

Estrés por desempleo y salud

S. Gascón*, M. Olmedo**, J. Bermúdez***, J. García Campayo****, H. Ciccotelli*

Resumen

El estrés producido por una situación prolongada de desempleo puede tener graves consecuencias sobre la salud física y mental. Comparando dos amplios grupos de desempleados y empleados se pudo comprobar que los primeros informaban de un mayor número de quejas somáticas que los segundos. Por otra parte, un análisis correlacional puso de manifiesto la relación de ciertas variables (como el apoyo social o algunas formas de afrontamiento) con el estrés y la enfermedad. Todo ello debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar intervenciones preventivas destinadas a esta población.

Palabras clave: Desempleo. Estrés. Salud. Enfermedad. Afrontamiento. Apoyo social.

Summary

Stress produced by long-enduring unemployment may have severe consequences on physical and mental health. Comparing two large samples of unemployed and working subjects we were able to demonstrate that the first group informed of more somatic complaints than the working people. In addition, a correlational analysis showed the relationship among several variables (such as social support and several kinds of coping) with stress and disease. All these questions should be considered to design preventive interventions aimed to this population.

Key words: Unemployment. Stress. Health. Disease. Coping. Social support.

*Investigador

**Profesora Asociada

***Catedrático

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, UNED, Madrid.

****Psiquiatra y Profesor Asociado. Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza.

Correspondencia: Dra. Margarita Olmedo

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología (UNED)

Ciudad Universitaria s/n

28040 Madrid

E-mail: molmedo@psi.uned.es

INTRODUCCIÓN

En la década de los 90, en los países desarrollados se sacrificó la seguridad en el empleo en favor de una mayor flexibilidad en el mercado laboral, acompañada de incrementos en las jornadas a tiempo partido, autoempleo y trabajo temporal. Los efectos de los cambios y de la inestabilidad laboral sobre la salud se constituyeron en nuevas áreas de investigación.

El desempleo es un fenómeno moderno y, aunque en las sociedades industrializadas se están haciendo grandes esfuerzos por alcanzar el pleno empleo, quizá sea el tributo que estamos pagando por anteponer la producción a las necesidades humanas. El trabajo es uno de los máximos valores de nuestro sistema, pero no hemos resuelto el problema de qué hacer con los individuos que no tienen acceso a un puesto en el mercado laboral. Obtener un empleo es una expectativa social y cultural adquirida desde la infancia y reforzada en la escuela y la familia. Cuando el individuo accede al mundo laboral adquiere una posición y una identidad social, el desempleo interrumpe este proceso generando una experiencia de fracaso (1). Jahoda (2) distingue entre las funciones manifiestas del trabajo, como el salario; y las funciones latentes, como la posibilidad de experiencias compartidas, la vinculación a metas, o el tener un puesto en la sociedad. A falta de estas funciones, incluso en los casos en los que están garantizados los subsidios, el desempleo puede resultar psicológicamente destructivo. El malestar psicológico de los desempleados no se debe únicamente a la falta de recursos económicos, sino sobre todo a la ruptura que supone esta situación y que puede propiciar trastornos afectivos o psicofisiológicos (3-6).

Han sido abundantes los estudios que se han ocupado de las repercusiones psicológicas del desempleo: pérdida de autoestima, sentimientos de inseguridad y de fracaso, experiencia de degradación social, vergüenza o sentimiento de culpa, aspectos todos ellos que revelan un cambio importante en el autoconcepto del individuo (7-10). También han sido muchas las investigaciones que han estudiado el efecto debilitador que el desempleo, como factor de estrés, tiene sobre las personas afectadas propiciando una

mayor incidencia de trastornos psicológicos, como depresión, ansiedad, etc. (11-19).

El desempleo conlleva una desvalorización ante los otros, especialmente ante la familia, y provoca la ruptura de contactos en el medio social y laboral. Una característica psicológica que proporciona el trabajo es que sitúa al individuo en una red de relaciones con un lugar definido y una determinada función dentro de una estructura social (20). De todas las variables implicadas en los efectos del estrés por desempleo, la que más apoyo empírico ha recibido es la del apoyo social. Hinkle (21) demostró que los individuos con una rica estructura de relaciones sociales mantenían mejores niveles de salud que los sujetos con núcleos más reducidos, a pesar de que ambos grupos estuvieran expuestos a situaciones vitales amenazantes. El apoyo social tiene una relación indirecta con la salud al incrementar las habilidades de afrontamiento del estrés, pero la relación también es directa (22). Una adecuada red de relaciones sociales modifica la severidad de las respuestas psicológicas y de salud de los desempleados. Moss (23) lo define como el sentimiento subjetivo de pertenencia a un grupo, de sentirse aceptado por él, y demostró que, más que el apoyo real, lo que importa es el apoyo percibido por el sujeto. El desempleo conlleva una pérdida en los nodos sociales por falta real de compañeros y por el descenso de la autoestima. Si tenemos en cuenta que el apoyo social aparece como uno de los más importantes mediadores en la amortiguación de los efectos negativos del estrés sobre la salud (24) y que el desempleo socava este apoyo proveniente de las relaciones de pareja, familia y compañeros, podemos afirmar que el desempleado es doblemente vulnerable a la enfermedad física y psíquica (25).

El desempleo es considerado un suceso vital mayor. La mera noticia de despido provoca importantes cambios psicológicos (26), motivados por la valoración cognitiva del evento. Al hacerse crónica, la situación de desempleo suele ir acompañada de un mayor número de situaciones diarias de estrés diario –problemas económicos, maritales, familiares, etc.– y de una disminución de la capacidad para realizar logros instrumentales; todo ello, en conjunto, refuerza los sentimientos de baja autoestima, percepción negativa de sí mismo, desesperanza y fracaso (27).

Las investigaciones sobre los efectos del desempleo se han centrado tanto en los antecedentes de la pérdida de trabajo como en las consecuencias derivadas del desempleo de larga duración y normalmente han usado autoinformes y, con menor frecuencia, medidas fisiológicas de la respuesta al estrés. Fleming, Baum, Reddy y Gatchel (28) estudiaron las respuestas conductuales y bioquímicas que acompañan al desempleo y los resultados indicaron que cuanto mayor era el tiempo de permanencia en esa situación, más se empobrecía el repertorio conductual de los sujetos y más aumentaban sus niveles de norepinefrina y epinefrina. Estudios longitudinales informan de un número mayor de cambios vitales y mayor frecuencia de quejas somáticas entre las muestras de desempleados que en las de empleados (26), evidenciando que el estrés asociado al desempleo puede provocar elevación en la presión sanguínea. Conocer los procesos psicológicos por los que atraviesan las personas sin empleo es necesario para determinar las medidas de carácter preventivo que las necesidades de esta población demandan, entre las que hay que incluir también la intervención psicológica como un servicio más, si aspiramos a un concepto integral de la salud.

En este sentido, el interés del estudio era el de observar si existían diferencias significativas, tanto en el grado de estrés diario, como en la calidad de vida y en la salud autoinformada, entre el grupo de desempleados y el de empleados; así como analizar las relaciones entre las variables más significativas que intervienen en el complejo estrés-salud, como las características de la personalidad, los estilos de afrontamiento, o las formas de apoyo social.

MÉTODO

Participantes

Se utilizaron dos grupos, uno constituido por 86 desempleados que o no habían accedido a un empleo, o lo habían hecho por períodos muy breves, y que llevaban dos años, o más, sin trabajo estable, eran alumnos de los cursos de empleo de una fundación pública y lo constituían 44 mujeres y 42 hombres, cuyas edades estaban comprendidas entre los 17 y los 53 años ($M = 30,6$).

El nivel sociocultural era medio-bajo y bajo, ya que menos de un 2% tenían estudios de bachillerato, un 63,2% contaban únicamente con el graduado escolar y, el resto, constituido en su mayoría por inmigrantes, ni siquiera poseía esta titulación. El otro grupo lo formaban 68 empleados de la Administración Pública (administrativos, auxiliares y ordenanzas), de los cuales 38 eran mujeres y 30 hombres, con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años ($M = 31,51$) y un nivel sociocultural medio, ya que casi la mitad contaban con estudios medios o superiores y ninguno carecía del graduado escolar.

Instrumentos

Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R) (29). Diseñada para obtener una evaluación de la salud física correspondiente a los sistemas somatofisiológicos más relevantes, y construida a partir de criterios empíricos tomando como base los síntomas que suelen ser más comunes en los trastornos que afectan a los diferentes sistemas del organismo humano. Consta de 80 ítems, más otra subescala de 10 ítems para mujeres, que evalúan un amplio rango de problemas de salud, respecto de los cuales el sujeto señala la frecuencia e intensidad con que los ha experimentado en el pasado mes (desde 1 = nunca, hasta 5 = casi todos los días). Contiene las siguientes subescalas: inmunológico general (IG), cardiovascular (CV), respiratorio (RS), gastrointestinal (GI), neurosensorial (NS), músculo-esquelético (ME), piel-alergia (PA), genito-urinario (GU) y reproductor femenino (RF). La suma de las puntuaciones en todas las subescalas proporciona la medida global en la escala de síntomas somáticos. La versión actual posee un aceptable índice de fiabilidad y validez, y deriva de algunos estudios llevados a cabo con la forma inicial de la escala (30, 31).

Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)(32). Consta de 35 ítems, más una subescala de 4 ítems para personas con pareja, cuyas subescalas nos informan de: apoyo social (AS), satisfacción personal (SP), bienestar físico y psíquico (BFP) y tiempo libre (TL) o sobrecarga laboral. Ésta última fue eliminada, por tratarse de una muestra de desempleados, así como los 8 primeros ítem que hacen referencia al mundo laboral. Los ítem se refieren a la situación cotidiana en el momento

presente y se responde con una escala de frecuencia, tipo Likert, que va desde el 1 (nada) hasta el 5 (mucho); y cuya puntuación global nos ofrece el grado de calidad de vida. Los resultados indican que el CCV es una medida de la Calidad de Vida percibida que presenta una satisfactoria validez y fiabilidad, así como un razonable grado de sensibilidad a los cambios.

Inventario de fastidios (Listado FASTPEL de Estrés Diario)(33) En el que se responde en una escala de Likert, desde 0 (nada en absoluto) a 10 (muchísimo) sobre el grado de molestia que han podido originar en el último mes 57 posibles situaciones de estrés cotidiano. Recoge aspectos del funcionamiento familiar, interpersonal y laboral (estos últimos fueron eliminados por tratarse de una población sin trabajo).

Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R) (34). Evalúa estrategias relevantes que suelen emplear las personas de forma más o menos habitual para afrontar el estrés. En su construcción los autores se basan en algunos de los cuestionarios más significativos sobre estrategias de afrontamiento (23, 35) y en evidencia empírica sobre formas de afrontamiento en la población general. La escala cubre las dimensiones de: estrategias centradas en el problema, o en las emociones; estrategias activas, o de evitación; dando como resultado nueve subescalas de afrontamiento: focalizado en la situación, autofocalización negativa, autocontrol, reestructuración cognitiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, religión y búsqueda de apoyo profesional. El EEC-R es la forma más reciente del cuestionario, consta de 54 ítems y posee una fiabilidad y validez satisfactorias.

Escala de Estilos Conductuales de Miller (MBSS, Miller Behavioral Style Scale, (36, 37). Evalúa los estilos de afrontamiento “incrementador” (monitoring) y “atenuador” (blunting). En la que se exponen cuatro situaciones hipotéticas y potencialmente estresantes en las que el sujeto debe responder cómo actuaría. Cada una presenta ocho posibles formas de actuar, no incompatibles entre sí, centradas en la emoción o en las cogniciones. En varios trabajos se ha referido información a favor de la fiabilidad y validez de esta versión española de MBSS, así como su posible utilidad en el campo de la prevención de la salud (38, 39).

Escala de Apoyo Social SS-B (The Social Support Behaviors, (SS-B) Scale, (40); versión española de Sandín y Chorot (41). Evalúa el apoyo social percibido aportado por familiares y amigos respectivamente. Permite diferenciar, así mismo, entre diversas formas de apoyo social (emocional, socialización, asistencia práctica, ayuda financiera, y consejo/ayuda). La escala posee un alto grado de fiabilidad y validez (42).

Cuestionario de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (BFQ; Big Five Questionnaire; (43). Este cuestionario cuenta con una adaptación española realizada por Bermúdez (44). En nuestro estudio empleamos el BFQ, versión experimental reducida (45). Este cuestionario se compone de 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos donde 1 = absolutamente falso para mí y 5 = absolutamente verdadero para mí. El cuestionario mide los “cinco grandes factores de personalidad”: energía, tesón, estabilidad emocional, afabilidad y apertura mental. La dimensión “energía” se refiere a características como el dinamismo, la actividad, el nivel de energía, la dominancia y la locuacidad, e incluye dos subdimensiones de dinamismo y dominancia. La dimensión “tesón” se refiere a la capacidad de autorregulación y autocontrol, tanto por lo que concierne a los aspectos inhibitorios, como proactivos, mide el nivel de reflexividad, escrupulosidad, diligencia, perseverancia y sentido del orden e incluye dos subdimensiones de escrupulosidad y perseverancia. La dimensión “estabilidad emocional” mide los niveles de ansiedad, vulnerabilidad, emotividad, impulsividad, impaciencia, e irritabilidad, e incluye dos subdimensiones de control de las emociones y control de los impulsos. La dimensión “afabilidad” o “cordialidad” mide los niveles de cooperación, cordialidad, altruismo, empatía y generosidad, e incluye dos subdimensiones de cooperación/empatía y cordialidad/amabilidad; finalmente, la subdimensión “apertura mental” donde la persona que puntúa alto tiende a describirse como muy culta, informada, interesada por las cosas y experiencias nuevas y dispuesta al contacto con culturas y costumbres distintas, e incluye dos subdimensiones de apertura a la experiencia y apertura a la cultura. El autor ha aportado los coeficientes de correlación de las distintas esca-

las de la versión experimental reducida con las del original, además de los coeficientes α Cronbach para cada una de ellas: $r = 0,73$ y $\alpha = 0,50$ para energía; $r = 0,71$ y $\alpha = 0,44$ para tensión; $r = 0,85$ y $\alpha = 0,69$ para estabilidad emocional; $r = 0,71$ y $\alpha = 0,47$ para afabilidad; y $r = 0,81$ y $\alpha = 0,48$ para apertura mental.

Procedimiento

En el grupo de desempleados se aplicaron todos los cuestionarios citados, empleando para ello varias sesiones, dedicando la última de ellas a explicar los objetivos del estudio. El grupo de empleados contestaba en una sola sesión a tres instrumentos: Escala de Síntomas Somáticos (EES-R), Calidad de Vida (CCV) y Listado Fastpel de Estrés Diario (LFED). No fueron tenidas en cuenta las respuestas de tres participantes del grupo de desempleados por tener un conocimiento escaso del idioma, o haber padecido recientemente algún suceso vital mayor.

RESULTADOS

Se realizó un contraste de medias entre el grupo de desempleados y el de trabajadores respecto a las variables de estrés diario, calidad de vida y quejas somáticas. Las puntuaciones del grupo de desempleados en todas las subescalas de síntomas (EES-R) fueron más altas que las del grupo de trabajadores. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas en la escala total ($t(152) = 3,40$; $p = 4,39$) y en las de trastornos génito-urinario ($t(152) = 1,85$; $p = 1,58$), inmunológico general ($t(152) = 4,56$; $p = 4,51$) y piel-alergia ($t(152) = 1,77$; $p = 1,66$). Respecto de la calidad de vida (CCV), los datos más concluyentes fueron los referidos a la subescala de bienestar físico y psíquico ($t(152) = -4,59$; $p = -4,48$) y a la puntuación total de la escala ($t(152) = -3,67$; $p = -4,02$). En el resto de subescalas (apoyo social y satisfacción personal) se observaron diferencias entre medias, pero no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al estrés diario percibido (LFED).

Mediante un análisis correlacional, y sólo en el grupo de desempleados, se estudiaron las variables implicadas en el proceso de estrés y

salud: tipos de respuesta al estrés (MBSS), estrategias de afrontamiento (EEC-R), rasgos de personalidad (BFQ) y apoyo social (SS-B).

El nivel de estrés diario correlacionó positivamente con la escala general de síntomas ($r = 0,28$; $p = 0,05$) y negativamente con la puntuación total de la escala de calidad de vida ($r = -0,22$; $p = 0,05$) y con su subescala de satisfacción general ($r = -0,32$; $p = 0,05$). El estrés diario también correlacionó positivamente con la autofocalización negativa y la evitación ($r = 0,29$; $p = 0,05$), mientras que presentó relaciones inversas con el afrontamiento centrado en la emoción ($r = -0,32$; $p = 0,01$) y con la reestructuración cognitiva ($r = -0,27$; $p = 0,05$).

Las estrategias de afrontamiento mostraron las siguientes relaciones con el estrés diario y con los síntomas somáticos: las respuestas de evitación aparecieron positivamente relacionadas con el estrés diario ($r = 0,39$; $p = 0,01$) y con la escala general de síntomas ($r = 0,34$; $p = 0,01$). Mientras el afrontamiento basado en la reestructuración cognitiva se relacionó negativamente con la escala general de síntomas somáticos ($r = -0,35$; $p = 0,01$), la autofocalización negativa mostró la relación inversa con la misma escala ($r = 0,53$; $p = 0,01$), especialmente con los síntomas gastrointestinal, músculo-esquelético y respiratorio. La expresión emocional mostró una correlación negativa con algunos síntomas: ($r = -0,28$; $p = 0,05$) en gastrointestinal, ($r = -0,34$; $p = 0,01$) en músculo-esquelético y ($r = -0,38$; $p = 0,01$) en la escala total de síntomas; La búsqueda de apoyo social y profesional, como estrategias de afrontamiento, se relacionaron con una menor aparición de síntomas, ($r = -0,43$; $p = 0,01$) y ($r = -0,52$; $p = 0,01$) respectivamente.

El apoyo social presentó las relaciones más claras con el estrés y la salud. La escala global correlacionó negativa y significativamente con todas las subescalas de síntomas, especialmente con la general ($r = -0,73$; $p = 0,01$), con la de síntomas gastrointestinales ($r = -0,53$; $p = 0,01$), neurosensorial ($r = -0,42$; $p = 0,01$), inmunológico general ($r = -0,41$; $p = 0,01$) y músculo-esquelético ($r = -0,37$; $p = 0,01$). Igualmente presentó correlaciones positivas con todas las escalas de calidad de vida, especialmente con la de bienestar físico y psíquico ($r = 0,45$; $p = 0,01$). El

apoyo social apareció inversamente relacionado con el afrontamiento negativo ($r = -0,46$; $p = 0,01$) y con la evitación ($r = -0,29$; $p = 0,01$) y de forma positiva con el autocontrol ($r = 0,30$; $p = 0,01$) y con la reestructuración cognitiva ($r = 0,49$; $p = 0,01$).

De los rasgos de personalidad (medidos con el BFQ en su forma reducida), el único que mostró una clara relación positiva con la escala general de síntomas fue el rasgo de estabilidad emocional ($r = 0,22$; $p = 0,01$). Éste y otros rasgos mostraron correlaciones negativas con la autofocalización negativa como forma de afrontamiento: estabilidad emocional ($r = -0,24$; $p = 0,01$), apertura ($r = -0,32$; $p = 0,01$) y energía ($r = -0,30$; $p = 0,01$).

DISCUSIÓN

Como se ha referido, los resultados de anteriores investigaciones sobre los efectos psicológicos del desempleo apuntan a serios y permanentes riesgos para la salud psicológica de los afectados, especialmente de cara a la depresión (9, 46-48). Otros estudios confirman que también la salud física percibida de los desempleados se ve perjudicada cuando la experiencia de estrés tiende a hacerse crónica (26); así parecen manifestarlo las diferencias encontradas entre desempleados y empleados en el trabajo que nos ocupa, en cuanto a calidad de vida y síntomas somáticos.

Por otro lado, con el análisis correlacional entre las principales variables implicadas no se pretendía más que esbozar el esquema básico del proceso de estrés, confirmándose las relaciones entre algunas respuestas de afrontamiento (como la reestructuración cognitiva o el apoyo social) con el estrés y con la salud. La situación de desempleo, igual que cualquier otro suceso estresante, es vivida e interpretada de manera diferente por cada persona, de acuerdo con una serie de circunstancias individuales: tipo de recursos psicológicos de que se disponga y evaluación que se haga de sus propios recursos para enfrentarse al problema (1, 27, 46, 49, 50).

Algunas formas de afrontamiento que han aparecido relacionadas positivamente con la salud son: el grado de control que cree tener el sujeto sobre la situación, aspecto éste que en

otros estudios se mostró relacionado con el nivel de depresión de los desempleados (13, 19, 51), la reestructuración cognitiva y la basada en la búsqueda de apoyo social y profesional; mientras que otras respuestas, como la evitación y la autofocalización negativa mostraron relaciones positivas con varios síntomas somáticos. Otros estudios empíricos han confirmado que el afrontamiento pasivo, las respuestas de indefensión y una escasa expresión emocional parecen relacionarse con el incremento de glucocorticoides, reduciendo la competencia inmunológica y aumentando la vulnerabilidad hacia enfermedades asociadas al sistema inmune; mientras que el mantener cierto control sobre los eventos estresantes, el afrontamiento activo y las respuestas de fuerte expresión emocional, se asocian a incrementos crónicos en la actividad simpática y catecolaminérgica y de la responsividad cardiovascular, que llevan a un deterioro en la estructura y función vasculares (52). Como se verá más adelante al hablar del resto de variables, a la hora de estudiar los tipos de afrontamiento, son preferibles los estudios longitudinales a los transversales, puesto que, aunque en ambos casos el afrontamiento suele aparecer relacionado con la salud, no queda claro si esta relación es directa o bien su influencia se da a través de alguna otra variable. Lo que resulta evidente es que las formas de afrontamiento deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar programas preventivos destinados a esta población: entrenamiento en reestructuración cognitiva, resolución de problemas, habilidades sociales, búsqueda de apoyo, etc., entendiendo que juegan un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Lo más concluyente es, sin duda, la relación que se establece entre el apoyo social y la salud. Hemos visto que la escala global del SS-B (31) se relacionó negativamente con todas las subescalas de síntomas y positivamente con todas las subescalas de calidad de vida. La relación fue también negativa con el afrontamiento negativo y con la evitación, variables que, a su vez, mostraron relaciones positivas con el nivel de síntomas somáticos. En otras investigaciones se ha mostrado que, además de existir una relación directa entre el apoyo social y la salud (21, 22), dicha variable influye también de una forma indirecta a través de

la evaluación que se realiza de la situación y de los recursos y a través de las formas de afrontamiento. Aunque el presente estudio es de tipo transversal y no pueden establecerse relaciones de causa-efecto, existen investigaciones que demuestran los efectos del apoyo social como moderador de las consecuencias que el desempleo tiene sobre la enfermedad (53). Comparando a sujetos del medio urbano y rural, se encontró que éstos últimos contaban con una red más amplia y compleja de relaciones, presentando no sólo un nivel mucho más significativo de apoyo social, sino también mejores índices en presión arterial, colesterol y otras características relacionadas con la enfermedad (21). El apoyo social se ha mostrado, pues, como un buen predictor de la aparición, o no, de trastornos físicos y psicológicos (54). El desempleo provoca la ruptura de una serie de contactos en el medio social del individuo y la pérdida de amigos relacionados con el trabajo. Esta variable actúa afirmando la propia identidad individual y facilitando las dimensiones cognitivas de resolver problemas, manifestándose como el mediador más importante en la disminución de las consecuencias negativas del estrés sobre la salud. Si la situación de desempleo mina las fuentes de apoyo, entonces el desempleado está expuesto por doble vía a la enfermedad física y psíquica (25).

Volviendo a nuestro estudio, si bien se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción de estrés diario, éstas no fueron estadísticamente significativas y, a pesar de ello, se produjeron distintos niveles de salud autoinformada en ambos grupos. Una posible explicación es que también los empleados están sometidos a estrés, con características seguramente distintas y con una forma de respuesta y de afrontamiento diferentes, ya que tienen mayor nivel de libertad para manejar las demandas que valoran como estresantes, mientras que el desempleado apenas tiene opciones para transformar la situación y, al carecer de compañeros, cuenta con una red de apoyo social muchísimo más reducida. Hemos visto que el nivel de estrés diario correlacionó positivamente con formas de afrontamiento como la autofocalización negativa y la evitación, mientras que presentó relaciones inversas con un afrontamiento activo, ya fuera centrado en la emoción, como en la reestructuración cognitiva.

Un aspecto que puede apreciarse en las características de ambos grupos de participantes es que no son equiparables en cuanto al nivel socio-cultural. Esta variable resultó imposible de igualar, ya que el desempleo suele ir asociado no sólo con un nivel socioeconómico y cultural más bajo, sino también con una mayor acumulación de problemas (maritales, familiares y de relación). En este punto cabría preguntarse si los desempleados padecen estos problemas por su situación laboral, si es a la inversa, o bien se trata de una interacción entre todas estas dificultades. Fleming, Baum, Reddy y Gatchel (28) demostraron que la situación de desempleo implica un decremento motivacional que se refleja en un amplio abanico de respuestas de los sujetos. La investigación sugiere que la exposición prolongada a un ambiente incontrolable puede producir decremento de la motivación y debilitamiento en la ejecución de tareas. Fleming et al. demostraron que la motivación se deterioraba al hacerse crónica la situación de desempleo, mientras que los individuos que habían perdido su trabajo hacía pocos meses no mostraban esta característica.

Como en otros estudios transversales, es preciso ser cauteloso con las interpretaciones causales entre distintas variables, en este caso, el desempleo, el estrés y la salud. No puede afirmarse que los individuos manifiesten mayor número de quejas de salud por haber perdido el empleo, o que el proceso sea el inverso. Las personas más desfavorecidas social y culturalmente son también más vulnerables a la enfermedad, incluso a presentar una esperanza de vida considerablemente más baja que la del resto de la población. Para Bartley y Ferrie (55), estas personas son más propensas a la depresión y a otros trastornos psicológicos, como baja inteligencia, o actitudes fatalistas, lo que favorece el riesgo de desempleo. Pero estas variables interactúan entre sí, generando un círculo vicioso entre condiciones sociales y estado de salud física y psíquica y por ello, son preferibles los estudios longitudinales a los transversales.

A pesar de la evidencia existente sobre la influencia del desempleo en la salud, se sabe poco de los posibles efectos protectores de distintas intervenciones sociales. En un estudio con desempleados de varios países, Rodríguez (56)

puso en evidencia que los subsidios económicos no son suficientes para reducir el impacto del desempleo sobre la salud. La falta de recursos no es el único factor que afecta a los desempleados, como hemos visto, sino la ruptura que supone con su mundo de relaciones, la carencia de nodos sociales y de un rol ante los demás; cuestiones que desembocan en la pérdida de autoestima y en las dificultades a la hora de emprender nuevos aprendizajes, aspectos que deberían ser tenidos muy en cuenta, tanto a la hora de investigar, como a la hora de diseñar programas de prevención. Dentro de los cursos de formación que las instituciones programan para facilitar la inserción laboral deberían incluirse intervenciones que contemplen el entrenamiento en habilidades destinadas a paliar los efectos negativos del desempleo. Es necesario tener en cuenta que los desempleados tienen necesidades sustanciales, como es la de disponer de un lugar en la sociedad, y la necesaria autoestima para poder funcionar como miembro de un grupo desempeñando unas funciones y realizando unas actividades que al mismo tiempo sean reconocidas y valoradas por los otros (27).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Buendía J.:** Aspectos psicológicos y psicopatológicos del desempleo. *Psiquis*, 1989; 6: 47-53.
2. **Jahoda M.:** The impact of unemployment in the 1930's and the 1970's. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1979; 32: 309-314.
3. **Buendía J.:** Depresión y apoyo social. Murcia: Myrtia, 1990.
4. **Lennon MC.:** Work and unemployment as stressors. En Horwitz, A., Scheid, T.L. (Ed.) *A Handbook for the Study of Mental Health: Social contexts, theories, and systems*, 1999; 284-294.
5. **Schwefel D.:** Unemployment and mental health. Perspectives from the Federal Republic of Germany. *International Journal of Mental Health*, 1984; 13: 35-50.
6. **Viney LL.:** They call you a dole bludger: some experiences of unemployment. *Journal of Community Psychology*, 1985; 13 (I): 31-45.
7. **Apple MW.:** Double Depression: Schooling, unemployment and family life in the Eighties. *Comparative Education Review*, 1986; 30: 408-610.
8. **De Grace GR y Joshi P.:** Estime de soi, solitude et dépression chez les chômeurs diplômés, d'université selon la durée du chômage: Une comparaison avec les non diplômés. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1986; 5: 99-109.
9. **Sheeron P, y Abrams C.:** Unemployment and self-conception: an Aymbolie interactionist analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1994; 4: 115-129.
10. **Tennen H y Herzberger S.:** Depresión, self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987; 52: 72-80.
11. **Banks M.:** The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 1980; 53: 187-194.
12. **Feather NT.:** Unemployment and its psychological correlates: A study of depressive symptoms, self-esteem, protestant ethic values, attributional style and apathy. *Australian Journal of Psychology*, 1982; 34: 309-323.
13. **Jahoda M.:** *Employment and unemployment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
14. **Morch H.:** Coping with unemployment among young Danes: An empirical study of the differential effects of individual coping and social support. *Dissertation Abstracts International*, 1986; 47 (4B) New York University.
15. **Warr P.:** The psychological impact of continuing unemployment: some longitudinal data and a general model. En D. Schwefel, P. Svensson y H. Zöllner (Eds.). *Unemployment, social vulnerability and health in Europe*. Berlin: Springer-Veslag, 1987.
16. **Maastekasa A.:** Unemployment and Health: Selection effects. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1996; 6: 189-205.
17. **Smari J, Arason E, Hafsteinsson H, e Ingimarsson S.:** Unemployment, coping and psychological distress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 1997; 38: 151-156.
18. **Winefield A y Tiggemann M.:** Employment status and psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 1990; 75: 455-459.
19. **Tiggerman M y Winefield AH.:** The effects of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control, and depressive effect of school leavers. *Journal of Occupational Psychology*, 1984; 57: 33-42.
20. **Fagin L.:** Stress y desempleo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1987; 7: 265-276.
21. **Hinkle LE Jr.:** The effect of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships on health. En B.S. Dohrenwend and B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: Wiley, 1974.

22. **Ullah P, Banks M y Warr P.:** Social support, social pressures and psychological distress during unemployment. *Psychological Medicine*, 1985; 15: 283-295.
23. **Moos RH y Billings AG.:** Conceptualising and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* 1982; (212-230). New York: Free Press.
24. **Atkinson T, Liem R y Liem JH.:** The social costs of unemployment: Indications for social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 1986; 27: 317-331.
25. **Aneshensel CS y Stone JD.:** Stress and depression. A test of the buffering model of social support. *Archive General of Psychiatry*, 1982; 39: 1392-1396.
26. **Kasl SV, Gore S y Cobbs S.:** The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behaviour. *Psychosomatic Medicine*, 1975; 37: 107-121.
27. **Buendía J.:** Desempleo y salud mental. En Buendía, J. y Ramos, F. (Coor.) *Empleo, estrés y salud*. Madrid. Pirámide, 2001.
28. **Fleming R, Baum A, Reddy D y Gatchel RJ.:** Behavioral and Biochemical effects of job loss and unemployment stress. *Journal of human stress*, 1984; 10: 12-17.
29. **Sandín B y Chorot P.:** Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado), 1995.
30. **Sandín B y Chorot P.:** Escala de Síntomas Somáticos (ESS). III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, 25-28 de septiembre de 1991.
31. **Sandín B, Chorot P, Segura A y Pardo A.:** Estrés, coping y síntomas somáticos. IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gandía, 10-12 de marzo, 1988.
32. **Ruiz MA.:** Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV). *European Journal of Psychological Assessment*, 1993; 9 (19-32).
33. **Pelechano V.:** Análisis no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1994; 71-72 (311- 611).
34. **Chorot P y Sandín B.:** Escala de estrategias de Coping (EEC). III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, 25-28 de septiembre, 1991.
35. **Lazarus RS y Folkman S.:** *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
36. **Miller S.:** Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987; 52: 345-353.
37. **Chorot P y Sandín B.:** Escala de Estilos Conductuales de Miller (MBSS). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado), 1990.
38. **Lostao L, Chorot P. y Sandín B.:** Psychological variables and their influence in the participation in a breast cancer screening program. 26th Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapies. Budapest (Hungría), 2-5 de octubre, 1996.
39. **Lostao L, Sandín B, Chorot P y Lacabe F.:** Implicaciones de las creencias de salud y de las estrategias de afrontamiento en el "screening" de mama. XIII Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Pamplona, 23-24 de noviembre, 1995.
40. **Vaux A, Riedel S y Stewart D.:** Modes of social support: The Social Support Behaviors, (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 1987; 15: 209-237.
41. **Chorot P y Sandín B.:** Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart. Madrid: Universidad de Educación a Distancia (UNED)(policopiado), 1990.
42. **Jiménez P, Sandín B, Chorot P y Santed MA.:** Perceived social support: Relationship with life events and health. 23rd International Congress of Applied Psychology. Madrid, 17-22 de junio, 1994.
43. **Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L y Perugini M.:** The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 1993; 15: 281-288.
44. **Bermúdez J.:** Cuestionario "Big Five". Adaptación española. Madrid: TEA, 1995.
45. **Bermúdez J.:** BFQ. Versión experimental reducida. Informe de Investigación; Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, UNED. Madrid, 1998.
46. **Goldney R.:** Unemployment and health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1996; 30: 309-311.
47. **Shams M y Jackson PR.:** The impact of unemployment on the psychological well-being of British Arians. *Psychological Medicine*, 1994; 24: 347-355.
48. **Viinamäki H, Koskela K y Niskamen L.:** Rapidly declining mental well-being during unemployment. *The European Journal of Psychiatry*, 1996; 10: 215-221.
49. **Frese M y Mohr G.:** Prolonged unemployment

-
- and depression in older workers: A longitudinal study of intervening variables. *Social Science and Medicine*, 1987; 25: 173-178.
50. **Vinokur A, Caplan RD y Williams CC.:** Effects of recent and past stress on mental health; coping with unemployment among Vietnam veterans and nonveterans. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987; 17 (8): 710-730.
51. **Jackson T.:** Differences in psychosocial experiences of employed, unemployed, and student samples of young adults. *Journal of Psychology*, 1999; 133: 49-60.
52. **Eysenck HJ.:** Personality and stress as casual factors in cancer and coronary heart disease. En M.P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress and health psychology* (129-145). Nueva York: Springer Verlag, 1988.
53. **Gore S.:** The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978; 19: 157-165.
54. **Bolton W y Oatley K.:** A prospective study of unemployment and a theory of depression. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1983; 36: 39-83.
55. **Bartley M y Ferrie J.:** Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *Epidemiol Community Health*, 2001; 55: 776-781.
56. **Rodríguez E.:** Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and United States. *American Journal of Public Health*, 2001; 91.