonal | Estilo cognitivo | Expresión afectiva | Percepción de sí mismo |
| Violenta | Aventurera | Intimidante | Subjetivo | Rabia | Asertivo |
| Segura | Serena | No empático | Imaginativo | Serenidad | Seguro |
| Sociable | Animada | Expresivo | Superficial | Dramatismo | Encantador |
| Cooperadora | Dócil | Complaciente | Abierto | Tierno | Débil |
| Sensitiva | Errática | Impredecible | Divergente | Pesimista | Despreciado |
| Respetuosa | Organizada | Refinado | Circunspecto | Reprimido | Fiable |
| Inhibida | Vigilante | Cauteloso | Preocupado | Difícil | Solitario |
| Introvertida | Pasiva | Retraído | Vago | Blando | Plácido |

El patrón de personalidad Introvertida (ver figura 2) desarrolla una conducta aparente ante los demás de manera pasiva; una conducta interpersonal interactuando ante los demás de manera retraída y modesta; manifestando un estilo cognitivo o un proceso de pensamiento vago; mostrando ante los demás una expresión afectiva blanda y una forma de verse y percibirse a si mismo de manera plácida.

Millon (1981) plantea la idea del concepto de “discontinuidad sindrómica”, el cual supone la “creencia de que todas las psicopatologías sean entidades morbosas cualitativamente distintas. La continuidad sindrómica refleja la visión de que las anormalidades psicológicas son desviaciones cuantitativas del promedio sobre una distribución de rasgos. La discontinuidad implica que algún proceso inusual se ha entremetido en el funcionamiento del individuo” (ver figura 3).

Figura 3. Desde la personalidad al trastorno de personalidad.

| PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL | FUENTE DE REFUERZO | | | |
|---------------------------------|--|---|---|--|
| | Independiente | Dependiente | Ambivalente | Desvinculado |
| Activa (proactiva) | Personalidad violenta ↓ Trastorno antisocial de personalidad ↓ Trastorno paranoide de personalidad | Personalidad sociable ↓ Trastorno histriónico de personalidad ↓ Trastorno límite de personalidad | Personalidad sensitiva ↓ Trastorno pasivo-agresivo de personalidad ↓ Trastorno límite de personalidad | Personalidad inhibida ↓ Trastorno de personalidad por evitación ↓ Trastorno esquizotípico de personalidad |
| Pasiva (reactiva) | Personalidad segura ↓ Trastorno narcisista de personalidad ↓ Trastorno paranoide de personalidad | Personalidad cooperadora ↓ Trastorno de personalidad por dependencia ↓ Trastorno límite de personalidad | Personalidad respetuosa ↓ Trastorno compulsivo de personalidad ↓ Trastorno paranoide de personalidad | Personalidad introvertida ↓ Trastorno esquizoide de personalidad ↓ Trastorno esquizotípico de personalidad |

Figura 4. Ocho trastornos moderadamente graves de la personalidad^(*).

| PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL | FUENTE DE REFUERZO | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|--------------|
| | Independiente | Dependiente | Ambivalente | Desvinculado |
| Activa (proactiva) | Antisocial | Histriónico | Pasivo-agresivo | Evitador |
| Pasiva (reactiva) | Narcisista | Dependiente | Compulsivo | Esquizoide |

(*) Los términos designados para identificar los 8 trastornos de personalidad se ajustan a la nomenclatura del DSM-III.

Millon y Everly (1994), el trastorno de la personalidad esquizoide pasivo-aislado (ver figura 4) se caracteriza entonces por una conducta aparente ante los demás que va desde apático a letárgico. Parecen hipoactivos. Llama la atención la falta de vitalidad, la baja energía y las deficiencias generales que parecen estar presentes con respecto a la espontaneidad y expresividad.

Manifiestan una conducta interpersonal interactuando ante los demás que va desde la reserva a la ausencia. Tienen pocos amigos o relaciones cercanas.

Manifiestan un estilo cognitivo o un proceso de pensamiento escasamente introspectivo que va desde el empobrecimiento hasta la aridez. Pueden ser cognitivamente pobres hasta virtualmente carentes de las habilidades cognitivas importantes. Sus patrones de pensamiento y de comunicación pueden desviarse fácilmente a través de la distracción externa o interna.

Pueden mostrar ante los demás una expresión afectiva que va desde el aplanamiento hasta la debilidad (de insulsa a fría). Los acontecimientos que pueden provocar angustia, alegría o tristeza en los demás no provocan esta respuesta en este tipo de individuos. Parecen incapaces de experimentar alegría, tristeza o rabia aunque sea de poca intensidad. Son emocionalmente fríos y presentan una falta de cordialidad hacia los demás.

La forma de verse y percibirse a sí mismo va desde la complacencia en las variedades leves hasta la falta de vitalidad en los casos extremos. Tienden a verse a sí mismos como blandos e introvertidos. Parecen estar contentos de permanecer distantes.

El mecanismo de defensa que suelen utilizar este tipo de personalidad es la intelectualización. Se trata de la tendencia a pensar y describir sus experiencias afectivas e interpersonales desde el punto de vista de hechos reales y desde una perspectiva impersonal. Focalizan prioritariamente su atención a los aspectos formales y objetivos de los acontecimientos sociales. Tenderán a considerar las muestras de emoción como infantiles e inmaduras. El mecanismo de defensa de la intelectualización brinda al individuo esquizoide de una herramienta para permanecer retraído y para no involucrarse social y afectivamente con su medio ambiente.

Según Millon y Everly (1994), “las personalidades esquizoides tienden a perpetuar su propio trastorno a través de la evitación de las actividades sociales, bien sea reforzando su aislamiento social o bien por su insensibilidad social y cognitiva. Sus escasas actividades sociales limitan su capacidad de crecer por medio de nuevas experiencias. Su aislamiento social es frecuentemente reforzado por los demás, que relegan al ostracismo a los individuos asociales”.

En 1998, Millon propone que el Trastorno de Personalidad Esquizoide se caracteriza por:

“...un comportamiento interpersonal tranquilo e impasible. Las necesidades afectivas están muy limitadas y el deseo de comunicación y de establecimiento de relaciones íntimas es mínimo. Tiene muy poca capacidad para experimentar placer y su vida cotidiana se caracteriza por un tono emocional globalmente neutro. Este patrón introvertido y apático covaría con una falta general de vitalidad y espontaneidad motora, déficit del comportamiento de búsqueda de estimulación, empobrecimiento de la sensibilidad social y una notable vaguedad cognitiva en lo que se refiere a las cuestiones interpersonales.

Desde la adolescencia o el inicio de la edad adulta deben estar presentes al menos tres de los siguientes criterios en mayor grado que la mayoría de las personas y no deben estar limitados a períodos discretos de tiempo ni deben ser desencadenados necesariamente por acontecimientos vitales estresantes.

- 1. Déficit de afectividad (p. ej., presenta una neutralidad emocional intrínseca, refiere necesidades afectivas débiles e incapacidad para mostrar entusiasmo o experimentar placer).*
- 2. Empobrecimiento cognitivo moderado (p. ej., muestra procesos de pensamiento empobrecidos y oscuros, inapropiados a su nivel intelectual; comunicación social a menudo tangencial e irrevelante).*
- 3. Indiferencia interpersonal (p. ej., tiene mínimos intereses “humanos”, le basta y prefiere un papel periférico en las relaciones familiares y sociales).*
- 4. Apatía comportamental (p. ej., fatigabilidad, baja energía y carencia de vitalidad; muestra déficit de activación, de expresividad motora y de espontaneidad).*
- 5. Insensibilidad perceptiva (p. ej., muestra una introspección y conciencia del sí mismo mínimas; es impermeable a las sutilezas de la vida social y emocional cotidianas).”*

Entre los criterios diagnósticos para la determinación del trastorno de personalidad esquizoide, la CIE-10 presta atención que los sujetos han de presentar no tan sólo los criterios establecidos para el trastorno de personalidad sino que, además, deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Incapacidad para sentir placer (anhedonia);
- Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo;
- Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás;
- Aparente indiferencia a las alabanzas y a las críticas;
- Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (a tener en cuenta la edad);
- Marcada preferencia por actividades solitarias;
- Excesiva preocupación con fantasías;
- Ausencia de relaciones interpersonales íntimas y de mutua confianza, ni deseos de tenerla;
- Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales. En caso de ser incumplidas dichas normas es de forma no intencionada.

Para Millon (1998), el Trastorno Esquizoide de la Personalidad muestra numerosas variantes, entre las cuales se pueden destacar las siguientes: el esquizoide lánquido, el esquizoide distante, el esquizoide embotado y el esquizoide despersonalizado. A continuación, se procede a definir cada uno de las variantes del Trastorno Esquizoide de la Personalidad, siendo la que presenta más interés la que concierne al esquizoide distante para la presente investigación:

1. Esquizoide lánquido.

Se explica a partir de las experiencias vitales como de las incapacidades inherentes. Algunas de las personas de esta clase de tipología, han estado

sometidas a un acusado déficit de estimulación en el estadio sensoriomotor-autónomo, lo que ha dado lugar a un desarrollo inadecuado de sustratos neuronales relevantes. Esta ausencia de “sustento psíquico” es requisito para la estimulación de su inherente activación y potencial para el placer. Para otras personas, estos déficit se derivan de deficiencias congénitas.

Se caracterizan por su lentitud en su nivel de activación. Presentan una acusada inercia. Parecen demasiado cómodos y perezosos, incapaces de ponerse en marcha para cumplir con sus responsabilidades o para iniciar las más simples actividades placenteras. El estilo de vida de este tipo de sujetos se caracteriza por una vida tranquila, insípida y de dependencia en la forma de relación con los demás. Su patrón de introversión se relaciona con una carencia general de vitalidad, déficit de iniciativa social y de comportamiento de búsqueda de estimulación, empobrecimiento afectivo y vaguedad cognitiva en cuanto a cuestiones interpersonales.

Este tipo de sujetos “tienden a poseer una imagen de persona débil e ineficaz. Experimentan la vida como algo monótono, con períodos de soledad pasiva entremezclados con sentimientos de vacío. Presentan una deficiencia general en la expresión de afectos que, junto a su deficiente nivel energético, puede proceder de una incapacidad anhedónica para mostrar entusiasmo o experimentar placer. La mayoría tienden a mantener un patrón vital simple, repetitivo y dependiente”.

2. Esquizoide distante.

Muestran características similares a las de personalidad esquizotípica. Muchos de estos sujetos “se encuentran entre las gentes sin hogar, como residentes crónicamente institucionalizados de albergues de caridad y como pacientes ambulatorios crónicos de clínicas estatales de higiene mental”. Se caracterizan por un acusado déficit de interés social, frecuentes excentricidades comportamentales, ocasionales pensamientos autistas. Presentan una baja autoestima y problemas en relación con la autonomía y la competencia social. Se convierten en observadores desvinculados del mundo, se desprecian a sí

mismos y poseen una autoimagen de ser indigno de afecto e inadecuado. No se aventuran para enfrentarse en el mundo externo y cada vez se muestran más distantes de los demás y de las potenciales fuentes de crecimiento y gratificación. Su vida es monótona, con períodos prolongados de soledad mezclados con ocasionales sentimientos de inadaptación y vacío. Tienden a seguir un patrón sin sentido, ineficaz e inútil. Van a la deriva y sin objetivo alguno permaneciendo en la periferia de la vida social.

Una gran proporción de estos esquizoides tienen un modo de vida muy precario. La mayoría no pueden vivir de un modo independiente. Algunos dan la impresión de tener una fuerza de voluntad débil o de ser intelectualmente deficientes, aunque no es necesario que suceda uno de estos casos. Cuando trabajan, se les suele encontrar en posiciones subordinadas y no especializadas.

3. Esquizoide Embotado.

Las características que definen a este tipo de esquizoide son las de “aislamiento, desvinculación emocional e incomunicación social y, probablemente sean consecuencia, en parte, de deficiencias constitucionales. Tal vez por déficit neurológicos en las regiones del sistema nervioso que regulan la capacidad de relacionarse con los otros seres humanos con calidez y sensibilidad, o por alguna lesión o aplasia estructural en sistemas relevantes (p. ej., el sistema límbico). Se tratan de personas que se encuentran en el extremo inferior de la distribución normal de la sensibilidad afectiva”. En este esquizoide, se observa una “cojera afectiva”, una deficiencia emocional incapaz de conectar o responder afectivamente con los demás. No se excita, es imperturbable, frío y parece constreñido y desapasionado. De esta manera, “el esquizoide embotado presenta una incapacidad para activar cualquier emoción intensa, ya sea de carácter social o antisocial. Posee una calidez mínima, pero también una mínima ira y hostilidad”.

4. Esquizoide despersonalizado.

Se distingue por su apariencia distante. Según Millon, “a primera vista, parece que estos esquizoides están extasiados contemplando algún tipo de visión interna, algún tipo de realidad íntima que les sitúa cada vez más en su estado de aislamiento. (...) Este tipo de esquizoide, más que los demás, no únicamente está deteriorado hasta el extremo de encontrarse en un estado de inatención que le hace parecer absorto en su interior, sino que, de hecho, no están absortos en nada particular. Aunque presentes, parecen ocupar un espacio vacío, desvinculado de las acciones y los sentimientos de los otros y de los suyos propios. (...) Como los casos de despersonalización, estos esquizoides son “observadores externos” que se ven a sí mismos como objetos distantes, descorporalizados y desvinculados, como fenómenos desconectados de sus propios sentimientos y pensamientos. Se encuentran en un estado en el que ignoran tanto los fenómenos externos como los internos. Aunque están desconectados de lo tangible y lo real, (...) no están absortos en su propia imaginación y fantasías. Se parecen más bien sonámbulos que, si bien físicamente presentes, son absolutamente inconscientes de lo que hacen, piensan o sienten. (...) sus pensamientos y sentimientos son un grupo confuso y deslabazado de ideas desconectadas. Además de que sus procesos internos son indefinidos y difusos, su oscuridad e incapacidad de relacionarse hacen que los demás tengan la impresión de que presentan algún tipo de carencia interna. No sólo se encuentran a millones de kilómetros de distancia, desorientados y desvinculados de las relaciones humanas, sino que su mundo interno parece igualmente distante y oscuro, si no ausente”.

Asimismo, y en relación con el prototipo esquizoide, Kallmann (1938) habló en sus primeros estudios genéticos de ciertos pacientes como si sufriese de “esquizoidía”, describiéndoles como personas que exhibían una “introversión autista, inadecuación emocional, explosiones temperamentales súbitas y respuestas motoras inapropiadas a los estímulos emocionales”. Según el “Diccionario de Psiquiatría”, define “esquizoidía” como término con el cual se

designa un carácter patológico caracterizado por la introspección, el aislamiento social, la dificultad de adaptación y las conductas impulsivas e inadecuadas.

Por otra parte, Hathaway y McKinley (1988) consideran que:

“la mayoría de perfiles que presentan un puntuación alta en Sc mostrarán también puntuaciones altas en otras escalas, y exigirán mayor estudio clínico y subjetivo de estos casos. De modo muy diferente a las relaciones existentes entre otras escalas, la correlación entre Sc y Pt en casos normales es de 0,84. tanto la experiencia clínica como el hecho de que este índice desciende a 0,75 en el estudio de anormales, conducen a pensar que, al menos por ahora, es válido y útil emplear ambas escalas”.

Teniendo en cuenta lo que Hathaway y McKinley expresan y de los valores promedios de la escala Esquizofrenia (Sc) es de T=119 y la escala Psicastenia (Pt) es de T=105 (ver Tabla 12), cabe pensar en una cierta coherencia sobre los resultados obtenidos y la interpretación resultante. Para Roig-Fusté (1989), los sujetos que presentan una alta puntuación en la escala Pt son tensos, ansiosos y rígidos. Además, ponen de manifiesto defensas obsesivo-compulsivas, pueden existir fobias, compulsiones y obsesiones. Para el mismo autor, la sintomatología frecuentemente interfiere de forma grave con su trabajo o relaciones interpersonales requiriendo una terapia de largo plazo para este tipo de sujetos que -de por sí- ya presentan una estructura de personalidad muy difícil.

Asimismo, Roig-Fusté añade que el sujeto que presenta puntuaciones elevadas en Esquizofrenia (Sc) puede presentar también puntuaciones elevadas en Psicastenia (Pt):

“Pueden existir puntuaciones altas, en estas dos escalas, en sujetos que no reciben un diagnóstico de esquizofrenia, en cuyo caso se caracterizan por presentar patrones neuróticos con sintomatología compleja o bien poseen una personalidad esquizoide, que no implica necesariamente incapacidad para desenvolverse en la vida diaria”.

2.2.3.4. DISCUSIÓN A HIPÓTESIS 1.

Hipótesis 1.

Si el factor económico es una variable protectora contra un estado de salud mental negativo o insalubre cabe esperar entonces que los sujetos desempleados desprovistos de la prestación económica presentarán diferencias en comparación al grupo de sujetos desempleados que cobran la prestación. Es decir, en función del cobro de la prestación económica es esperable que existan diferencias entre ambos grupos de sujetos desempleados.

Discusión.

A la luz de los conocimientos teóricos aportados, de los resultados obtenidos con la aplicación del Análisis Bivariante Chi-Cuadrado (X^2), de las dificultades metodológicas que entraña el diseño por su carácter transversal y de las limitaciones propias que despliega el instrumento, sugiero plantear la confirmación de la hipótesis en sentido positivo. Pudiendo observar diferencias entre ambos grupos por lo que respecta en las escalas de Hipocondriasis (Hs) y de Esquizofrenia (Sc).

El resto de escalas no presentan ningún grado de significatividad estadística.

Por lo que respecta a las escalas significativas, cabe interpretar entonces que, el riesgo de presentar sintomatología semejante, parecidos o próximos a estados hipocondríacos o esquizofrénicos es alto si el sujeto se halla desprovisto de unos ingresos económicos procedentes de la prestación económica del Estado.

2.2.3.5. DISCUSIÓN A HIPÓTESIS 2.

Hipótesis 2.

Si el factor económico es una variable amortiguante que mantiene salvaguardada la estabilidad y el equilibrio mental del desempleado. Cabe esperar entonces que, el grupo de sujetos desempleados que no perciben ningún tipo de prestación ni ayuda económica del Estado es más vulnerable o presentan un mayor riesgo de presentar sintomatología psiquiátrica con un mayor nivel de facilidad. Es decir, la ausencia de remuneración en el paro laboral es un factor de riesgo para el origen y desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Se espera recoger valores del MMPI y variables asociadas que puedan evidenciar la sospecha de presión psicológica y/o sintomatología psicopatológica sobre este tipo de población, por el contrario del grupo de sujetos desempleados que cobran prestación económica.

Discusión.

Al ser la técnica estadística del Análisis Multivariante (modelo de la Regresión Logística) más potente que el Análisis Bivariante esto permite profundizar en las variables que se hallan asociadas y la intensidad de relación existente.

Se ha tratado de analizar cuales son las variables confusoras asociadas en la expresión de la sintomatología psicopatológica en función de la percepción de la retribución económica por desempleo y cual es la intensidad de la relación existente.

De nuevo, se han podido observar que las escalas de Hipocondriasis (Hs) y de Esquizofrenia (Sc) marcan las diferencias entre ambos grupos de desempleados.

El resto de escalas no presentan ningún grado de significatividad estadística. Lo que no permiten afirmar que la prestación económica sea un factor de aumento de Psicopatología

Sugiero que, ante la ausencia del cobro de la prestación económica, el riesgo de presentar sintomatología semejante a estados hipocondríacos y/o esquizoides es debido a una disminución de las capacidades adaptativas del individuo, la cual origina trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos y/o trastornos de personalidad debido a que se considera tal situación como un evento vital para el sujeto.

Sugiero que la sintomatología semejante a estados hipocondríacos vienen originados por la focalización atencional a cualquier señal corporal considerado anormal por el sujeto debido a los efectos de su estado de ansiedad o estrés derivados de la situación de inactividad laboral y la ausencia de ingresos económicos (movimientos peristálticos, insomnio, taquicardia, dolores de cabeza, ...).

Teniendo en cuenta las dificultades de interpretación y las limitaciones que -de por sí- entraña la escala de Esquizofrenia (Sc), sugiero que la sintomatología semejante a estados esquizoides viene originados por la propia situación de inactividad laboral y ausencia de ingresos económicos: disminuyen los contactos sociales, disminuyen las oportunidades de ocio, la sensación de bienestar subjetivo disminuye debido a un aumento en la preocupación y ansiedad que origina la nueva situación de desempleo,...

La presencia significativa de ambas escalas apoya la hipótesis de que la ausencia de la prestación económica del Estado por desempleo puede originar la alteración en la salud mental del sujeto inactivo.

2.2.4.- CONCLUSIONES.

A razón de los resultados obtenidos, las conclusiones son las siguientes:

1. Los datos obtenidos en la escala Hipocondriasis (Hs) y en la escala Esquizofrenia (Sc) del MMPI, muestran que la psicomorbilidad se halla asociada con el cobro de la prestación económica en situación de desempleo:
 - 1.1. Existe una proporción de riesgo de hasta 3 veces más alta de padecer sintomatología hipocondríaca ante la ausencia de la prestación económica que ante la presencia de ésta.
 - 1.2. Existe una proporción de riesgo de hasta casi 3 veces más alta de padecer sintomatología esquizofrénica ante la ausencia de la prestación económica que ante la presencia de ésta.

La presencia significativa de ambas escalas apoya la hipótesis de que la ausencia de la prestación económica del Estado por desempleo puede originar la alteración en la salud mental del sujeto inactivo.

2. Para la interpretación de los resultados obtenidos en ambas escalas, se cree más oportuno aplicar la teoría de los trastornos de personalidad.
3. En el resto de escalas observadas no permite afirmar que el cobro de la prestación económica sea un factor de incremento de psicomorbilidad.
4. En la escala Si, la expresión sintomatológica de la mencionada escala clínica se halla asociada con el Paro de larga duración pero es debido por posible defecto de la muestra (la cual no es homogénea en sus características).

5. Las conclusiones ofrecidas invitan a reflexionar sobre la praxis profesional de los profesionales de la salud en general (médicos, psicólogos, psiquiatras, etc.,...), en el sentido de que éstos han de procurar abordar y atender al sujeto desempleado -y en concreto en aquellos que carecen de ingresos económicos- ofreciendo un nivel asistencial de calidad y mitigar el dolor psicológico-emocional de éste en cualquiera que sea la demanda planteada.

2.2.5. PLANTEAMIENTO DE FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

Una posible hipótesis que se puede plantear para cualquier futura investigación fruto de la presente investigación pero no contemplada como objeto de estudio en el presente Doctorado es la siguiente:

- Según diversos autores de la bibliografía consultada, la duración del desempleo se halla asociada a un mayor deterioro psicológico. Es decir, conforme se aumenta en el tiempo la permanencia en la situación de desempleo se incrementa la probabilidad de padecer alguna alteración, desequilibrio o trastorno mental disminuyendo la sensación de bienestar psicológico. Cabe esperar entonces que, a medida que se reduce el tiempo en el cobro de la prestación económica de este grupo de desempleados aumenta el riesgo de padecer alguna alteración mental o reducción del bienestar psicológico. Es esperable que los desempleados cuyo tiempo les queda poco en el cobro de la prestación económica presenten un mayor grado de desequilibrio mental que aquel grupo de desempleados que han iniciado el cobro de la ayuda del Estado. Lo cual sugiere, de nuevo, que el cobro de prestación económica por parte del sujeto inactivo puede considerarse como una variable amortiguadora contra cualquier proceso de elaboración de alteraciones mentales.

2.2.6.- BIBLIOGRAFÍA: Investigación Empírica.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *"DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*. Editorial MASSON, S.A. Barcelona.
- ARNAU, J. (1978). *"Psicología experimental. Un enfoque metodológico"*. Editorial Trillas, S.A. México.
- ARNAU, J. (1995). *"Diseños experimentales en esquemas"*. Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- ARNAU, J. (1996). *"Métodos y técnicas avanzadas de análisis de datos en ciencias del comportamiento"*. Col·lecció UB 22. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- ATO, M; LÓPEZ, JJ; HIDALGO, MD. (1996). *"Análisis de datos categóricos"*. En ARNAU, J. y cols. (1996). *"Métodos y técnicas avanzadas de análisis de datos en ciencias del comportamiento"*. Col·lecció UB 22. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- BLANCH, JM. (1990). *"Del viejo al nuevo paro. Un análisis psicológico y social"*. PPU Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. Barcelona.
- BALLUS, C. (1983). *"Razones y problemas de un enfoque psicobiológico del comportamiento"*. En *"Psicobiología. Interrelación de aspectos experimentales y clínicos"*. Editorial Herder. Barcelona.
- HATHAWAY, SR; MCKINLEY, JC. (1988). *"Cuestionario de Personalidad-MMPI. Manual"*. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. Barcelona.
- HULLEY, SB; CUMMINGS, SR. (1993). *"Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico"*. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona.
- JARNE, A. (1994). *"Psicopatología. Tomo II"*. Editorial EMA, S.L. Barcelona.
- KALLMANN, MM. (1938). *"The genetics of schizophrenia"*. New York: Augustin.
- MARCOS, T. (1991). *"Evaluación de la personalidad. Rasgos psicopatológicos: M.M.P.I."*. En ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *"Psicopatología Jurídica y Forense"*. PPU Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. Barcelona.
- MILLON, T. (1981). *"Disorders of Personality: DSM-III, Axis II"*. Nueva York: Wiley. En MILLON, T; EVERLY, GS. (1994). *"La Personalidad y sus Trastornos"*. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- MILLON, T. (1998). *"Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV"*. Editorial MASSON, S.A. Barcelona.
- MILLON, T. (1999). *"Inventario clínico Multiaxial de Millon-II. Manual"*. TEA Ediciones, S.A. Barcelona.
- MILLON, T; EVERLY, GS. (1994). *"La Personalidad y sus Trastornos"*. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.

2.2.6. Bibliografía: Investigación Empírica.

- NEWMAN, TB; BROWNER, WS; CUMMINGS, SR; HULLEY, SB. (1993). *“Diseño de un nuevo estudio: II. Estudios transversales y estudios de casos y controles”*. En HULLEY,SB; CUMMINGS, SR. (1993). *“Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico”*. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona.
- NÚÑEZ, R. (1982). *“Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología”*. Editorial El Manual Moderno, S.A. México.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1993). *“CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación”*. Editorial MEDITOR. Técnicas gráficas FORMA, S.A. Madrid.
- ORTEGA-MONASTERIO, L. (1991). *“Psicopatología Jurídica y Forense”*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A. - PPU. Barcelona.
- ROIG-FUSTÉ, JM. (1989). *“El MMPI en la exploración objetiva de la personalidad”*. ESPAXS, S.A. Barcelona.
- SCHWARTZ, D. (1988). *“Métodos estadísticos para Médicos y Biólogos”*. Editorial Herder. Barcelona.
- SEISDEDOS, N. (1988). *“Cuestionario de Personalidad-MMPI. Manual”*. TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. Barcelona.
- VALDÉS, M. (1996). *“Diccionario de Psiquiatría”*. Editorial MASSON, S.A. Barcelona.

TERCERA PARTE: ANEXOS – TABLAS DE RESULTADOS.

TABLAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

TABLA 1.

Muestra Total: 162 sujetos

| Sexo | Puntuaciones T del MMPI | Edad Media | Tiempo medio de paro laboral | Estado Civil | Nivel Académico |
|-------------------------|--|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 54 Varones (33,33%) | 120 sujetos (74,0%) presentan puntuaciones T>70 | 32,8 años | 6,3 meses | Solteros: 73 (45,1%) | Sin estudios: 5 (3,0%) |
| 108 Mujeres (66,66%) | 42 sujetos (26,0%) presentan puntuaciones T<70 | | | Casados: 82 (50,5%) | Certif. E.P.: 23 (14,2%) |
| | | | | Sep./Divorciados: 5 (3,1%) | E.G.B.: 42 (26,0%) |
| | | | | Viudedad: 2 (1,3%) | FPI: 20 (12,3%) |
| | | | | | FPII: 17 (10,5%) |
| | | | | | BUP/COU: 30 (18,5%) |
| | | | | | Diplomado: 8 (5,0%) |
| | | | | | Licenciado: 17 (10,5%) |

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA 2.

Subgrupo Cobra Prestación: 69 sujetos (42,6%)

| Sexo | Puntuaciones T del MMPI | Edad Media | Tiempo medio de paro laboral | Estado Civil | Nivel Académico |
|-----------------------|---|------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 31 Varones (44,9%) | 54 sujetos (78,25%) presentan puntuaciones T>70 | 37,0 años | 7,8 meses | Solteros: 19 (27,5%) | Sin estudios: 3 (4,3%) |
| 38 Mujeres (55,1%) | 15 sujetos (21,75%) presentan puntuaciones T<70 | | | Casados: 46 (66,5%) | Certif. E.P.: 12 (17,4%) |
| | | | | Sep./Divorciados: 3 (4,5%) | E.G.B.: 20 (29,0%) |
| | | | | Viudedad: 1 (1,5%) | FPI: 6 (8,7%) |
| | | | | | FPII: 7 (10,1%) |
| | | | | | BUP/COU: 13 (19,%) |
| | | | | | Diplomado: 5 (7,2%) |
| | | | | | Licenciado: 3 (4,3%) |

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA 3.

Subgrupo No cobra Prestación: 93 sujetos (57,4%)

| Sexo | Puntuaciones T del MMPI | Edad Media | Tiempo medio de paro laboral | Estado Civil | Nivel Académico |
|--------------------|--|------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 23 Varones (24,7%) | 66 sujetos (70,9%) presentan puntuaciones T>70 | 29,3 años | 0,1 meses | Solteros: 54 (58,1%) | Sin estudios: 2 (2,2%) |
| 70 Mujeres (75,3%) | 27 sujetos (29,1%) presentan puntuaciones T<70 | | | Casados: 36 (38,7%) | Certif. E.P.: 11 (11,8%) |
| | | | | Sep./Divorciados: 2 (2,2%) | E.G.B.: 22 (23,7%) |
| | | | | Viudedad: 1 (1,0%) | FPI: 14 (15%) |
| | | | | | FPII: 10 (10,8%) |
| | | | | | BUP/COU: 17 (18,3%) |
| | | | | | Diplomado: 3 (3,2%) |
| | | | | | Licenciado: 14 (15,0%) |

TABLAS DE COBRO DE PRESTACIÓN**TABLA 4.**

| | Tiempo medio de paro laboral | Sexo | | Presencia de Psicopatología | | Estado Civil | | | |
|---|------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------|-----------------|
| | | Varón | Mujer | Sí | No | Soltero | Casado | Sep./Divorcio | Viudedad |
| Cobra Prestación (69 sujetos) | 7,8 meses | 31 sujetos (44,9%) | 38 sujetos (55,1%) | 54 sujetos (78,25%) | 15 sujetos (21,75%) | 19 sujetos (27,5%) | 46 sujetos (66,5%) | 3 sujetos (4,5%) | 1 sujeto (1,5%) |
| No Cobra Prestación (93 sujetos) | 0,1 meses | 23 sujetos (24,7%) | 70 sujetos (75,3%) | 66 sujetos (70,9%) | 27 sujetos (29,1%) | 54 sujetos (58,1%) | 36 sujetos (38,7%) | 2 sujetos (2,2%) | 1 sujeto (1,0%) |

TABLA 5.

| | NIVEL ACADÉMICO | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| | Sin Estudios | Certif. E.P. | E.G.B. | FP I | FP II | B.U.P./C.O.U. | DIPLOMADO | LICENCIADO |
| Cobra Prestación (69 sujetos) | 3 sujetos (4,3%) | 12 sujetos (17,4%) | 20 sujetos (29,0%) | 6 sujetos (8,7%) | 7 sujetos (10,1%) | 13 sujetos (19,0%) | 5 sujetos (7,2%) | 3 sujetos (4,3%) |
| No Cobra Prestación (93 sujetos) | 2 sujetos (2,2%) | 11 sujetos (11,8%) | 22 sujetos (23,7%) | 14 sujetos (15,0%) | 10 sujetos (10,8%) | 17 sujetos (18,3%) | 3 sujetos (3,2%) | 14 sujetos (15,0%) |

TABLAS POR SEXOS.**TABLA 6.**

| | Edad Media | Prestación Económica | | Presencia de Psicopatología | | Estado Civil | | | |
|--------------------------------------|---------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| | | Cobra | No Cobra | Sí | No | Soltero | Casado | Sep./Divorcio | Viudedad |
| Varones (54 sujetos) | 34,3 años | 31 sujetos (44,9%) | 23 sujetos (24,7%) | 45 sujetos (83,34%) | 9 sujetos (16,66%) | 30 sujetos (55,6%) | 22 sujetos (40,7%) | 2 sujetos (3,7%) | 0 sujetos (0,0%) |
| Mujeres (108 sujetos) | 32,1 años | 38 sujetos (55,1%) | 70 sujetos (75,3%) | 75 sujetos (69,5%) | 33 sujetos (30,5%) | 43 sujetos (39,8%) | 60 sujetos (55,5%) | 3 sujetos (2,8%) | 2 sujetos (1,9%) |

TABLA 7.

| | NIVEL ACADÉMICO | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| | Sin Estudios | Certif. E.P. | E.G.B. | FP I | FP II | B.U.P./C.O.U. | DIPLOMADO | LICENCIADO |
| VARONES (54 sujetos) | 1 sujeto (1,9%) | 13 sujetos (24,1%) | 12 sujetos (22,2%) | 4 sujetos (7,4%) | 5 sujetos (9,3%) | 9 sujetos (16,6%) | 2 sujetos (3,7%) | 8 sujetos (14,8%) |
| MUJERES (108 sujetos) | 4 sujetos (3,7%) | 10 sujetos (9,3%) | 30 sujetos (27,8%) | 16 sujetos (14,8%) | 12 sujetos (11,1%) | 21 sujetos (19,5%) | 6 sujetos (5,5%) | 9 sujetos (8,3%) |

TABLAS POR INTERVALOS DE EDAD.

Tabla 8.

| Muestra total de sujetos (162 sujetos) | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 17-25 años | 26-35 años | 36-45 años | 46-58 años |
| Promedio / Media | 20,2 | 29,9 | 41,0 | 50,75 |
| Mediana | 20 | 29,5 | 41 | 50 |
| Moda | 18 | 27 | 39 | 48 |
| Número de sujetos | 48 (29,6%) | 54 (33,3%) | 32 (19,7%) | 28 (17,3%) |

Tabla 9.

| SALUD MENTAL | | | | | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Muestra de sujetos con puntuaciones T<70 (42 sujetos) | | | | Muestra de sujetos con puntuaciones T>70 (120 sujetos) | | | |
| | 17-25 años | 26-35 años | 36-45 años | 46-58 años | 17-25 años | 26-35 años | 36-45 años | 46-58 años |
| Promedio / Media | 20,5 | 31,1 | 40,4 | 49,4 | 20,1 | 29,6 | 41,5 | 51 |
| Mediana | 20,5 | 31 | 40 | 49 | 20 | 29 | 42 | 51 |
| Moda | 17 | 31 | 39 | 49 | 18 | 27 | 44 | 48 |
| Número de sujetos | 12 (28,5%) | 11 (26,2%) | 14 (33,3%) | 5 (12,0%) | 36 (30,0%) | 43 (35,8%) | 18 (15,0%) | 23 (19,2%) |

Tabla 10.

| PRESTACIÓN ECONÓMICA | | | | | | | | |
|------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Muestra de sujetos que cobran prestación económica (69 sujetos) | | | | Muestra de sujetos que no cobran prestación económica (93 sujetos) | | | |
| | 17-25 años | 26-35 años | 36-45 años | 46-58 años | 17-25 años | 26-35 años | 36-45 años | 46-58 años |
| Promedio / Media | 21,7 | 29,9 | 41,0 | 52,2 | 19,9 | 29,9 | 41,0 | 48,75 |
| Mediana | 22 | 30 | 41 | 53 | 19 | 29 | 39 | 49 |
| Moda | 20 | 28 | 41 | 48 | 18 | 27 | 39 | 49 |
| Número de sujetos | 7 (10,2%) | 27 (39,1%) | 19 (27,5%) | 16 (23,1%) | 41 (44,1%) | 27 (29,0%) | 13 (14,0%) | 12 (12,9%) |

TABLA 11.

| PUNTUACIONES T DEL MMPI | |
|--|---|
| SALUD MENTAL SANA (puntuación T<70) 42 sujetos (26,0%) | SALUD MENTAL ALTERADA (puntuación T>70) 120 sujetos (74,0%) |

TABLA 12.

| | PUNTUACIONES T DE CADA ESCALA (T>70) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | L | F | K | HS | D | HY | PD | MF | PA | PT | SC | MA | SI | ES | DY | DO | R | CN |
| Promedio / Media | 72,1 | 78,3 | 72,4 | 78,1 | 78,8 | 74,8 | 78,2 | 75,7 | 76,2 | 80,4 | 79,5 | 75,9 | 75,1 | 70,6 | 78,0 | 72,4 | 70,5 | 74,0 |
| Mediana | 73 | 74,5 | 72 | 77 | 76,5 | 73 | 76 | 74 | 73 | 78 | 74 | 73 | 74 | 70 | 78 | 73 | 70 | 73 |
| Moda | 70 | 70 | 70 | 80 | 76 | 72 | 74 | 71 | 70 | 73 | 71 | 70 | 80 | 70 | ----- | 71 | 70 | 72 |
| Valor mínimo | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 71 | 71 | 70 | 71 | 71 | 70 | 70 | 70 | 77 | 70 | 70 | 71 |
| Valor máximo | 80 | 108 | 77 | 95 | 87 | 87 | 95 | 92 | 100 | 105 | 119 | 93 | 81 | 72 | 79 | 77 | 72 | 81 |
| Número de casos | 26 | 18 | 12 | 24 | 36 | 23 | 17 | 14 | 14 | 15 | 29 | 17 | 11 | 6 | 2 | 19 | 4 | 14 |

ANÁLISIS BIVARIANTE

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS CHI-CUADRADO (χ^2).

Tabla 13: Tabla de contingencia (L)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|--------------|---------------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| L | NO PATOLOGIA | 57 (41,9%) | 79 (58,1%) | 136 (84,0%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 12 (46,2%) | 14 (53,8%) | 26 (16,0%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|--|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson^a | ,161 ^b | 1 | ,689 | | |
| Corrección por continuidad | ,034 | 1 | ,854 | | |
| Razón de verosimilitud | ,160 | 1 | ,689 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,829 | ,424 |
| Asociación lineal por lineal | ,160 | 1 | ,689 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,07.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para L (,00 / 1,00) | ,842 | ,362 | 1,956 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 1,00 | ,908 | ,573 | 1,438 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 2,00 | 1,079 | ,735 | 1,583 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 14: Tabla de contingencia (F)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| F | NO PATOLOGIA | 61 (42,4%) | 83 (57,6%) | 144 (88,9%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 8 (44,5%) | 10 (55,5%) | 18 (11,1%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,028 ^b | 1 | ,866 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,028 | 1 | ,866 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1,000 | ,530 |
| Asociación lineal por lineal | ,028 | 1 | ,867 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,67.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para F (,00 / 1,00) | ,919 | ,342 | 2,464 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,953 | ,550 | 1,653 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,037 | ,671 | 1,605 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 15: Tabla de contingencia (K)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| K | NO PATOLOGIA | 64 (42,7%) | 86 (57,3%) | 150 (92,6%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 5 (41,7%) | 7 (58,3%) | 12 (7,4%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,005 ^b | 1 | ,946 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,005 | 1 | ,946 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1,000 | ,598 |
| Asociación lineal por lineal | ,005 | 1 | ,946 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,11.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para K (,00 / 1,00) | 1,042 | ,316 | 3,433 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | 1,024 | ,511 | 2,051 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | ,983 | ,597 | 1,617 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 16: Tabla de contingencia (HS)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| HS | NO PATOLOGIA | 53 (38,4%) | 85 (61,6%) | 138 (85,2%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 16 (66,7%) | 8 (33,3%) | 24 (14,8%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,678 ^b | 1 | ,010 | | |
| Corrección por continuidad ^a | 5,572 | 1 | ,018 | | |
| Razón de verosimilitud | 6,638 | 1 | ,010 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,013 | ,009 |
| Asociación lineal por lineal | 6,637 | 1 | ,010 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,22.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para HS (,00 / 1,00) | ,312 | ,125 | ,779 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,576 | ,405 | ,820 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,848 | 1,034 | 3,303 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 17: Tabla de contingencia (D)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| D | NO PATOLOGIA | 49 (39,2%) | 76 (60,8%) | 125 (77,2%) |
| | SÍ PATOLOGÍA | 20 (54,0%) | 17 (46,0%) | 37 (22,8%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | GI | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,576 ^b | 1 | ,108 | | |
| Corrección por continuidad ^a | 2,005 | 1 | ,157 | | |
| Razón de verosimilitud | 2,553 | 1 | ,110 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,131 | ,079 |
| Asociación lineal por lineal | 2,560 | 1 | ,110 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,76.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para D (,00 / 1,00) | ,548 | ,262 | 1,148 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 1,00 | ,725 | ,502 | 1,048 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 2,00 | 1,323 | ,908 | 1,929 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 18: Tabla de contingencia (HY)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| HY | NO PATOLOGIA | 57 (41,0%) | 82 (59,0%) | 139 (85,8%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 12 (52,2%) | 11 (47,8%) | 23 (14,2%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,006 ^b | 1 | ,316 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,602 | 1 | ,438 | | |
| Razón de verosimilitud | ,996 | 1 | ,318 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,366 | ,218 |
| Asociación lineal por lineal | 1,000 | 1 | ,317 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,80.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para HY (,00 / 1,00) | ,637 | ,263 | 1,544 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,786 | ,507 | 1,219 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,233 | ,787 | 1,932 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 19: Tabla de contingencia (DP)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| DP | NO PATOLOGIA | 64 (44,2%) | 81 (55,8%) | 145 (89,5%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 5 (29,5%) | 12 (70,5%) | 17 (10,5%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,350 ^b | 1 | ,245 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,814 | 1 | ,367 | | |
| Razón de verosimilitud | 1,399 | 1 | ,237 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,305 | ,184 |
| Asociación lineal por lineal | 1,341 | 1 | ,247 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,24.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para PD (,00 / 1,00) | 1,896 | ,635 | 5,660 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 1,00 | 1,501 | ,703 | 3,205 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 2,00 | ,791 | ,564 | 1,111 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 20: Tabla de contingencia (MF)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| MF | NO PATOLOGIA | 60 (40,5%) | 88 (59,5%) | 148 (91,4%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 9 (64,3%) | 5 (35,7%) | 14 (8,6%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,949 ^b | 1 | ,086 | | |
| Corrección por continuidad ^a | 2,058 | 1 | ,151 | | |
| Razón de verosimilitud | 2,920 | 1 | ,088 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,098 | ,076 |
| Asociación lineal por lineal | 2,931 | 1 | ,087 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,96.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para MF (,00 / 1,00) | ,379 | ,121 | 1,186 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,631 | ,408 | ,976 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,665 | ,814 | 3,404 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 21: Tabla de contingencia (PA)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| PA | NO PATOLOGIA | 65 (44,0%) | 83 (56,0%) | 148 (91,4%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 4 (28,6%) | 10 (71,4%) | 14 (8,6%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,232 ^b | 1 | ,267 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,684 | 1 | ,408 | | |
| Razón de verosimilitud | 1,283 | 1 | ,257 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,398 | ,206 |
| Asociación lineal por lineal | 1,224 | 1 | ,268 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,96.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para PA (,00 / 1,00) | 1,958 | ,587 | 6,527 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | 1,537 | ,658 | 3,589 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | ,785 | ,547 | 1,126 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 22: Tabla de contingencia (PT)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| PT | NO PATOLOGIA | 61 (41,5%) | 86 (58,5%) | 147 (90,7%) |
| | SÍ PATOLOGÍA | 8 (53,3%) | 7 (46,7%) | 15 (9,3%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | GI | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,780 ^b | 1 | ,377 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,371 | 1 | ,542 | | |
| Razón de verosimilitud | ,770 | 1 | ,380 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,420 | ,270 |
| Asociación lineal por lineal | ,775 | 1 | ,379 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

c. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

d. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,39.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para PT (,00 / 1,00) | ,621 | ,214 | 1,802 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,778 | ,467 | 1,297 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,254 | ,718 | 2,190 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 23: Tabla de contingencia (SC)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| SC | NO PATOLOGIA | 51 (38,4%) | 82 (61,6%) | 133 (82,1%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 18 (62,0%) | 11 (38,0%) | 29 (17,9%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 5,480 ^b | 1 | ,019 | | |
| Corrección por continuidad ^a | 4,553 | 1 | ,033 | | |
| Razón de verosimilitud | 5,430 | 1 | ,020 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,023 | ,017 |
| Asociación lineal por lineal | 5,446 | 1 | ,020 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,35.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para SC (,00 / 1,00) | ,380 | ,166 | ,869 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,618 | ,432 | ,883 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,625 | 1,001 | 2,639 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 24: Tabla de contingencia (MA)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| MA | NO PATOLOGIA | 62 (42,7%) | 83 (57,3%) | 145 (89,5%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 7 (41,2%) | 10 (58,8%) | 17 (10,5%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,016 ^b | 1 | ,901 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,016 | 1 | ,901 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1,000 | ,557 |
| Asociación lineal por lineal | ,015 | 1 | ,901 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,24.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para MA (,00 / 1,00) | 1,067 | ,385 | 2,960 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | 1,038 | ,571 | 1,889 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | ,973 | ,638 | 1,484 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 25: Tabla de contingencia (SI)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| SI | NO PATOLOGIA | 63 (41,7%) | 88 (58,3%) | 151 (93,2%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 6 (54,5%) | 5 (45,5%) | 11 (6,8%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,690 ^b | 1 | ,406 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,265 | 1 | ,607 | | |
| Razón de verosimilitud | ,681 | 1 | ,409 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,531 | ,301 |
| Asociación lineal por lineal | ,685 | 1 | ,408 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,69.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para SI (.00 / 1,00) | ,597 | ,174 | 2,041 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 1,00 | ,765 | ,432 | 1,355 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 2,00 | 1,282 | ,662 | 2,484 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 26: Tabla de contingencia (ES)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| ES | NO PATOLOGIA | 66 (42,3%) | 90 (57,7%) | 156 (96,3%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 3 (50,0%) | 3 (50,0%) | 6 (3,7%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,140 ^b | 1 | ,708 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,138 | 1 | ,710 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,700 | ,510 |
| Asociación lineal por lineal | ,139 | 1 | ,709 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,56.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para ES (,00 / 1,00) | ,733 | ,143 | 3,749 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,846 | ,372 | 1,923 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,154 | ,513 | 2,597 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 27: Tabla de contingencia (DY)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| DY | NO PATOLOGIA | 67 (41,9%) | 93 (58,1%) | 160 (98,8%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 2 (100%) | 0 (0,0%) | 2 (1,2%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,729 ^b | 1 | ,099 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,870 | 1 | ,351 | | |
| Razón de verosimilitud | 3,448 | 1 | ,063 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,180 | ,180 |
| Asociación lineal por lineal | 2,713 | 1 | ,100 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,85.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,419 | ,349 | ,503 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 28: Tabla de contingencia (DO)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| DO | NO PATOLOGIA | 63 (44,0%) | 80 (56,0%) | 143 (88,3%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 6 (31,6%) | 13 (68,4%) | 19 (11,7%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|------------------------------|-------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,068 | 1 | ,301 | | |
| Corrección por continuidad | ,618 | 1 | ,432 | | |
| Razón de verosimilitud | 1,098 | 1 | ,295 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,335 | ,217 |
| Asociación lineal por lineal | 1,061 | 1 | ,303 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,09.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para DO (,00 / 1,00) | 1,706 | ,614 | 4,742 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | 1,395 | ,702 | 2,774 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | ,818 | ,583 | 1,147 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 29: Tabla de contingencia (R)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| R | NO PATOLOGIA | 69 (43,7%) | 89 (56,3%) | 158 (97,5%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 0 (0,0%) | 4 (100%) | 4 (2,5%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 3,043 ^b | 1 | ,081 | | |
| Corrección por continuidad ^a | 1,519 | 1 | ,218 | | |
| Razón de verosimilitud | 4,515 | 1 | ,034 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,137 | ,106 |
| Asociación lineal por lineal | 3,024 | 1 | ,082 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,70.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|---|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓ = 2,00 | ,563 | ,491 | ,646 |
| N de casos válidos | 162 | | |

Tabla 30: Tabla de contingencia (CN)

| | | COBRA PRESTACIÓ | | TOTAL |
|-------|--------------|-----------------|---------------|----------------|
| | | COBRA | NO COBRA | |
| CN | NO PATOLOGIA | 63 (42,6%) | 85 (57,4%) | 148 (91,4%) |
| | SÍ PATOLOGIA | 6 (42,9%) | 8 (57,1%) | 14 (8,6%) |
| TOTAL | RECuento | 69 | 93 | 162 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. Asintótica (bilateral) | Sig. Exacta (bilateral) | Sig. Exacta (unilateral) |
|---|-------------------|----|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,000 ^b | 1 | ,983 | | |
| Corrección por continuidad ^a | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Razón de verosimilitud | ,000 | 1 | ,983 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | 1,000 | ,598 |
| Asociación lineal por lineal | ,000 | 1 | ,983 | | |
| N de casos válidos | 162 | | | | |

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,96.

Estimación de Riesgo

| | Valor | Intervalo de confianza al 95% | |
|--|-------|-------------------------------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Razón de las ventajas para CN (,00 / 1,00) | ,988 | ,326 | 2,991 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 1,00 | ,993 | ,527 | 1,871 |
| Para la cohorte COBRA PRESTACIÓN = 2,00 | 1,005 | ,625 | 1,615 |
| N de casos válidos | 162 | | |

TABLA RESUMEN DE ANÁLISIS BIVARIANTE
ANÁLISIS DE FRECUENCIAS CHI-CUADRADO (X²).

Tabla 31.

| | GRUPO CONTROL (93 sujetos) – No Cobra Prestación Económica | | | | GRUPO EXPERIMENTAL (69 sujetos) – Cobra Prestación Económica | | | | X ² | p |
|----|--|-------|-----------------------------|-------|--|-------|-----------------------------|-------|----------------|------------|
| | Presencia Psicopatología | | No Presencia Psicopatología | | Presencia Psicopatología | | No presencia Psicopatología | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| L | 14 | 53,8% | 79 | 58,1% | 12 | 46,2% | 57 | 41,9% | ,161 | ,689 |
| F | 10 | 55,5% | 83 | 57,6% | 8 | 44,5% | 61 | 42,4% | ,028 | ,866 |
| K | 7 | 58,3% | 86 | 57,3% | 5 | 41,7 | 64 | 42,7% | ,005 | ,946 |
| HS | 8 | 33,3% | 85 | 61,6% | 16 | 66,7% | 53 | 38,4% | 6,678 | ,010 (*) |
| D | 17 | 46,0% | 76 | 60,8% | 20 | 54,0% | 49 | 39,2% | 2,576 | ,108 |
| HY | 11 | 47,8% | 82 | 59,0% | 12 | 52,2% | 57 | 41,0% | 1,006 | ,316 |
| PD | 12 | 70,5% | 81 | 55,8% | 5 | 29,5% | 64 | 44,2% | 1,350 | ,245 |
| MF | 5 | 35,7% | 88 | 59,5% | 9 | 64,3% | 60 | 40,5% | 2,949 | ,086 |
| PA | 10 | 71,4% | 83 | 56,0% | 4 | 28,6% | 65 | 44,0% | 1,232 | ,267 |
| PT | 7 | 46,7% | 86 | 58,5% | 8 | 53,3% | 61 | 41,5% | ,780 | ,377 |
| SC | 11 | 38,0% | 82 | 61,6% | 18 | 62,0% | 51 | 38,4% | 5,480 | ,019 (*) |
| MA | 10 | 58,8% | 83 | 56,0% | 7 | 41,2% | 62 | 42,7% | ,016 | ,901 |
| SI | 5 | 45,5% | 88 | 58,3% | 6 | 54,5% | 63 | 41,7% | ,265 | ,607 (**) |
| ES | 3 | 50,0% | 90 | 57,7% | 3 | 50,0% | 66 | 42,3% | ,000 | 1,000 (**) |
| DY | 0 | 00,0% | 93 | 58,1% | 2 | 100% | 67 | 41,9% | ,870 | ,351 (**) |
| DO | 13 | 68,4% | 80 | 56,0% | 6 | 31,6% | 63 | 44,0% | 1,068 | ,301 |
| R | 4 | 100% | 89 | 56,3% | 0 | 0,00% | 69 | 43,7% | 1,519 | ,218 (**) |
| CN | 8 | 57,1% | 85 | 57,4% | 6 | 42,9% | 63 | 42,6% | ,000 | ,983 |

(*) Valores significativos de Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0.05$).

(**) Si la frecuencia esperada de alguna celda es inferior a 5 se utiliza los valores de la Corrección por Continuidad.

Tabla 32.

| | Presencia de Psicopatología | | No presencia de Psicopatología | | Total |
|-----------|-----------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------|
| | N | % | N | % | |
| L | 26 | 16,0% | 136 | 84,0% | 162 |
| F | 18 | 11,1% | 144 | 88,9% | 162 |
| K | 12 | 7,4% | 150 | 92,6% | 162 |
| HS | 24 | 14,8% | 138 | 85,2% | 162 |
| D | 37 | 22,8% | 125 | 77,2% | 162 |
| HY | 23 | 14,2% | 139 | 85,8% | 162 |
| PD | 17 | 10,5% | 145 | 89,5% | 162 |
| MF | 14 | 8,6% | 148 | 91,4% | 162 |
| PA | 14 | 8,6% | 148 | 91,4% | 162 |
| PT | 15 | 9,3% | 147 | 90,7% | 162 |
| SC | 29 | 17,9% | 133 | 82,1% | 162 |
| MA | 17 | 10,5% | 145 | 89,5% | 162 |
| SI | 11 | 6,8% | 151 | 93,2% | 162 |
| ES | 6 | 3,7% | 156 | 96,3% | 162 |
| DY | 2 | 1,2% | 160 | 98,8% | 162 |
| DO | 19 | 11,7% | 143 | 88,3% | 162 |
| R | 4 | 2,5% | 158 | 97,5% | 162 |
| CN | 14 | 8,6% | 148 | 91,4% | 162 |

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: Modelo de Regresión Logística.

Tabla 33 : ESCALA L.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | L | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | L | ,00 | 136 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 26 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 84,0 |

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -1,655 | ,214 | 59,753 | 1 | ,000 | ,191 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,161 | 1 | ,689 |
| | | Prestación (1) | ,573 | 1 | ,449 |
| | | Sexo (1) | 7,409 | 1 | ,006 |
| | | Edad | 4,645 | 3 | ,200 |
| | | Estado Civil | 1,478 | 1 | ,224 |
| | | Estado Civil (1) | 2,197 | 1 | ,138 |
| | | Estado Civil (2) | ,387 | 1 | ,534 |
| | | Estado Civil (3) | 12,223 | 7 | ,093 |
| | | Nivel Académico | 4,117 | 1 | ,042 |
| | | Nivel Académico (1) | 2,534 | 1 | ,111 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,068 | 1 | ,150 |
| | | Nivel Académico (3) | ,789 | 1 | ,374 |
| | | Nivel Académico (4) | 2,406 | 1 | ,121 |
| | | Nivel Académico (5) | ,079 | 1 | ,779 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,457 | 1 | ,227 |
| | | Nivel Académico (7) | 1,801 | 1 | ,180 |
| | | Paro de larga duración (1) | 20,027 | 14 | ,129 |
| Estadísticos globales | | | | | |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 7,273 | 1 | ,007 |
| | Bloque | 7,273 | 1 | ,007 |
| | Modelo | 7,273 | 1 | ,007 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 135,445 | ,044 | ,075 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | L | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | L | ,00 | 136 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 26 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 84,0 |

a. El valor de corte es ,500

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | EDAD | ,051 | ,019 | 6,981 | 1 | ,008 | 1,053 |
| | Constante | -3,448 | ,752 | 21,005 | 1 | ,000 | ,032 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: EDAD.

VARIABLES QUE NO ESTÁN EN LA ECUACIÓN

| | | | Puntuación | gl | Sig. | | |
|--------|-----------|----------------------------|------------|----|--------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | | | | | |
| | | Prestación (1) | ,263 | 1 | ,608 | | |
| | | Sexo (1) | 1,206 | 1 | ,272 | | |
| | | Estado Civil | 2,126 | 3 | ,547 | | |
| | | Estado Civil (1) | ,096 | 1 | ,756 | | |
| | | Estado Civil (2) | 1,201 | 1 | ,273 | | |
| | | Estado Civil (3) | ,946 | 1 | ,331 | | |
| | | Nivel Académico | 8,386 | 7 | ,300 | | |
| | | Nivel Académico (1) | ,987 | 1 | ,320 | | |
| | | Nivel Académico (2) | 1,791 | 1 | ,181 | | |
| | | Nivel Académico (3) | ,871 | 1 | ,351 | | |
| | | Nivel Académico (4) | 1,665 | 1 | ,197 | | |
| | | Nivel Académico (5) | 1,206 | 1 | ,272 | | |
| | | Nivel Académico (6) | ,147 | 1 | ,702 | | |
| | | Nivel Académico (7) | 1,245 | 1 | ,264 | | |
| | | Paro de larga duración (1) | ,195 | 1 | ,659 | | |
| | | Estadísticos globales | | | 11,866 | 13 | ,539 |

Tabla 34 : ESCALA F.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | F | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | F | ,00 | 144 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 18 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 88,9 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,079 | ,250 | 69,185 | 1 | ,000 | ,125 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,028 | 1 | ,866 |
| | | Prestación (1) | ,281 | 1 | ,596 |
| | | Sexo (1) | ,011 | 1 | ,917 |
| | | Edad | 3,003 | 3 | ,391 |
| | | Estado Civil | 2,420 | 1 | ,120 |
| | | Estado Civil (1) | ,413 | 1 | ,521 |
| | | Estado Civil (2) | ,253 | 1 | ,615 |
| | | Estado Civil (3) | 11,075 | 7 | ,135 |
| | | Nivel Académico | 6,087 | 1 | ,014 |
| | | Nivel Académico (1) | ,036 | 1 | ,849 |
| | | Nivel Académico (2) | ,029 | 1 | ,866 |
| | | Nivel Académico (3) | 2,374 | 1 | ,123 |
| | | Nivel Académico (4) | ,184 | 1 | ,668 |
| | | Nivel Académico (5) | 1,052 | 1 | ,305 |
| | | Nivel Académico (6) | 2,374 | 1 | ,123 |
| | | Nivel Académico (7) | 1,944 | 1 | ,163 |
| | | Paro de larga duración (1) | 22,168 | 14 | ,075 |
| | Estadísticos globales | | | | |

Tabla 35 : ESCALA K.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | K | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | K | ,00 | 150 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 12 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 92,6 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,526 | ,300 | 70,882 | 1 | ,000 | ,080 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|-------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,004 | 1 | ,947 |
| | | Prestación (1) | ,000 | 1 | 1,000 |
| | | Sexo (1) | ,005 | 1 | ,942 |
| | | Edad | ,745 | 3 | ,863 |
| | | Estado Civil | ,308 | 1 | ,579 |
| | | Estado Civil (1) | ,413 | 1 | ,521 |
| | | Estado Civil (2) | ,162 | 1 | ,687 |
| | | Estado Civil (3) | 9,454 | 7 | ,222 |
| | | Nivel Académico | ,366 | 1 | ,545 |
| | | Nivel Académico (1) | 7,085 | 1 | ,008 |
| | | Nivel Académico (2) | 1,826 | 1 | ,177 |
| | | Nivel Académico (3) | ,526 | 1 | ,469 |
| | | Nivel Académico (4) | ,891 | 1 | ,345 |
| | | Nivel Académico (5) | ,673 | 1 | ,412 |
| | | Nivel Académico (6) | ,064 | 1 | ,800 |
| | | Nivel Académico (7) | ,795 | 1 | ,373 |
| | | Paro de larga duración (1) | | | |
| | Estadísticos globales | | 14,039 | 14 | ,447 |

Tabla 36 : ESCALA HS.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | HS | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | HS | ,00 | 138 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 24 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 85,2 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -1,749 | ,221 | 62,554 | 1 | ,000 | ,174 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 6,678 | 1 | ,010 |
| | | Prestación (1) | 1,981 | 1 | ,159 |
| | | Sexo (1) | 2,642 | 1 | ,104 |
| | | Edad | ,734 | 3 | ,865 |
| | | Estado Civil | ,258 | 1 | ,612 |
| | | Estado Civil (1) | ,110 | 1 | ,740 |
| | | Estado Civil (2) | ,352 | 1 | ,553 |
| | | Estado Civil (3) | 16,748 | 7 | ,019 |
| | | Nivel Académico | 8,469 | 1 | ,004 |
| | | Nivel Académico (1) | ,805 | 1 | ,370 |
| | | Nivel Académico (2) | 3,968 | 1 | ,046 |
| | | Nivel Académico (3) | ,121 | 1 | ,728 |
| | | Nivel Académico (4) | ,100 | 1 | ,752 |
| | | Nivel Académico (5) | 1,464 | 1 | ,226 |
| | | Nivel Académico (6) | 3,303 | 1 | ,069 |
| | | Nivel Académico (7) | ,212 | 1 | ,645 |
| | | Paro de larga duración (1) | | | |
| Estadísticos globales | | | 27,934 | 14 | ,015 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 6,638 | 1 | ,010 |
| | Bloque | 6,638 | 1 | ,010 |
| | Modelo | 6,638 | 1 | ,010 |
| Paso 2 | Paso | 20,497 | 7 | ,005 |
| | Bloque | 27,135 | 8 | ,001 |
| | Modelo | 27,135 | 8 | ,001 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 129,275 | ,040 | ,071 |
| 2 | 108,778 | ,154 | ,272 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | HS | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | HS | ,00 | 138 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 24 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 85,2 |
| Paso 2 | HS | ,00 | 138 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 24 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 85,2 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|----------------------|--------|--------|--------|----|-------|-----------|
| Paso 1 ^a | Cobra Prestación (1) | -1,165 | ,467 | 6,227 | 1 | ,013 | ,312 |
| | Constante | -1,198 | ,285 | 17,630 | 1 | ,000 | ,302 |
| Paso 2 ^b | Cobra Prestación (1) | -1,039 | ,490 | 4,488 | 1 | ,034 | ,354 |
| | Nivel Académico | | | 2,783 | 7 | ,904 | |
| | Nivel Académico (1) | 9,698 | 72,308 | ,018 | 1 | ,893 | 16286,374 |
| | Nivel Académico (2) | 8,886 | 72,308 | ,015 | 1 | ,902 | 7231,736 |
| | Nivel Académico (3) | ,305 | 80,824 | ,000 | 1 | ,997 | 1,357 |
| | Nivel Académico (4) | 8,858 | 72,310 | ,015 | 1 | ,903 | 7028,647 |
| | Nivel Académico (5) | 8,763 | 72,309 | ,015 | 1 | ,904 | 6391,569 |
| | Nivel Académico (6) | -,023 | 92,195 | ,000 | 1 | 1,000 | ,978 |
| | Nivel Académico (7) | ,455 | 82,310 | ,000 | 1 | ,996 | 1,576 |
| | Constante | -9,872 | 72,307 | ,019 | 1 | ,891 | ,000 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Cobra Prestación.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2 : Nivel Académico.

Modelo si se elimina el término^a

a. La eliminación de la variable menos significativa dará como resultado un modelo que duplica un modelo anterior.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | GI | Sig. | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|--------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Sexo (1) | ,764 | 1 | ,382 | | |
| | | Edad | ,648 | 1 | ,421 | | |
| | | Estado Civil | 2,431 | 3 | ,488 | | |
| | | Estado Civil (1) | 1,710 | 1 | ,191 | | |
| | | Estado Civil (2) | ,026 | 1 | ,871 | | |
| | | Estado Civil (3) | ,399 | 1 | ,528 | | |
| | | Nivel Académico | 15,102 | 7 | ,035 | | |
| | | Nivel Académico (1) | 7,216 | 1 | ,007 | | |
| | | Nivel Académico (2) | ,561 | 1 | ,454 | | |
| | | Nivel Académico (3) | 3,526 | 1 | ,060 | | |
| | | Nivel Académico (4) | ,146 | 1 | ,702 | | |
| | | Nivel Académico (5) | ,092 | 1 | ,762 | | |
| | | Nivel Académico (6) | 1,906 | 1 | ,167 | | |
| | | Nivel Académico (7) | 2,496 | 1 | ,114 | | |
| | | Paro de larga duración (1) | ,502 | 1 | ,479 | | |
| | | | Estadísticos globales | | 19,786 | 13 | ,101 |
| | | Paso 2 | Variables | Sexo (1) | ,246 | 1 | ,620 |
| | | | | Edad | ,000 | 1 | ,993 |
| | | | | Estado Civil | 3,244 | 3 | ,356 |
| | | | | Estado Civil (1) | 2,456 | 1 | ,117 |
| Estado Civil (2) | ,054 | | | 1 | ,816 | | |
| Estado Civil (3) | ,136 | | | 1 | ,713 | | |
| Paro de larga duración (1) | ,003 | | | 7 | ,954 | | |
| | Estadísticos globales | | | | 5,114 | 13 | ,529 |

Tabla 37 : ESCALA D.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | D | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | D | ,00 | 125 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 37 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 77,2 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -1,217 | ,187 | 42,311 | 1 | ,000 | ,296 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 2,576 | 1 | ,108 |
| | | Prestación (1) | 9,265 | 1 | ,002 |
| | | Sexo (1) | 12,297 | 1 | ,000 |
| | | Edad | ,905 | 3 | ,824 |
| | | Estado Civil | ,074 | 1 | ,785 |
| | | Estado Civil (1) | ,024 | 1 | ,878 |
| | | Estado Civil (2) | ,848 | 1 | ,357 |
| | | Estado Civil (3) | 22,088 | 7 | ,002 |
| | | Nivel Académico | 17,256 | 1 | ,000 |
| | | Nivel Académico (1) | ,463 | 1 | ,496 |
| | | Nivel Académico (2) | ,796 | 1 | ,372 |
| | | Nivel Académico (3) | 3,099 | 1 | ,078 |
| | | Nivel Académico (4) | ,005 | 1 | ,943 |
| | | Nivel Académico (5) | 2,491 | 1 | ,114 |
| | | Nivel Académico (6) | ,291 | 1 | ,590 |
| | | Nivel Académico (7) | 5,251 | 1 | ,022 |
| | | Paro de larga duración (1) | 41,260 | 14 | ,000 |
| | Estadísticos globales | | | | |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 12,218 | 1 | ,000 |
| | Bloque | 12,218 | 1 | ,000 |
| | Modelo | 12,218 | 1 | ,000 |
| Paso 2 | Paso | 7,340 | 1 | ,007 |
| | Bloque | 19,558 | 2 | ,000 |
| | Modelo | 19,558 | 2 | ,000 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 161,877 | ,073 | ,110 |
| 2 | 154,537 | ,114 | ,173 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | D | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | D | ,00 | 125 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 36 | 1 | 2,7 |
| Porcentaje global | | | | | 77,8 |
| Paso 2 | D | ,00 | 119 | 6 | 95,2 |
| | | 1,00 | 29 | 8 | 21,6 |
| Porcentaje global | | | | | 78,4 |

a. El valor de corte es ,500

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Edad | ,059 | ,017 | 11,414 | 1 | ,001 | 1,061 |
| | Constante | -3,269 | ,668 | 23,970 | 1 | ,000 | ,038 |
| Paso 2 ^b | Sexo (1) | -1,089 | ,403 | 7,317 | 1 | ,007 | ,337 |
| | Edad | ,056 | ,018 | 9,985 | 1 | ,002 | 1,058 |
| | Constante | -2,507 | ,706 | 12,601 | 1 | ,000 | ,081 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Edad.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Sexo.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | GI | Sig. | | |
|----------------------------|-----------|----------------------------|------------|----------------|-------|---|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | ,257 | 1 | ,613 | | |
| | | Prestación (1) | 7,635 | 1 | ,006 | | |
| | | Sexo (1) | 10,970 | 3 | ,012 | | |
| | | Estado Civil | 7,469 | 1 | ,006 | | |
| | | Estado Civil (1) | ,268 | 1 | ,605 | | |
| | | Estado Civil (2) | ,028 | 1 | ,866 | | |
| | | Estado Civil (3) | 13,149 | 7 | ,069 | | |
| | | Nivel Académico | 8,267 | 1 | ,004 | | |
| | | Nivel Académico (1) | 1,101 | 1 | ,294 | | |
| | | Nivel Académico (2) | ,000 | 1 | ,985 | | |
| | | Nivel Académico (3) | 2,283 | 1 | ,131 | | |
| | | Nivel Académico (4) | ,870 | 1 | ,351 | | |
| | | Nivel Académico (5) | 3,005 | 1 | ,083 | | |
| | | Nivel Académico (6) | ,133 | 1 | ,715 | | |
| | | Nivel Académico (7) | 1,443 | 1 | ,230 | | |
| | | Paro de larga duración (1) | 27,680 | 13 | ,010 | | |
| | | Estadísticos globales | | | | | |
| | | Paso 2 | Variables | Cobra | ,006 | 1 | ,937 |
| | | | | Prestación (1) | 7,580 | 3 | ,956 |
| | | | | Estado Civil | 4,977 | 1 | ,026 |
| Estado Civil (1) | ,418 | | | 1 | ,518 | | |
| Estado Civil (2) | ,276 | | | 1 | ,597 | | |
| Estado Civil (3) | 11,780 | | | 7 | ,108 | | |
| Nivel Académico | 6,118 | | | 1 | ,013 | | |
| Nivel Académico (1) | ,602 | | | 1 | ,438 | | |
| Nivel Académico (2) | ,029 | | | 1 | ,866 | | |
| Nivel Académico (3) | 2,437 | | | 1 | ,119 | | |
| Nivel Académico (4) | ,856 | | | 1 | ,355 | | |
| Nivel Académico (5) | 3,173 | | | 1 | ,075 | | |
| Nivel Académico (6) | ,472 | | | 1 | ,492 | | |
| Nivel Académico (7) | 2,910 | | | 1 | ,088 | | |
| Paro de larga duración (1) | 20,280 | | | 12 | ,062 | | |
| Estadísticos globales | | | | | | | |

Tabla 38 : ESCALA HY.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | HY | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | HY | ,00 | 139 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 23 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 85,8 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -1,799 | ,225 | 63,868 | 1 | ,000 | ,165 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------------------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 1,006 | 1 | ,316 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | ,025 | 1 | ,874 |
| | | Edad | 1,145 | 1 | ,285 |
| | | Estado Civil | 1,358 | 3 | ,715 |
| | | Estado Civil (1) | ,374 | 1 | ,541 |
| | | Estado Civil (2) | ,854 | 1 | ,356 |
| | | Estado Civil (3) | ,335 | 1 | ,563 |
| | | Nivel Académico | 15,496 | 7 | ,030 |
| | | Nivel Académico (1) | 5,802 | 1 | ,016 |
| | | Nivel Académico (2) | ,245 | 1 | ,621 |
| | | Nivel Académico (3) | 3,775 | 1 | ,052 |
| | | Nivel Académico (4) | 1,078 | 1 | ,299 |
| | | Nivel Académico (5) | 4,699 | 1 | ,030 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,393 | 1 | ,238 |
| | | Nivel Académico (7) | ,092 | 1 | ,761 |
| | | Paro de larga duración (1) | 1,270 | 1 | ,260 |
| | Estadísticos globales | | 19,929 | 14 | ,132 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 18,717 | 1 | ,009 |
| | Bloque | 18,717 | 1 | ,009 |
| | Modelo | 18,717 | 1 | ,009 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 113,648 | ,109 | ,195 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | HY | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | HY | ,00 | 139 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 23 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 85,8 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|---------------------|---------|--------|-------|----|-------|-----------|
| Paso 1 ^a | Nivel Académico | 9,376 | 73,461 | 6,614 | 7 | ,470 | 11803,573 |
| | Nivel Académico (1) | | | ,016 | 1 | ,898 | |
| | Nivel Académico (2) | 8,201 | 73,461 | ,012 | 1 | ,911 | 3645,891 |
| | Nivel Académico (3) | ,000 | 82,130 | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| | Nivel Académico (4) | 7,430 | 73,467 | ,010 | 1 | ,919 | 1686,225 |
| | Nivel Académico (5) | 9,191 | 73,467 | ,016 | 1 | ,900 | 9810,762 |
| | Nivel Académico (6) | ,000 | 93,643 | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| | Nivel Académico (7) | 8,188 | 73,463 | ,012 | 1 | ,911 | 3597,279 |
| | Constante | -10,203 | 73,460 | ,019 | 1 | ,890 | ,000 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Nivel Académico.

Modelo si se elimina el término^a

a. La eliminación de la variable menos significativa dará como resultado un modelo que duplica un modelo anterior.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------------------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | ,711 | 1 | ,399 |
| | | Prestación (1) | ,262 | 1 | ,609 |
| | | Sexo (1) | ,259 | 1 | ,610 |
| | | Edad | 1,434 | 3 | ,698 |
| | | Estado Civil | ,372 | 1 | ,542 |
| | | Estado Civil (1) | 1,171 | 1 | ,279 |
| | | Estado Civil (2) | ,138 | 1 | ,710 |
| | | Estado Civil (3) | 1,994 | 1 | ,158 |
| | | Paro de larga duración (1) | 4,572 | 7 | ,712 |
| | Estadísticos globales | | | | |

Tabla 39 : ESCALA PD.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | PD | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | PD | ,00 | 145 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 17 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 89,5 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,144 | ,256 | 69,913 | 1 | ,000 | ,117 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 1,349 | 1 | ,245 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | ,526 | 1 | ,468 |
| | | Edad | 2,736 | 1 | ,098 |
| | | Estado Civil | 7,732 | 3 | ,052 |
| | | Estado Civil (1) | 5,575 | 1 | ,018 |
| | | Estado Civil (2) | ,605 | 1 | ,437 |
| | | Estado Civil (3) | ,237 | 1 | ,626 |
| | | Nivel Académico | 12,322 | 7 | ,090 |
| | | Nivel Académico (1) | ,186 | 1 | ,667 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,300 | 1 | ,129 |
| | | Nivel Académico (3) | 5,112 | 1 | ,024 |
| | | Nivel Académico (4) | 2,227 | 1 | ,136 |
| | | Nivel Académico (5) | ,574 | 1 | ,449 |
| | | Nivel Académico (6) | ,987 | 1 | ,321 |
| | | Nivel Académico (7) | 2,227 | 1 | ,136 |
| | | Paro de larga duración (1) | 2,771 | 1 | ,096 |
| | Estadísticos globales | | 26,211 | 14 | ,024 |

Tabla 40 : ESCALA MF.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | MF | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | MF | ,00 | 148 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 14 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 91,4 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,358 | ,280 | 71,124 | 1 | ,000 | ,095 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 2,950 | 1 | ,086 |
| | | Prestación (1) | 18,922 | 1 | ,000 |
| | | Sexo (1) | 2,955 | 1 | ,086 |
| | | Edad | ,746 | 3 | ,862 |
| | | Estado Civil | ,002 | 1 | ,961 |
| | | Estado Civil (1) | ,488 | 1 | ,485 |
| | | Estado Civil (2) | ,192 | 1 | ,662 |
| | | Estado Civil (3) | 6,625 | 7 | ,469 |
| | | Nivel Académico | ,658 | 1 | ,417 |
| | | Nivel Académico (1) | ,161 | 1 | ,688 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,158 | 1 | ,142 |
| | | Nivel Académico (3) | ,235 | 1 | ,628 |
| | | Nivel Académico (4) | 3,003 | 1 | ,083 |
| | | Nivel Académico (5) | ,796 | 1 | ,372 |
| | | Nivel Académico (6) | ,183 | 1 | ,669 |
| | | Nivel Académico (7) | ,812 | 1 | ,368 |
| | | Paro de larga duración (1) | 31,646 | 14 | ,004 |
| Estadísticos globales | | | | | |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 18,186 | 1 | ,000 |
| | Bloque | 18,186 | 1 | ,000 |
| | Modelo | 18,186 | 1 | ,000 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 77,127 | ,106 | ,239 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | MF | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | MF | ,00 | 148 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 14 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 91,4 |

a. El valor de corte es ,500

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Sexo (1) | -2,718 | ,785 | 11,977 | 1 | ,001 | ,066 |
| | Constante | -1,253 | ,327 | 14,648 | 1 | ,000 | ,286 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Sexo.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | | | |
| | | Prestación (1) | ,726 | 1 | ,394 |
| | | Edad | 1,708 | 1 | ,191 |
| | | Estado Civil | ,905 | 3 | ,824 |
| | | Estado Civil (1) | ,365 | 1 | ,546 |
| | | Estado Civil (2) | ,648 | 1 | ,421 |
| | | Estado Civil (3) | ,038 | 1 | ,845 |
| | | Nivel Académico | 6,998 | 7 | ,429 |
| | | Nivel Académico (1) | ,003 | 1 | ,957 |
| | | Nivel Académico (2) | ,025 | 1 | ,875 |
| | | Nivel Académico (3) | 1,582 | 1 | ,208 |
| | | Nivel Académico (4) | ,454 | 1 | ,500 |
| | | Nivel Académico (5) | 4,251 | 1 | ,039 |
| | | Nivel Académico (6) | ,708 | 1 | ,400 |
| | | Nivel Académico (7) | ,672 | 1 | ,412 |
| | | Paro de larga duración (1) | 2,042 | 1 | ,153 |
| | | Estadísticos globales | 13,897 | 13 | ,381 |

Tabla 41 : ESCALA PA.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | PA | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | PA | ,00 | 148 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 14 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 91,4 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,358 | ,280 | 71,124 | 1 | ,000 | ,095 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 1,232 | 1 | ,267 |
| | | Prestación (1) | ,039 | 1 | ,843 |
| | | Sexo (1) | ,141 | 1 | ,708 |
| | | Edad | 2,592 | 3 | ,459 |
| | | Estado Civil | 1,362 | 1 | ,243 |
| | | Estado Civil (1) | ,488 | 1 | ,485 |
| | | Estado Civil (2) | ,192 | 1 | ,665 |
| | | Estado Civil (3) | 5,992 | 7 | ,541 |
| | | Nivel Académico | 2,599 | 1 | ,107 |
| | | Nivel Académico (1) | ,764 | 1 | ,382 |
| | | Nivel Académico (2) | ,053 | 1 | ,817 |
| | | Nivel Académico (3) | ,183 | 1 | ,669 |
| | | Nivel Académico (4) | ,182 | 1 | ,670 |
| | | Nivel Académico (5) | ,796 | 1 | ,372 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,797 | 1 | ,180 |
| | | Nivel Académico (7) | 2,138 | 1 | ,144 |
| | | Paro de larga duración (1) | 15,972 | 14 | ,315 |
| Estadísticos globales | | | | | |

Tabla 42 : ESCALA PT.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | PT | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | PT | ,00 | 147 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 15 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 90,7 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,282 | ,271 | 70,904 | 1 | ,000 | ,102 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,780 | 1 | ,377 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 5,290 | 1 | ,021 |
| | | Edad | ,431 | 1 | ,511 |
| | | Estado Civil | 3,402 | 3 | ,334 |
| | | Estado Civil (1) | 1,976 | 1 | ,160 |
| | | Estado Civil (2) | ,526 | 1 | ,468 |
| | | Estado Civil (3) | ,207 | 1 | ,649 |
| | | Nivel Académico | 13,575 | 7 | ,059 |
| | | Nivel Académico (1) | 9,034 | 1 | ,003 |
| | | Nivel Académico (2) | ,005 | 1 | ,945 |
| | | Nivel Académico (3) | ,493 | 1 | ,483 |
| | | Nivel Académico (4) | 1,938 | 1 | ,164 |
| | | Nivel Académico (5) | ,727 | 1 | ,394 |
| | | Nivel Académico (6) | ,859 | 1 | ,354 |
| | | Nivel Académico (7) | 1,938 | 1 | ,164 |
| | | Paro de larga duración (1) | 1,366 | 1 | ,242 |
| Estadísticos globales | | | 25,635 | 14 | ,029 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 4,947 | 1 | ,026 |
| | Bloque | 4,947 | 1 | ,026 |
| | Modelo | 4,947 | 1 | ,026 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 95,005 | ,030 | ,065 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | PT | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | PT | ,00 | 147 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 15 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 90,7 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Sexo (1) | -1,224 | ,557 | 4,834 | 1 | ,028 | ,294 |
| | Constante | -1,609 | ,365 | 19,427 | 1 | ,000 | ,200 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Sexo.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | | | |
| | | Prestación (1) | ,167 | 1 | ,683 |
| | | Edad | ,195 | 1 | ,659 |
| | | Estado Civil | 2,447 | 3 | ,485 |
| | | Estado Civil (1) | 1,246 | 1 | ,264 |
| | | Estado Civil (2) | ,594 | 1 | ,441 |
| | | Estado Civil (3) | ,120 | 1 | ,729 |
| | | Nivel Académico | 10,771 | 7 | ,149 |
| | | Nivel Académico (1) | 5,817 | 1 | ,016 |
| | | Nivel Académico (2) | ,046 | 1 | ,831 |
| | | Nivel Académico (3) | ,251 | 1 | ,616 |
| | | Nivel Académico (4) | 1,891 | 1 | ,169 |
| | | Nivel Académico (5) | ,921 | 1 | ,337 |
| | | Nivel Académico (6) | ,787 | 1 | ,375 |
| | | Nivel Académico (7) | 2,437 | 1 | ,119 |
| | | Paro de larga duración (1) | 2,042 | 1 | ,153 |
| | | Estadísticos globales | 18,270 | 13 | ,148 |

Tabla 43 : ESCALA SC.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | SC | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | SC | ,00 | 133 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 29 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 82,1 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -1,523 | ,205 | 55,226 | 1 | ,000 | ,218 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 5,482 | 1 | ,019 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 3,551 | 1 | ,060 |
| | | Edad | ,368 | 1 | ,544 |
| | | Estado Civil | 4,676 | 3 | ,197 |
| | | Estado Civil (1) | 3,680 | 1 | ,055 |
| | | Estado Civil (2) | ,015 | 1 | ,901 |
| | | Estado Civil (3) | 1,419 | 1 | ,233 |
| | | Nivel Académico | 14,750 | 7 | ,039 |
| | | Nivel Académico (1) | 8,219 | 1 | ,004 |
| | | Nivel Académico (2) | ,480 | 1 | ,489 |
| | | Nivel Académico (3) | ,131 | 1 | ,718 |
| | | Nivel Académico (4) | 1,867 | 1 | ,172 |
| | | Nivel Académico (5) | ,110 | 1 | ,740 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,835 | 1 | ,176 |
| | | Nivel Académico (7) | 4,142 | 1 | ,042 |
| | | Paro de larga duración (1) | 2,386 | 1 | ,122 |
| | Estadísticos globales | | 33,945 | 14 | ,002 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 5,430 | 1 | ,020 |
| | Bloque | 5,430 | 1 | ,020 |
| | Modelo | 5,430 | 1 | ,020 |
| Paso 2 | Paso | 8,440 | 3 | ,038 |
| | Bloque | 13,870 | 4 | ,008 |
| | Modelo | 13,870 | 4 | ,008 |
| Paso 3 | Paso | 20,837 | 7 | ,004 |
| | Bloque | 34,707 | 11 | ,000 |
| | Modelo | 34,707 | 11 | ,000 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 146,815 | ,033 | ,054 |
| 2 | 138,375 | ,082 | ,135 |
| 3 | 117,538 | ,193 | ,317 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | SC | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | SC | ,00 | 133 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 29 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 82,1 |
| Paso 2 | SC | ,00 | 133 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 28 | 1 | 3,4 |
| Porcentaje global | | | | | 82,7 |
| Paso 3 | SC | ,00 | 128 | 5 | 96,2 |
| | | 1,00 | 23 | 6 | 20,7 |
| Porcentaje global | | | | | 82,7 |

a. El valor de corte es ,500

| | | Variables en la ecuación | | | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------------|--------|--------|------|------|--------|
| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
| Paso 1 ^a | Cobra Prestación (1) | -,967 | ,422 | 5,249 | 1 | ,022 | ,380 |
| | Constante | -1,041 | ,274 | 14,430 | 1 | ,000 | ,353 |
| Paso 2 ^b | Cobra Prestación (1) | -1,403 | ,474 | 8,776 | 1 | ,003 | ,246 |
| | Estado Civil | | | 7,801 | 3 | ,050 | |
| | Estado Civil (1) | -1,281 | ,489 | 6,878 | 1 | ,009 | ,278 |
| | Estado Civil (2) | -,714 | 1,201 | ,354 | 1 | ,552 | ,490 |
| | Estado Civil (3) | ,951 | 1,531 | ,386 | 1 | ,534 | 2,589 |
| | Constante | -,250 | ,408 | ,373 | 1 | ,541 | ,779 |
| | | | | | | | |
| Paso 3 ^c | Cobra Prestación (1) | -1,344 | ,516 | 6,774 | 1 | ,009 | ,261 |
| | Estado Civil | | | 10,913 | 3 | ,012 | |
| | Estado Civil (1) | -1,764 | ,560 | 9,921 | 1 | ,002 | ,171 |
| | Estado Civil (2) | -1,427 | 1,313 | 1,180 | 1 | ,277 | ,240 |
| | Estado Civil (3) | ,527 | 1,701 | ,096 | 1 | ,757 | 1,693 |
| | Nivel Académico | | | 8,496 | 7 | ,291 | |
| | Nivel Académico (1) | 1,417 | 1,590 | ,794 | 1 | ,373 | 4,124 |
| | Nivel Académico (2) | ,315 | 1,547 | ,041 | 1 | ,839 | 1,370 |
| | Nivel Académico (3) | -,156 | 1,676 | ,009 | 1 | ,926 | ,856 |
| | Nivel Académico (4) | -1,462 | 1,873 | ,609 | 1 | ,435 | ,232 |
| | Nivel Académico (5) | -,162 | 1,619 | ,010 | 1 | ,920 | ,850 |
| | Nivel Académico (6) | -8,015 | 32,749 | ,060 | 1 | ,807 | ,000 |
| | Nivel Académico (7) | -7,714 | 24,009 | ,103 | 1 | ,748 | ,000 |
| Constante | -,012 | 1,581 | ,000 | 1 | ,994 | ,988 | |

- a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Cobra Prestación.
 b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Estado Civil.
 c. Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Nivel Académico.

Modelo si se elimina el término^a

a. La eliminación de la variable menos significativa dará como resultado un modelo que duplica un modelo anterior.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | GI | Sig. | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------|--------|------|------|
| Paso 1 | Variables | Sexo (1) | 2,000 | 1 | ,157 | | |
| | | Edad | ,046 | 1 | ,831 | | |
| | | Estado Civil | 8,465 | 3 | ,037 | | |
| | | Estado Civil (1) | 7,449 | 1 | ,006 | | |
| | | Estado Civil (2) | ,000 | 1 | ,982 | | |
| | | Estado Civil (3) | 1,315 | 1 | ,252 | | |
| | | Nivel Académico | 13,292 | 7 | ,065 | | |
| | | Nivel Académico (1) | 7,141 | 1 | ,008 | | |
| | | Nivel Académico (2) | ,310 | 1 | ,577 | | |
| | | Nivel Académico (3) | ,021 | 1 | ,884 | | |
| | | Nivel Académico (4) | 1,883 | 1 | ,170 | | |
| | | Nivel Académico (5) | ,103 | 1 | ,749 | | |
| | | Nivel Académico (6) | 2,300 | 1 | ,129 | | |
| | | Nivel Académico (7) | 3,315 | 1 | ,069 | | |
| | | Paro de larga duración (1) | 3,214 | 1 | ,073 | | |
| | | | Estadísticos globales | | 27,380 | 13 | ,011 |
| | | Paso 2 | Variables | Sexo (1) | ,672 | 1 | ,412 |
| | | | | Edad | 1,938 | 1 | ,164 |
| | | | | Nivel Académico | 17,263 | 7 | ,016 |
| Nivel Académico (1) | 10,053 | | | 1 | ,002 | | |
| Nivel Académico (2) | ,789 | | | 1 | ,375 | | |
| Nivel Académico (3) | ,004 | | | 1 | ,948 | | |
| Nivel Académico (4) | 2,061 | | | 1 | ,151 | | |
| Nivel Académico (5) | ,007 | | | 1 | ,934 | | |
| Nivel Académico (6) | 2,586 | | | 1 | ,108 | | |
| Nivel Académico (7) | 3,833 | | | 1 | ,050 | | |
| Paro de larga duración (1) | 5,588 | | | 1 | ,018 | | |
| | Estadísticos globales | | | | 19,731 | 10 | ,032 |
| Paso 3 | Variables | | | Sexo (1) | ,000 | 1 | ,995 |
| | | Edad | ,236 | 1 | ,627 | | |
| | | Paro de larga duración (1) | 2,819 | 1 | ,093 | | |
| | | Estadísticos globales | | 2,840 | 3 | ,417 | |

Tabla 44 : ESCALA MA.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | MA | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | MA | ,00 | 145 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 17 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 89,5 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,144 | ,256 | 69,913 | 1 | ,000 | ,117 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,016 | 1 | ,901 |
| | | Prestación (1) | ,033 | 1 | ,856 |
| | | Sexo (1) | 5,259 | 1 | ,022 |
| | | Edad | 3,328 | 3 | ,344 |
| | | Estado Civil | 1,784 | 1 | ,182 |
| | | Estado Civil (1) | ,605 | 1 | ,437 |
| | | Estado Civil (2) | ,237 | 1 | ,626 |
| | | Estado Civil (3) | 8,107 | 7 | ,323 |
| | | Nivel Académico | 1,078 | 1 | ,299 |
| | | Nivel Académico (1) | 2,300 | 1 | ,129 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,195 | 1 | ,138 |
| | | Nivel Académico (3) | ,033 | 1 | ,857 |
| | | Nivel Académico (4) | ,010 | 1 | ,922 |
| | | Nivel Académico (5) | ,987 | 1 | ,321 |
| | | Nivel Académico (6) | 2,227 | 1 | ,136 |
| | | Nivel Académico (7) | ,155 | 1 | ,694 |
| | | Paro de larga duración (1) | | | |
| Estadísticos globales | | | 13,213 | 14 | ,510 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 5,805 | 1 | ,016 |
| | Bloque | 5,805 | 1 | ,016 |
| | Modelo | 5,805 | 1 | ,016 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 102,994 | ,035 | ,072 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | MA | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | MA | ,00 | 145 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 17 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 89,5 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Edad (1) | -,062 | ,028 | 4,860 | 1 | ,027 | ,940 |
| | Constante | -,279 | ,817 | ,117 | 1 | ,733 | ,756 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Edad.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | ,729 | 1 | ,393 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo | ,100 | 1 | ,752 |
| | | Estado Civil | ,464 | 3 | ,927 |
| | | Estado Civil (1) | ,068 | 1 | ,794 |
| | | Estado Civil (2) | ,387 | 1 | ,534 |
| | | Estado Civil (3) | ,064 | 1 | ,800 |
| | | Nivel Académico | 6,701 | 7 | ,461 |
| | | Nivel Académico (1) | ,175 | 1 | ,676 |
| | | Nivel Académico (2) | 3,771 | 1 | ,052 |
| | | Nivel Académico (3) | ,433 | 1 | ,511 |
| | | Nivel Académico (4) | ,001 | 1 | ,975 |
| | | Nivel Académico (5) | ,315 | 1 | ,575 |
| | | Nivel Académico (6) | ,852 | 1 | ,356 |
| | | Nivel Académico (7) | 2,291 | 1 | ,130 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,150 | 1 | ,699 |
| | | Estadísticos globales | 8,492 | 13 | ,810 |

Tabla 45 : ESCALA SI.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | SI | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | SI | ,00 | 151 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 11 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 93,2 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,619 | ,312 | 70,350 | 1 | ,000 | ,073 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|-----------------------|-----------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,691 | 1 | ,406 |
| | | Prestación (1) | ,782 | 1 | ,377 |
| | | Sexo (1) | 8,773 | 1 | ,003 |
| | | Edad | 7,485 | 3 | ,058 |
| | | Estado Civil | ,799 | 1 | ,371 |
| | | Estado Civil (1) | ,376 | 1 | ,540 |
| | | Estado Civil (2) | 5,972 | 1 | ,015 |
| | | Estado Civil (3) | 18,955 | 7 | ,008 |
| | | Nivel Académico | 4,758 | 1 | ,029 |
| | | Nivel Académico (1) | ,011 | 1 | ,916 |
| | | Nivel Académico (2) | 1,663 | 1 | ,197 |
| | | Nivel Académico (3) | ,742 | 1 | ,389 |
| | | Nivel Académico (4) | 2,683 | 1 | ,101 |
| | | Nivel Académico (5) | ,613 | 1 | ,434 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,384 | 1 | ,239 |
| | | Nivel Académico (7) | 9,733 | 1 | ,002 |
| | | Paro de larga duración (1) | 28,155 | 14 | ,014 |
| Estadísticos globales | | | | | |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 10,853 | 1 | ,001 |
| | Bloque | 10,853 | 1 | ,001 |
| | Modelo | 10,853 | 1 | ,001 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 69,556 | ,065 | ,166 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | SI | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | SI | ,00 | 151 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 11 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 93,2 |

a. El valor de corte es ,500

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|----------------------------|--------|-------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Paro de larga duración (1) | -2,610 | 1,062 | 6,042 | 1 | ,014 | ,074 |
| | Constante | -1,856 | ,340 | 29,802 | 1 | ,000 | ,156 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Paro de larga duración.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------|-----------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | 1,344 | 1 | ,246 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo | 1,605 | 1 | ,205 |
| | | Edad | 3,837 | 1 | ,050 |
| | | Estado Civil | 2,864 | 3 | ,413 |
| | | Estado Civil (1) | ,108 | 1 | ,743 |
| | | Estado Civil (2) | ,206 | 1 | ,650 |
| | | Estado Civil (3) | 2,341 | 1 | ,126 |
| | | Nivel Académico | 12,285 | 7 | ,092 |
| | | Nivel Académico (1) | 3,354 | 1 | ,067 |
| | | Nivel Académico (2) | ,313 | 1 | ,576 |
| | | Nivel Académico (3) | 1,211 | 1 | ,271 |
| | | Nivel Académico (4) | ,721 | 1 | ,396 |
| | | Nivel Académico (5) | 1,565 | 1 | ,211 |
| | | Nivel Académico (6) | ,549 | 1 | ,459 |
| | | Nivel Académico (7) | 1,164 | 1 | ,281 |
| | | Estadísticos globales | 16,524 | 13 | ,222 |

Tabla 46 : ESCALA ES.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | ES | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | ES | ,00 | 156 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 6 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 96,3 |

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|--------|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 | Constante | -3,258 | ,416 | 61,333 | 1 | ,000 | ,038 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,140 | 1 | ,708 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 3,115 | 1 | ,078 |
| | | Edad | 2,917 | 1 | ,088 |
| | | Estado Civil | 1,282 | 3 | ,733 |
| | | Estado Civil (1) | ,745 | 1 | ,388 |
| | | Estado Civil (2) | ,198 | 1 | ,656 |
| | | Estado Civil (3) | ,078 | 1 | ,780 |
| | | Nivel Académico | 9,437 | 7 | ,223 |
| | | Nivel Académico (1) | 1,031 | 1 | ,310 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,181 | 1 | ,140 |
| | | Nivel Académico (3) | 2,536 | 1 | ,111 |
| | | Nivel Académico (4) | ,253 | 1 | ,615 |
| | | Nivel Académico (5) | 4,092 | 1 | ,043 |
| | | Nivel Académico (6) | ,324 | 1 | ,569 |
| | | Nivel Académico (7) | ,731 | 1 | ,393 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,383 | 1 | ,536 |
| Estadísticos globales | | | 13,900 | 14 | ,457 |

Tabla 47 : ESCALA DY.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | DY | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | DY | ,00 | 160 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 2 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 98,8 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -4,382 | ,711 | 37,931 | 1 | ,000 | ,013 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 2,730 | 1 | ,099 |
| | | Prestación (1) | 4,050 | 1 | ,044 |
| | | Sexo (1) | 1,493 | 1 | ,222 |
| | | Edad | 2,469 | 3 | ,481 |
| | | Estado Civil | 2,076 | 1 | ,150 |
| | | Estado Civil (1) | ,064 | 1 | ,800 |
| | | Estado Civil (2) | ,025 | 1 | ,874 |
| | | Estado Civil (3) | 4,274 | 7 | ,748 |
| | | Nivel Académico | 2,131 | 1 | ,144 |
| | | Nivel Académico (1) | ,709 | 1 | ,400 |
| | | Nivel Académico (2) | ,285 | 1 | ,593 |
| | | Nivel Académico (3) | ,237 | 1 | ,626 |
| | | Nivel Académico (4) | 1,330 | 1 | ,249 |
| | | Nivel Académico (5) | ,105 | 1 | ,746 |
| | | Nivel Académico (6) | ,237 | 1 | ,626 |
| | | Nivel Académico (7) | 2,408 | 1 | ,121 |
| | | Paro de larga duración (1) | 21,876 | 14 | ,081 |
| | Estadísticos globales | | | | |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 4,444 | 1 | ,035 |
| | Bloque | 4,444 | 1 | ,035 |
| | Modelo | 4,444 | 1 | ,035 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 17,109 | ,027 | ,217 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | DY | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | DY | ,00 | 160 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 2 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 98,8 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|-----------|--------|--------|--------|----|------|--------|
| Paso 1 ^a | Sexo (1) | -9,945 | 70,841 | ,020 | 1 | ,888 | ,000 |
| | Constante | -3,258 | ,721 | 20,444 | 1 | ,000 | ,038 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Sexo.

Modelo si se elimina el término^a

a. La eliminación de la variable menos significativa dará como resultado un modelo que duplica un modelo anterior.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------------------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | 1,541 | 1 | ,214 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Edad | ,901 | 1 | ,342 |
| | | Estado Civil | 1,662 | 3 | ,645 |
| | | Estado Civil (1) | 1,428 | 1 | ,232 |
| | | Estado Civil (2) | ,080 | 1 | ,777 |
| | | Estado Civil (3) | ,000 | 1 | ,998 |
| | | Nivel Académico | 3,195 | 7 | ,866 |
| | | Nivel Académico (1) | ,764 | 1 | ,382 |
| | | Nivel Académico (2) | ,593 | 1 | ,441 |
| | | Nivel Académico (3) | ,166 | 1 | ,684 |
| | | Nivel Académico (4) | ,212 | 1 | ,645 |
| | | Nivel Académico (5) | 1,661 | 1 | ,197 |
| | | Nivel Académico (6) | ,080 | 1 | ,777 |
| | | Nivel Académico (7) | ,361 | 1 | ,548 |
| | | Paro de larga duración (1) | 3,264 | 1 | ,071 |
| | Estadísticos globales | | 13,831 | 13 | ,386 |

Tabla 48 : ESCALA DO.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | DO | | Porcentaje correcto |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | DO | ,00 | 143 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 19 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 88,3 |

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,018 | ,244 | 68,327 | 1 | ,000 | ,133 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|-----------------------|-----------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 1,068 | 1 | ,301 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 1,908 | 1 | ,167 |
| | | Edad | ,059 | 1 | ,808 |
| | | Estado Civil | 4,466 | 3 | ,215 |
| | | Estado Civil (1) | ,035 | 1 | ,852 |
| | | Estado Civil (2) | 3,983 | 1 | ,046 |
| | | Estado Civil (3) | ,269 | 1 | ,604 |
| | | Nivel Académico | 11,747 | 7 | ,109 |
| | | Nivel Académico (1) | 1,410 | 1 | ,235 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,658 | 1 | ,103 |
| | | Nivel Académico (3) | 1,508 | 1 | ,219 |
| | | Nivel Académico (4) | ,000 | 1 | ,996 |
| | | Nivel Académico (5) | ,106 | 1 | ,744 |
| | | Nivel Académico (6) | 1,432 | 1 | ,231 |
| | | Nivel Académico (7) | 5,737 | 1 | ,017 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,677 | 1 | ,410 |
| Estadísticos globales | | | 25,330 | 14 | ,031 |

Tabla 49 : ESCALA R.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|---|------|--------------|------|---------------------|
| | | | R | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | R | ,00 | 158 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 4 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 97,5 |

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -3,676 | ,506 | 52,734 | 1 | ,000 | ,025 |

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------------------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | 3,039 | 1 | ,081 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 2,047 | 1 | ,153 |
| | | Edad | ,368 | 1 | ,544 |
| | | Estado Civil | ,200 | 3 | ,978 |
| | | Estado Civil (1) | ,001 | 1 | ,979 |
| | | Estado Civil (2) | ,131 | 1 | ,718 |
| | | Estado Civil (3) | ,051 | 1 | ,821 |
| | | Nivel Académico | 4,862 | 7 | ,677 |
| | | Nivel Académico (1) | ,679 | 1 | ,410 |
| | | Nivel Académico (2) | ,002 | 1 | ,966 |
| | | Nivel Académico (3) | ,578 | 1 | ,447 |
| | | Nivel Académico (4) | ,481 | 1 | ,488 |
| | | Nivel Académico (5) | 2,692 | 1 | ,101 |
| | | Nivel Académico (6) | ,213 | 1 | ,644 |
| | | Nivel Académico (7) | ,918 | 1 | ,338 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,031 | 1 | ,860 |
| | Estadísticos globales | | 9,223 | 14 | ,817 |

Tabla 50 : ESCALA CN.

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | CN | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 0 | CN | ,00 | 148 | 0 | 100,0 |
| | | 1,00 | 14 | 0 | ,0 |
| Porcentaje global | | | | | 91,4 |

- a. En el modelo se incluye una constante.
 b. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Paso 0 Constante | -2,358 | ,280 | 71,124 | 1 | ,000 | ,095 |

Variables que no están en la ecuación

| | | Puntuación | gl | Sig. | |
|--------|-----------------------|----------------------------|--------|------|------|
| Paso 0 | Variables | Cobra | ,000 | 1 | ,983 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 1,916 | 1 | ,166 |
| | | Edad | 1,870 | 1 | ,171 |
| | | Estado Civil | 4,498 | 3 | ,212 |
| | | Estado Civil (1) | 2,980 | 1 | ,084 |
| | | Estado Civil (2) | ,488 | 1 | ,485 |
| | | Estado Civil (3) | ,192 | 1 | ,662 |
| | | Nivel Académico | 24,556 | 7 | ,001 |
| | | Nivel Académico (1) | ,000 | 1 | ,992 |
| | | Nivel Académico (2) | 2,815 | 1 | ,093 |
| | | Nivel Académico (3) | 2,158 | 1 | ,142 |
| | | Nivel Académico (4) | ,183 | 1 | ,669 |
| | | Nivel Académico (5) | 3,003 | 1 | ,083 |
| | | Nivel Académico (6) | 18,232 | 1 | ,000 |
| | | Nivel Académico (7) | ,183 | 1 | ,669 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,613 | 1 | ,434 |
| | Estadísticos globales | | 30,581 | 14 | ,006 |

Bloque 1: Método = Por pasos hacia delante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

| | | Chi-cuadrado | gl | Sig. |
|--------|--------|--------------|----|------|
| Paso 1 | Paso | 18,933 | 1 | ,008 |
| | Bloque | 18,933 | 1 | ,008 |
| | Modelo | 18,933 | 1 | ,008 |

Resumen de los modelos

| Paso | -2 log de la verosimilitud | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
|------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | 76,380 | ,110 | ,248 |

Tabla de clasificación^a

| Observado | | | Pronosticado | | Porcentaje correcto |
|-------------------|----|------|--------------|------|---------------------|
| | | | CN | | |
| | | | ,00 | 1,00 | |
| Paso 1 | CN | ,00 | 144 | 4 | 97,3 |
| | | 1,00 | 10 | 4 | 28,6 |
| Porcentaje global | | | | | 91,4 |

a. El valor de corte es ,500

Variables en la ecuación

| | | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------|---------------------|---------|--------|--------|----|-------|-----------|
| Paso 1 ^a | Nivel Académico | | | 12,598 | 7 | ,083 | |
| | Nivel Académico (1) | 7,851 | 73,463 | ,011 | 1 | ,915 | 2569,485 |
| | Nivel Académico (2) | 6,489 | 73,467 | ,008 | 1 | ,930 | 658,039 |
| | Nivel Académico (3) | ,000 | 82,130 | ,000 | 1 | 1,000 | 1,000 |
| | Nivel Académico (4) | 7,430 | 73,467 | ,010 | 1 | ,919 | 1686,225 |
| | Nivel Académico (5) | 8,593 | 73,461 | ,014 | 1 | ,907 | 5395,919 |
| | Nivel Académico (6) | 10,203 | 73,463 | ,019 | 1 | ,890 | 26979,595 |
| | Nivel Académico (7) | 7,430 | 73,467 | ,010 | 1 | ,919 | 1686,225 |
| Constante | | -10,203 | 73,460 | ,019 | 1 | ,890 | ,000 |

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Nivel Académico.

Variables que no están en la ecuación

| | | | Puntuación | gl | Sig. |
|--------|-----------------------|----------------------------|------------|----|------|
| Paso 1 | Variables | Cobra | ,234 | 1 | ,628 |
| | | Prestación (1) | | | |
| | | Sexo (1) | 2,312 | 1 | ,128 |
| | | Edad | 3,152 | 1 | ,076 |
| | | Estado Civil | 5,033 | 3 | ,169 |
| | | Estado Civil (1) | 3,865 | 1 | ,049 |
| | | Estado Civil (2) | ,423 | 1 | ,516 |
| | | Estado Civil (3) | ,025 | 1 | ,874 |
| | | Paro de larga duración (1) | ,030 | 1 | ,863 |
| | Estadísticos globales | | 7,827 | 13 | ,348 |

TABLAS RESUMEN ANÁLISIS MULTIVARIANTE.

Modelo de Regresión Logística.

Tabla 51 : ESCALA L.

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| EDAD | ,051 | ,019 | 6,981 | 1 | ,008 | 1,053 |
| Constante | -3,448 | ,752 | 21,005 | 1 | ,000 | ,032 |

Tabla 52 : ESCALA HS.

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|----------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Cobra Prestación (1) | -1,165 | ,467 | 6,227 | 1 | ,013 | ,312 |
| Constante | -1,198 | ,285 | 17,630 | 1 | ,000 | ,302 |

Tabla 53 : ESCALA D.

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Sexo (1) | -1,089 | ,403 | 7,317 | 1 | ,007 | ,337 |
| Edad | ,056 | ,018 | 9,985 | 1 | ,002 | 1,058 |
| Constante | -2,507 | ,706 | 12,601 | 1 | ,000 | ,081 |

Tabla 54 : ESCALA MF.

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Sexo (1) | -2,718 | ,785 | 11,977 | 1 | ,001 | ,066 |
| Constante | -1,253 | ,327 | 14,648 | 1 | ,000 | ,286 |

Tabla 55 : ESCALA PT.

Variables en la ecuación

| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Sexo (1) | -1,224 | ,557 | 4,834 | 1 | ,028 | ,294 |
| Constante | -1,609 | ,365 | 19,427 | 1 | ,000 | ,200 |

Tabla 56 : ESCALA SC.

| Variables en la ecuación | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|--------|----|------|--------|
| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
| Cobra Prestación (1) | -1,344 | ,516 | 6,774 | 1 | ,009 | ,261 |
| Estado Civil | | | 10,913 | 3 | ,012 | |
| Estado Civil (1) | -1,764 | ,560 | 9,921 | 1 | ,002 | ,171 |
| Estado Civil (2) | -1,427 | 1,313 | 1,180 | 1 | ,277 | ,240 |
| Estado Civil (3) | ,527 | 1,701 | ,096 | 1 | ,757 | 1,693 |
| Nivel Académico | | | 8,496 | 7 | ,291 | |
| Nivel Académico (1) | 1,417 | 1,590 | ,794 | 1 | ,373 | 4,124 |
| Nivel Académico (2) | ,315 | 1,547 | ,041 | 1 | ,839 | 1,370 |
| Nivel Académico (3) | -,156 | 1,676 | ,009 | 1 | ,926 | ,856 |
| Nivel Académico (4) | -1,462 | 1,873 | ,609 | 1 | ,435 | ,232 |
| Nivel Académico (5) | -,162 | 1,619 | ,010 | 1 | ,920 | ,850 |
| Nivel Académico (6) | -8,015 | 32,749 | ,060 | 1 | ,807 | ,000 |
| Nivel Académico (7) | -7,714 | 24,009 | ,103 | 1 | ,748 | ,000 |
| Constante | -,012 | 1,581 | ,000 | 1 | ,994 | ,988 |

Tabla 57 : ESCALA MA.

| Variables en la ecuación | | | | | | |
|--------------------------|-------|------|-------|----|------|--------|
| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
| EDAD | -,062 | ,028 | 4,860 | 1 | ,027 | ,940 |
| Constante | -,279 | ,817 | ,117 | 1 | ,733 | ,756 |

Tabla 59 : ESCALA SI.

| Variables en la ecuación | | | | | | |
|----------------------------|--------|-------|--------|----|------|--------|
| | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
| Paro de larga duración (1) | -2,610 | 1,062 | 6,042 | 1 | ,014 | ,074 |
| Constante | -1,856 | ,340 | 29,802 | 1 | ,000 | ,156 |