

EL DESEMPLEO COMO FACTOR DE *STRESS* PSICOSOCIAL. UN ESTUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO EN DOS COMUNIDADES

POR Miguel A. DE UÑA MATEOS¹

M.^a Angeles AUSET²

M.^a Rosa DÍEZ³

I. INTRODUCCIÓN.

La sociedad actual y la cultura que de ella se genera dan al trabajo un papel de absoluta cualificación personal. El trabajo, no sólo es un medio para conseguir bienes materiales, sino un medio de valoración psicológica que excede a la que proporciona la mera adquisición de bienes que facilita. "Somos" en función del *status* que nos proporciona el trabajo, en gran medida. La actividad laboral, lo que hacemos y dónde lo hacemos, se constituye en una prolongación del ser psicológico, en un entorno simbólico al que nos une algo más que la necesidad material. El trabajo forma parte de ese *espacio potencial* del que habla WINNICOT como categoría necesaria de una existencia psíquica, madura y sana.

Desde esta perspectiva, podemos entender la importancia psicológica que adquiere para el individuo tener que prescindir forzosamente del valor *trabajo*. Individuos que forman un heterogéneo universo,

¹ Médico Psiquiatra, Jefe de Unidad del Área de Hospitalización de Salud Mental de Huesca (A.S.M.H.).

² Médico en formación en el A.S.M.H.

³ Médico en formación en el A.S.M.H.

en el que se dan diversas causas que han llevado al desempleo: la ausencia de un primer trabajo en los más jóvenes, el paro forzoso tras el despido, la jubilación anticipada, ..., situaciones que, a pesar de su diversa tipología, llevan todas encadenadas una similar sintomatología, salvando los elementos reactivos individuales. Sin caer en la generalización que llevó a los psiquiatras centroeuropeos en la década de los años 30 a acuñar el término diagnóstico *neurosis de la desocupación*, encontramos que el desempleo provoca en la generalidad de los individuos la siguiente situación:

1. El desempleado vive una intensa angustia de castración. Independientemente del empobrecimiento económico (que suele ser la norma), la pérdida del *status* que proporciona el trabajo hace que el individuo se vea roto, amputado, en una primera fase, determinada por la presencia de la angustia, y en una segunda, en la que dominan los elementos regresivos, de autoexculpación, en la que la apatía y el desinterés se torna la expresión del "vacío interno, del vacío de la consciencia", que describe, desde la óptica existencialista, FRANKL.
2. El desempleado pierde la capacidad de socialización que, a pesar de su contenido enajenante, conserva el trabajo. La necesidad de reconstruir espacios de relación en una situación nueva es una tarea imposible para muchos sujetos desempleados, instalados en la apatía y la ausencia de interés.
3. El parado precisa la construcción de nuevos moldes culturales. DEJOURS habla de un mecanismo defensivo ante lo alienante del trabajo, lo que denominamos habitualmente *cultura obrera*. El desempleado ve romper este dique defensivo, perdiendo sentido su "ideología del sufrimiento inteligible" (DEJOURS), abriéndose paso un nuevo conflicto inconsciente consigo mismo.

La ausencia de trabajo, el miedo a perderlo, la temporalidad, ..., se convierten en factores de *stress* permanente, en mayor o menor medida responsables de la quiebra de las defensas psicológicas (y aun biológicas —como sabemos—) de los sujetos inscritos en esta problemática. La dotación del sujeto hará que las respuestas sean más o menos patológicas, más o menos desadaptadas. El trabajo y todo lo que de él deriva, y sobre todo su ausencia, no serán el responsable directo de la patología del paciente (de ahí que no compartamos enteramente la expresión *neurosis*

del desempleado), pero sí un inductor a tener en cuenta como prioritario, sin cuya comprensión difícilmente conoceremos en su totalidad a la persona con la que nos enfrentamos en la consulta psiquiátrica o en cualquier otra estructura asistencial.

2. MOTIVACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

El trabajo asistencial desarrollado durante cinco años (1981-1985) en el Centro de Salud Mental (C.S.M.) de Albacete-capital situó a parte del equipo redactor en contacto próximo con el desempleo como factor de *stress* psicosocial, el cual intentamos medir en un trabajo anterior en su relación con el alcoholismo. El posterior trabajo asistencial en el C.S.M. de Huesca, durante el año 1985-1986, conllevaba una lectura subjetiva muy distinta de este mismo problema. Se veía que la afectación en la comunidad de Huesca era mucho menor que en Albacete. Creíamos ver menos pacientes afectados indirectamente en su situación psicopatológica en Huesca y estimábamos que su afectación era menor. Esto nos llevó a realizar un estudio comparativo de ambas comunidades en una doble búsqueda:

1. ¿Cuáles son los elementos que, independientemente de la tasa de desempleo, inciden para que la problemática sea tan distinta en dos comunidades aparentemente no tan extrañas entre sí?
2. Estudiar la posibilidad de articular un modelo, que podamos definir como de alto riesgo, en la relación desempleo-enfermedad mental, válido para cualquier tipo de comunidad.

3. DESARROLLO DEL TRABAJO.

Dado que partíamos de una apreciación subjetiva sobre la mayor incidencia del factor desempleo en una comunidad, el primer paso fue intentar constatar la veracidad de dicho aserto. La muestra que había sido elegida en Albacete incluía el estudio de 244 historias clínicas, sobre un total de más de 600 recogidas entre 1981 y 1985, personas todas ellas en edad activa, comprendidas entre los 16 y los 60 años, y cuya patología psíquica y/o neurológica no era forzosamente incapacitante.

Entre estas 244 historias clínicas, encontramos a 46 pacientes, el 18,8 %, que presentaban una problemática psicológica ligada en mayor o menor

medida a su situación de desempleo. La tasa de desempleados entre las 244 historias clínicas estudiadas era de un 12,8 %, inferior a la tasa de paro en la comunidad de referencia (posiblemente, por el elevado número de mujeres incluidas).

La muestra de Huesca se hizo sobre 140 historias clínicas, de un total de 346 analizadas entre las recogidas en el C.S.M.C. de Huesca, con las mismas características en cuanto a edad, situación laboral, ... El total de pacientes inscritos en la problemática a estudiar era de 11, lo que representa el 7,8 % del total. La diferencia entre ambas comunidades se nos hacía palpable desde la objetividad de las cifras. Aun considerando que pudiera existir una diferencia de matices entre los equipos que habían realizado las encuestas epidemiológicas, la diferencia entre ambas resulta suficientemente palpable de la distinta incidencia con que actúa en ambas comunidades el factor desempleo.

La segunda parte de la hipótesis nos lleva a considerar los factores que hacían posible la diferencia que intuíamos, y de la que, comparando las cifras, teníamos ya la certeza. Nos centramos en valorar la incidencia del paro en ambas comunidades: en datos de 1984, era del 15,2 % en Albacete y del 10,7 % en Huesca, lo que no justificaba la diferente incidencia que habíamos constatado. Un elemento importante que ya nos empieza a proporcionar datos más fiables sobre el diferente tipo de sociedad de una y otra comunidad lo constituye la renta *per cápita* disponible, que supone para Albacete un 73,9 % de la que dispone Huesca.

Y algo que nos llama poderosamente la atención —ver la tabla socio-económica de ambas comunidades— es la diferente cuota de mercado nacional que se reparten ambas provincias, y que tal vez nos esté hablando de un importante montante económico sumergido en la provincia de Huesca, posiblemente ligado a rentas agrarias y de servicios. Porque Albacete, con una superficie mayor (engloba en cuanto a mercado a parte de la provincia de Cuenca) y con una población casi el doble que la de Huesca, recoge sólo el 0,85 % del total del mercado nacional, mientras que los tres centros comerciales de Huesca-provincia (Huesca-capital, Jaca y Barbastro) se reparten el 2,9 % del mercado nacional. La diferencia —como se ve— no puede hallarse sólo relacionada con esa diferencia de renta entre ambas comunidades.

El resto de datos, desde la electrificación hasta la alfabetización, no hace sino acrecentar las distancias entre ambas comunidades, una de las cuales presenta rasgos acentuadamente desequilibrados, mientras que la otra, Huesca, a pesar de presentar factores de desequilibrio actantes

(envejecimiento, desertización, ...), muestra una mayor armonía más integradora. Todo ello —como observamos en los datos recogidos— hace que el desempleo tenga menor incidencia, cuantitativa y cualitativa, en la afectación psicopatológica.

Las fichas epidemiológicas se recogen a continuación; en ellas, se comparan los 13 *items* posibles, dado el anterior trabajo ya realizado en Albacete.

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

	ALBACETE		HUESCA	
TOTAL DE LA MUESTRA ...	244 h.c.	36,04 %	140 h.c.	46,4 %
PACIENTES AFECTADOS ...	46	18,8 %	11	7,8 %
SEXO: Varones	36	78,2 %	8	72,7 %
Mujeres	10	21,7 %	3	27,2 %
EDAD: Menores 25 años ...	12-10 ♂ *	26,08 %	3-3 ♂	27,2 %
	2 ♀		0 ♀	
Entre 25-40 años	28-22	60,8 %	7-5	63,6 %
	6		2	
Mayores de 40 años	6-2	13,04 %	1-0	9,0 %
	4		1	
CON RESPONSABILIDADES FAMILIARES				
Menores 25 años	4-2	8,6 %	2-2	18,1 %
	2		0	
Entre 25-40 años	26-20	56,5 %	4-2	36,3 %
	6		2	
Mayores de 40 años	6-4	13,0 %	2-1	18,1 %
	2		1	
SIN RESPONSABILIDADES ...	10	21,7 %	3	27,2 %
ESPECIALIZACIÓN				
Licenciados superiores	6-2	13,04 %	1-0	9,0 %
	4		1	
Trabajadores manuales cua- lificados	14-12	30,4 %	3-2	27,2 %
	2		1	
Trabajadores no cualificados	26-22	56,5 %	7-6	63,6 %
	4		1	
SITUACIÓN RESPECTO AL TRABAJO				
No acceso a primer trabajo.	10-6	21,7 %	5-3	45,4 %
	4		2	

* Ordenación similar en el resto de los apartados.

	ALBACETE		HUESCA	
Paro por despido	22-18 4	47,8 %	2-1 1	18,1 %
No acceso a trabajo prote- gido	8-8	17,3 %	2-2	18,1 %
Jubilación anticipada	6-4 2	13,0 %	1-1	9,09 %
TIEMPO DE DESEMPLEO				
Más de un año	42-32 10	41,3 %	9-7 2	81,8 %
Menos de 1 año	4-4	8,6 %	2-2	18,1 %
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS				
Nivel de subsistencia	17-12 5	36,9 %	2-2 0	18,1 %
Cobro de desempleo (sin otra ayuda)	25-24 1	54,3 %	6-5 1	54,5 %
Posición desahogada	4-0 4	8,6 %	3-1 2	27,2 %
VINCULACIÓN A LA COMUNIDAD				
Emigrantes en primer grado.	24-20 4	52,1 %	2-2 0	18,1 %
Emigrant. en segundo grado	15-12 3	32,6 %	4-2 2	36,3 %
No emigrantes	7-4 3	15,2 %	5-4 1	45,4 %
TIPO DE ENFERMEDAD				
Transtornos esquizofrénicos y paranoides	18-15 3	39,1 %	2-2 0	18,1 %
Transtornos por ansiedad y adaptativos	13-8 5	28,2 %	2-1 1	18,1 %
Transtornos afectivos	1-0 1	2,1 %	1,0 1	9,0 %
Abuso de sustancias	9-9 0	19,5 %	3-3 0	27,2 %
Transtornos somatoformes ...	5-4 1	10,8 %	1,0 1	9,0 %
Síndrome psicoorgánico	0		2-2	18,1 %
INCIDENCIA DEL DESEMPLEO RESPECTO A LA EVOLUCIÓN				
Poca incidencia	10-6 4	21,7 %	5-3 2	45,4 %

	ALBACETE		HUESCA	
Incidencia media	28-24 4	60,8 %	3-1 2	27,2 %
Incidencia importante	8-6 2	17,3 %	3-2 1	27,2 %
COMIENZO DEL CUADRO EN REFERENCIA AL DESEMPLEO				
Anterior al desempleo	32-28 4	69,5 %	7-5 2	63,6 %
Posterior al desempleo	14-8 6	36,4 %	4-3 1	36,3 %
AFECTACIÓN FAMILIAR				
Afectación nula	13-10 3	28,2 %	7-4 3	63,6 %
Afectación media	23-18 5	50 %	2-2 0	16,1 %
Afectación importante	10-8 2	21,7 %	2-2 0	18,1 %

4. CONCLUSIONES.

- 4.1. Es significativa la diferencia entre pacientes afectados en relación con el factor desempleo en una y otra comunidad. En la primera, Albacete, es de un 18,8 %, mientras que en la segunda, Huesca, representa sólo el 7,8 %. El análisis posterior de la estructura social puede proporcionarnos una idea del porqué de esta disparidad, basada en el estudio de otros datos complementarios al específico del factor desempleo.
- 4.2. Con respecto a la distribución, es prácticamente idéntica en cuanto al sexo, tal vez ligada a la propia división del trabajo entre ambos sexos. Podemos afirmar que, como media, hay tres hombres por cada mujer afectada. Sería de esperar una mayor incidencia en el sexo masculino, dado su más importante papel en el mantenimiento familiar. Posiblemente, el trabajo sumergido de sus cónyuges supone un aporte económico que hace menos dramática, desde el punto de vista económico, la situación de las familias en las que el varón está afectado por el desempleo.
- 4.3. En cuanto a la edad, volvemos a encontrar una equiparación entre ambas muestras, ofertando una población de mayor riesgo en el módulo comprendido entre los 25 y los 40 años. Una mayor apro-

ximación reduce para las mujeres este módulo entre los 25 y los 35 años.

- 4.4. Las responsabilidades familiares, dato que consideramos de mayor fiabilidad que el mero estado civil, es muy alta en los pacientes que recoge la muestra. Supone el 78,2 % en Albacete y el 72,5 % en Huesca. Constituye un factor básico a tener en cuenta en la delimitación del perfil de alto riesgo. En la mujer, está relacionado con la situación de separación conyugal o soltería con responsabilidades familiares.
- 4.5. La afectación con respecto a la cualificación se halla en proporción inversa a la misma; es decir, a baja cualificación, mayor número de afectados, con cifras que rondan el 60 % de los pacientes de ambas muestras.

Llama la atención la particular afectación del grupo femenino, en el que sucede lo contrario de lo referido. Es su especialización su mayor factor de riesgo, aunque en estos casos un cruzamiento con el tipo de trastorno referido sufrido nos los englobaría en lo que podemos denominar *psiquiatría ligera*.

- 4.6. Con respecto a la situación laboral, son el paro por despido y el acceso a un primer empleo las situaciones que engloban a más del 70 % de los afectados.

Es significativa la cifra tan elevada de sujetos que precisan trabajo protegido, en conexión con diagnósticos tan severos como TRANSTORNO ESQUIZOFRÉNICO o SÍNDROME PSICOORGÁNICO, que son, conjuntamente con la oligofrenia, los que copan esta necesidad. En ambas comunidades, arroja esta necesidad cifras cercanas al 20 %, lo que hablaría, a un nivel global, de la exigencia de puestos de trabajo protegido para el 3-4 % de la prevalencia que consideramos en la muestra población activa (entre los 18 y los 50 años y sin graves limitaciones físicas o intelectuales).

- 4.7. El tiempo de permanencia en situación de desempleo se constituye en el factor más generalizado de encronización e incidencia sobre la situación de los pacientes estudiados, con cifras superiores en ambos casos al 80 %.
- 4.8. La condición socioeconómica está ligada a factores globales, como es el mayor índice de empobrecimiento en los pacientes que viven en la sociedad más deteriorada. Pero también se liga a factores diagnósticos. Son los inscritos en el diagnóstico de TRANSTORNO ESQUIZOFRÉNICO y DEPENDENCIA ALCOHÓLICA los que

arrojan mayor índice de empobrecimiento. También el tiempo de evolución de la enfermedad posee valor *económico*: todos los pacientes que se encuentran en esta situación tienen evoluciones que se prolongan durante más de cinco años.

- 4.9. Los datos recogidos dan a la emigración un valor significativo en la relación desempleo-enfermedad mental. Tal vez habría que ampliar el concepto introduciendo un término más explicativo, como puede ser *desarraigo* (entendido como ausencia de relación con la comunidad de referencia), y estudiar su incidencia. Vemos que, entre la población estudiada en Albacete, la que emigró en primera generación representa más del 80 % de los casos, mientras que en Huesca apenas supone un 30 %, lo que constituye, con los datos socioeconómicos, el dato de desviación más llamativo en la diferenciación de las comunidades expuestas a estudio.
- 4.10. El diagnóstico se halla en relación con la media de incidencia en la comunidad de referencia, con desviación hacia los TRANSTORNOS ADAPTATIVOS entre las mujeres, y hacia los TRANSTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS en lo que se refiere a la sociedad más empobrecida y disarmónica, Albacete.

La referencia alcoholismo-desempleo es llamativa en la muestra estudiada, con una elevada incidencia en ambas comunidades y por encima de lo que ofrecen otras encuestas epidemiológicas en la población global. Tanto en un caso como en otro, creemos que existe una relación estrecha entre el desempleo y el abuso de alcohol, aunque la percepción subjetiva es de que no se presenta una gravedad intensa ligada al abuso, lo que lo desvincularía del factor desempleo como causa determinante.

- 4.11. La afectación del desempleo sobre el curso evolutivo de la enfermedad es media-alta en ambas comunidades, más del 70 % en el criterio de los investigadores. Está en relación con otros factores, tales como la situación socioeconómica, las responsabilidades familiares, su diagnóstico y el tiempo de permanencia en la situación de desempleo. Entre el 17 y el 27 % de los pacientes estudiados se considera que el desempleo es un factor determinante en el curso actual de la enfermedad.
- 4.12. El comienzo del cuadro psicopatológico guarda relación con el inicio del desempleo en las alteraciones psicopatológicas que podemos denominar *ligeras* o menores. Como apuntábamos en la in-

troducción, no tenemos la constatación de que sea el desempleo en sí el desencadenante de la enfermedad mental.

- 4.13. La afectación familiar es media y grave en la totalidad de pacientes con responsabilidades familiares. En particular, en la muestra estudiada en Albacete, el 19 % de los cónyuges de los pacientes exigieron alguna vez tratamiento en algún período de la evolución de su cónyuge, y los hijos de 5 pacientes precisaron de algún tipo de ayuda psicológica o psicopedagógica, lo que supone un 13 % de la muestra.

5. PERFIL DE ALTO RIESGO.

En cuanto a la segunda propuesta de nuestro trabajo, obtener un perfil que nos permita en cualquier comunidad localizar a los sujetos de alto riesgo en situación de desempleo y con una enfermedad mental, generalmente previa al desempleo, el análisis de los datos anteriores nos proporciona el siguiente perfil, con diferencias entre ambos sexos:

5.1. Perfil de alto riesgo en varones.

- Entre 25 y 40 años.
- Con responsabilidades familiares.
- Baja cualificación laboral.
- Ha sido despedido o busca su primer empleo.
- Lleva más de 1 año desempleado.
- Situación socioeconómica baja o muy baja, no cobrando generalmente ningún tipo de subsidio o éste es de subsistencia.
- Es emigrante en primer grado.
- Su diagnóstico es de TRANSTORNO ESQUIZOFRÉNICO o DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.
- Más de cinco años de evolución en su enfermedad psíquica.

5.2. Perfil de alto riesgo en mujeres.

- Entre 25 y 35 años.
- Con responsabilidades familiares, ligadas generalmente a la separación.
- Hay una desviación acusada hacia la alta cualificación laboral.
- Busca su primer empleo.

- Lleva más de 1 año en situación de desempleo.
- Situación socioeconómica baja-media.
- Su diagnóstico es de TRANSTORNO AFECTIVO o TRANSTORNO ADAPTATIVO.
- La evolución de su enfermedad es mayor de 5 años.

MARCO SOCIOECONÓMICO

	ALBACETE	HUESCA
Población total 1981	340.720 (116.484 capital)	214.907 (41.455)
Incremento censal 1970-81	— 1347	— 6857
Natalidad por mil 1981 ...	16,3 (11,14 media nacional)	11,64
Mortalidad por mil 1981 ...	9,2 (8,9 media nacional)	9,71
Población activa 1983	98.500 29,02 %	73.200 34,06 %
	74,3 24,2 %	
Población que trabaja	84.100 24,7 %	65.900 30,66 %
Sector primario	31,9	32,2
Sector secundario	22,1	21,4
Construcción	7,2	9,8
Servicios	39,4	36,7
Parados	15,2 (37,3 buscan el primer empleo)	10,7 (27,8 %)
Ingresos <i>per cápita</i> 1984 ...	332.891 (45 lugar nacional)	450.015 (25)
Renta familiar disponible ...	333.775	469.213
Cuota mercado nacional ...	0,85 (49 nacional)	Huesca 1 (32) Jaca 0,97 (41) Barbastro 0,93 (44)
Conjunto eléctrico <i>per cápita</i>	55,9 KW (nacional 100)	299,6
Habitantes por vehículo ...	150	125
Depósitos bancarios	73,74 (nacional 100)	94,2
Depósitos en Cajas de Ahorro	74,71	100,8
Porcentaje alumno/profesor .	105,06 (M. nacional 100)	78,28
Analfabetos por mil	103 (156 sobre 100 M. nacional)	36 (54,55)
Viviendas posteriores a 1969.	25 %	18 %
Porcentaje útil vivienda inferior a 80 m.	61,5 %	52,5 %
Viviendas sin agua corriente	11,7 %	0,9 %
Viviendas sin electricidad ...	5,2 %	0
Viviendas sin teléfono	70,2 %	46,2 %
Viviendas sin calefacción ...	78,5 %	29,9 %
Viviendas sin servicios	18,1 %	3,4 %
Viviendas con radio	57 %	65,6 %
Viviendas con T.V. color ...	21,3 %	25,1 %
Viviendas con tocadiscos ...	8 %	13 %