

UNA ENFERMEDAD LLAMADA PARO: LA TRASTIENDA DEL DESEMPLEO DEL LARGA DURACIÓN

Juan del Llano Señarís / Encarnación Aracil Rodríguez / Magdalena del Llano Señarís / Juan Luis González Pérez / Francisca Fernández Sánchez / Begoña Román Crespo / Marta Esquivias Tallada
Asociación para el Desarrollo Comunitario (ADC)

Resumen

Objetivo. El objetivo general de la investigación es conocer las posibles consecuencias de la situación de desempleo de larga duración sobre el medio familiar y social, así como los mecanismos que llevan a la aparición de problemas de salud entre los desempleados de larga duración.

Métodos. Los sujetos de estudio fueron desempleados de larga duración de 35 a 55 años del municipio de Madrid, sustentadores principales y con cargas familiares. Se trata de una investigación cualitativo-intensiva, con particular énfasis en los aspectos individuales, sociales, sanitarios y económicos. El instrumento de medida común fue la combinación del grupo de discusión integrado por cinco personas, de una duración aproximada de 120 minutos, con las entrevistas enfocadas e individuales (48) sobre guión semiestructurado, de una duración aproximada de 60 minutos, utilizando medios de grabación (cinta audio).

Resultados. En el desarrollo del grupo de discusión se objetivó un agravamiento de la salud psicológica y de la situación familiar por el mantenimiento forzoso de la situación de desempleo. En las entrevistas en profundidad se detectan claras diferencias en cuanto al impacto del desempleo sobre la salud dependiendo de la zona de pertenencia, género y edad. Presentan más problemas de salud en la zona socioeconómica baja, las mujeres y los/as desempleados/as de mayor edad.

Conclusión. Los efectos del desempleo sobre el estado de salud no se pueden aislar de otras malas condiciones sociales y económicas subyacentes, es decir, de las desigualdades sociales, económicas, educativas, etcétera, anteriores a la situación de desempleo.

Palabras clave: Desempleo de larga duración. Investigación cualitativa. Salud y desigualdades sociales.

A SICKNESS CALLED UNEMPLOYMENT: THE BACKSHOP OF THE LONG-TERM UNEMPLOYMENT

Summary

Objectives. The general objective of this investigation is to know the possible consequences of long-term unemployment on the family and social environment, as well as the mechanisms which lead to the appearance of health problems among long-term unemployed people.

Methods. The subjects of this study were long-term unemployed people of 35 to 55 years of age of the municipal term of Madrid, with families depending on them. This is a qualitative-intensive investigation, with special emphasis on the individual, social, sanitary and economical aspects. The instrument of common measurement was the combination of the discussion group integrated by five people, during approximately 120 minutes, with focused and individual interviews (48) over a semistructured script, during approximately 60 minutes, using recording instruments (audio tape).

Results. During the development of the discussion group a worsening of the psychological health and family situation was observed as a consequence of remaining unemployed. In the more thorough interviews we could detect clear differences according to the impact of unemployment on health depending on the low socioeconomical area, women and older unemployed people.

Conclusions. The effects of unemployment on health cannot be isolated from other underlying bad social and economical conditions, that is to say, from social, economical, educative unequalities, etc., previous to the unemployment situation.

Key words: Long-term unemployment. Qualitative research. Health and social unequalities.

Correspondencia: Juan del Llano Señarís. Monte Esquinza 36 - 3ºC; 28010 Madrid.

Este trabajo se ha financiado parcialmente con la ayuda PBS 91-1211 de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología. Este artículo fue *enviado* el 28 de febrero de 1994 y fue *aceptado* tras revisión, el 24 de noviembre de 1995.

Introducción

El desempleo aparece como un problema estructural de nuestro país (principalmente debido a su alta tasa, su incidencia recurrente, su larga duración y a las dificultades de reempleo) que afecta a 3.537.490 personas¹. Esto supone, para esa fecha, una tasa de paro del 22,73 por 100 sobre la población activa (algo más del doble de la media de los países de la Unión Europea)².

El desempleo no afecta por igual y de la misma forma a todos los desempleados. Los grupos más vulnerables son muy heterogéneos, y sólo han sido identificados parcialmente. Uno de los colectivos más afectados es el de los desempleados de larga duración. Al prolongarse en el tiempo la situación de desempleo, o tener una incidencia recurrente, encuentran grandes dificultades de reempleo, pierden cualificación y por lo tanto aumentan sus dificultades de integración laboral.

El desempleo de larga duración afecta a un importante número de ciudadanos en nuestro país, aproximadamente algo más de la mitad del total de los parados llevan más de un año en esta situación y algo más de un tercio llevan dos años³.

Por otra parte, numerosos estudios⁴⁻¹⁴ nos dicen que la situación de desempleo afecta al binomio salud-enfermedad, pero existe escasa evidencia sobre los mecanismos que intervienen en ello. Entre otras razones, porque la existencia de razones teóricas plausibles no garantiza que tal tipo de relación pueda ser demostrada fácilmente. Además, parece que los efectos del desempleo no se pueden aislar fácilmente de otras condiciones subyacentes, como son la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo, habilidades o cualificaciones no objeto de demanda en el mercado, etcétera^{13,15-22}.

Las consecuencias del desempleo sobre aquellos aspectos de la salud que han venido llamándose «salud mental» están bien establecidas, habiéndose demostrado entre los desempleados la existencia de una mayor proporción de: depresiones⁴, suicidios y tentativas^{5,6}, trastornos psiquiátricos y psicósomáticos^{4,7,23}; y una mayor reducción de la autoestima^{4,8}. La relación entre desempleo y «salud física» no está tan establecida pues ha sido menos estudiada. Durante la amenaza de cierre de la empresa y después del despido, el impacto es más psicológico. Según transcurre el tiempo de permanencia en desempleo, el impacto tiene más consecuencias físicas¹².

Existen estudios sobre desempleo y mortalidad^{8-10,15} que, con una razonable certeza, demuestran que el desempleo incrementa la probabilidad de muerte prematura.

La situación familiar de la persona desempleada ejerce una considerable influencia en el significado y grado de estrés que genera el suceso de ser/estar desempleado. Los desempleados y sus familias también presentan un mayor malestar, con aparición de diferentes síntomas¹¹ que les lleva a utilizar más los servicios del médico de familia, constatándose que el factor que mejor explica la asociación con el deterioro de la salud es el estrés económico, aunque su impacto se puede ver contrarrestado por el efecto amortiguador del soporte familiar.

Por último, el desempleo se asocia a una pérdida de relaciones sociales y laborales; a una desestructuración del tiempo libre causada por la inactividad forzada, a cambios en los estilos de vida, tal vez como consecuencia de las dificultades económicas; y a una baja politización y participación ciudadana¹².

Las implicaciones del desempleo no se reducen a su efecto negativo sobre la salud de los parados. Por un lado, está produciendo grandes efectos en las bases y en el funcionamiento de los sistemas de provisión sanitaria y social. Los programas socio-sanitarios están insuficientemente preparados para satisfacer las necesidades sociales que están surgiendo, en parte por la ya comentada heterogeneidad de los grupos más vulnerables: jóvenes menores de veinticinco años en busca de primer empleo; mayores de cuarenta y cinco años; mujeres; personas no cualificadas; personas con minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales; y aquellos que habitan en áreas industriales en declive. Por otro lado, los estilos de vida de los desempleados se ven irremediabilmente alterados por tal circunstancia. Para aquellos que tienen empleo y lo pierden, los cambios en el estilo de vida son evidentes, y abarcan desde los patrones de alimentación a los de relación social¹². Para los que no acceden a un primer empleo -fundamentalmente jóvenes- provoca que muchos de ellos sigan dependiendo económicamente de sus familiares, lo que obstaculiza el desarrollo de la autonomía personal, la vida en pareja y la creación de una familia, ocasionando también la tardanza en la llegada del primer hijo. Entre parejas establecidas provoca una disminución de la descendencia final y grandes diferencias de edad entre generaciones¹⁶.

Es presumible que todo lo anterior, en función del elevado número de desempleados existente en nuestro país, esté contribuyendo a cambios sociales, culturales y de comportamiento demográfico. Podemos concluir, por tanto, que nos encontramos ante un serio y desafiante problema de salud pública y de bienestar social.

El objetivo general de la investigación es conocer las posibles consecuencias de la situación de desempleo de larga duración sobre el medio familiar y

social, así como los mecanismos que llevan a la aparición de problemas de salud entre los desempleados de larga duración.

Los objetivos específicos son: a) identificar los problemas familiares, de salud y sociales prevalentes relacionados con el desempleo de larga duración; b) determinar los factores que influyen en la salud y en la integración social de los desempleados de larga duración, y c) identificar las barreras en el acceso y utilización de servicios socio-sanitarios.

Material y métodos

Se ha realizado una investigación de tipo cualitativo o intensivo, también conocida como estudio de casos, en el que se han enfatizado los aspectos individuales, sociales, sanitarios y económicos. El instrumento de medida fue la combinación del grupo de discusión integrado por cinco personas, con una duración aproximada de 120 minutos, junto a las entrevistas enfocadas e individuales (cuarenta y ocho), sobre guión semi-estructurado, con una duración aproximada de 60 minutos, utilizando medios de grabación (cinta de audio).

Se preparó un guión abierto para el grupo de discusión y otro guión semi-estructurado para las entrevistas, incluyendo preguntas relativas a la situación de desempleo de larga duración y su posible relación con otros aspectos: impacto sobre las relaciones familiares, estado de salud previo y salud actual percibida, trastornos psicológicos menores, estrés y su afrontamiento, soporte económico, redes de apoyo social y familiar, expectativa de encontrar empleo, búsqueda y opciones de trabajo, participación ciudadana, utilización del tiempo libre, condiciones de trabajo anteriores al desempleo, uso de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, pautas nutricionales, utilización de servicios sanitarios y sociales, nivel educativo y vivienda.

Los sujetos fueron desempleados de larga duración de 35 a 55 años del municipio de Madrid, sustentadores principales y con cargas familiares. La muestra a entrevistar se obtuvo a través del Instituto Nacional de Empleo (INEM) a partir de sus ficheros de desempleados registrados en las Oficinas de Empleo del municipio de Madrid durante más de dos años (clave 10: «buscando activamente empleo»). El listado, clasificado según la zonificación propia de las Oficinas de Empleo, se adecuó a la delimitación de carácter administrativo municipal vigente. Se pretendía determinar el grado de acuerdo o desacuerdo que guardaban las zonas cubiertas por la oficina local de empleo con las características

de segregación económica-espacial del territorio municipal, bien establecidas en trabajos previos^{14,16}, lo que dio lugar a tres tipologías básicas: zona socioeconómica alta, media y baja. Los distritos quedan integrados así en cada zona. Zona socioeconómica alta: Fuencarral, Moncloa-Aravaca, Chamartín, Chamberí, Salamanca, Retiro, Centro; zona socioeconómica media: Hortaleza, Ciudad Lineal, Moratalaz; zona socioeconómica baja: Latina, Carabanchel, Tetuán, Arganzuela, Usera, Villaverde, Vallecas, Vicálvaro, San Blas, Barajas.

La fase segunda fue la selección de las unidades de análisis, para lo que se extrajeron aleatoriamente los nombres de las personas que componían la población diana, combinando las dos variables básicas sexo (varón/mujer) y edad (35-45 y 46-55 años) y manteniendo la misma composición numérica de personas a entrevistar según las tres zonas socioeconómicas (alta, media y baja). Para el grupo de discusión, los sujetos se obtuvieron de manera aleatoria a partir de las tres variables mencionadas: dos por cada zona, uno varón y otro mujer, y uno por cada tramo de edad (de 35 a 45 y de 46 a 55 años). En cuanto a las entrevistas en profundidad y combinando de manera análoga las mismas variables se realizaron 16 entrevistas en cada zona: 8 a varones (4 de 35-45 años y 4 de 46-55) y 8 a mujeres (4 de 35-45 años y 4 de 46-55).

Resultados

Grupo de discusión

En el desarrollo del grupo de discusión se objetivó un agravamiento de la salud psicológica por el mantenimiento forzoso de la situación de desempleo. Se trabajó con cinco sujetos. El primero, varón, casado con hijos, de la zona media, con tres años de desempleo; el segundo, varón, casado con hijos, de la zona media, con cinco años de desempleo; el tercero, varón, casado con hijos, de la zona alta, con seis años de desempleo; el cuarto, mujer, divorciada, con hijos, de la zona baja, con ocho años de desempleo y el quinto, mujer, casada, con hijos, de la zona alta, con ocho años de desempleo.

El segundo y tercer sujeto no informaron acerca de problemas de salud, aunque reconocen que influyen en la dificultad de reempleo.

El primer sujeto ha experimentado un deterioro físico a causa de los efectos secundarios del tratamiento para una hiperlipidemia de tipo hereditario, y este hecho ha influido posteriormente a nivel psicológico, debido a la medicación mantenida en el tiempo.

Las dos mujeres, sin embargo, consideran que sus problemas psicosomáticos (ansiedad, insomnio, alergias y dermatitis) «se deben» al desgaste psicológico producido por la situación de desempleo.

La adaptación más activa parece ser la del tercer sujeto. No parece tener problemas específicos de salud, ha modificado su concepto de responsabilidad y asume no ser necesariamente «el cabeza de familia», reparte las tareas del hogar escrupulosamente con su pareja según la intensidad de ocupación de cada uno, y ha dejado claro en su círculo social inmediato su situación y lo que se puede esperar de él.

Entrevistas en profundidad

Ventajas por la pérdida del empleo

Al comienzo de la conversación se preguntaba a los entrevistados por las posibles «ventajas» que podría tener su actual situación de desempleo. Esta pregunta, si bien desconcertaba en un primer momento y muchos contestaban con monosílabos, en otros casos nos sugerían las líneas por las que se podía profundizar más a lo largo de la entrevista.

Mientras que la totalidad de los varones entrevistados en las tres zonas socioeconómicas se sienten incapaces de atisbar ventaja alguna al desempleo, las mujeres, con independencia de su zona de adscripción, encuentran satisfactoria la mayor dedicación a la familia que les permite dicha situación y aluden a ella como un aspecto positivo.

«¿Ventaja? Pues... realmente necesitaba a los niños; entonces, sí, es beneficioso en ese aspecto: para los niños y para mí.»

Esta posición puede estar respaldada porque perciben que su sueldo es un complemento del sueldo del marido o un ingreso extra y el trabajo fuera del hogar no les compensa al estar insuficientemente remunerado, entre otras razones, por el escaso nivel educativo alcanzado por ellas (sobre todo por las residentes en zonas media y baja). Ello está provocado, en la mayoría de los casos, por la temprana incorporación al mercado de trabajo determinada por la necesidad económica sentida en el hogar en el que se criaron. Esta valoración del papel tradicional de dedicación al hogar y la vuelta al ámbito privado repercute positivamente en su estado anímico, siempre y cuando no exista una necesidad económica importante.

«Bueno, pensando en el trabajo, que ahora tengo más tranquilidad. Porque era horrible, no el trabajo en sí, que era bonito, sino que eran muchísimas horas, y cuando llegaba aquí, a casa, la verdad es que estaba muy

cansada. Ahora puedo dedicar más tiempo a mis hijos y marido.»

Los varones, sin embargo, aluden directamente a las desventajas que para ellos supone el desempleo. En todos los casos éstas van siempre unidas a las restricciones económicas del desempleo: pérdida del poder adquisitivo, disminución o descenso del nivel de ingresos, dificultades para hacer frente a los pagos y gastos habituales, junto al estrés asociado, el peso de las cargas familiares, etcétera.

«Es evidente que si no tienes un equilibrio económico, cómo vas a tener un equilibrio en los demás aspectos de la vida y la vida se convierte en una cuesta arriba continua y, sin recursos económicos, más. Y no me extraña que haya gente por ahí que se dedique a asaltar bancos; no lo justifico, pero sí lo comprendo.»

El grado de lucha que suponen las restricciones económicas del desempleo, unido a las presiones derivadas de la continua administración de los gastos, provoca en los varones entrevistados, como únicos sustentadores de la familia, un estrés económico (la ansiedad asociada con conseguir llegar a fin de mes), que afecta profundamente a su bienestar.

«¿Ventaja? Ninguna, un desastre total: económico, moral, de todo, de problemas en casa, de nerviosismo... Un desastre total, porque, al notar lo mínimo, para poder pagar una letra que te venza, o la comunidad, te ves hasta el punto de que llegan a cortarte la luz.»

En la zona socioeconómica media, los varones con edad inferior a cuarenta y cinco años se muestran algo más positivos frente a la pérdida de trabajo, buscando alternativas a la inactividad que conlleva su situación, lo que les hace sentirse útiles y capaces de organizar su vida de otra manera, como, por ejemplo, empezar a trabajar por cuenta ajena.

«Hombre, que duermo más, estoy más tranquilo. Más contento, no tengo que aguantar a nadie, hago mis cositas, pero cuando yo quiero y me apetece. Pero hay que tener imaginación. Hay gente que piensa que ya no sirve para nada y es mentira.»

«Sí, porque me sentía agobiado, pertenecía al comité de empresa. He realizado cursillos durante este tiempo y pienso ponerme a trabajar por mi cuenta en lo que aprendí en los cursillos.»

Ante la misma pregunta, los varones entrevistados en la zona socioeconómica alta se muestran unánimes en los aspectos negativos de la falta de trabajo, su estrecha relación con la ausencia de recursos económicos e incluso consideran que la

disponibilidad de tiempo libre es más un inconveniente real que una ventaja teórica.

«No le veo ninguna [ventaja]: más tiempo libre y no sé cómo distribuirlo.»

Impacto sobre la salud

Se detectan claras diferencias en cuanto al impacto del desempleo sobre la salud dependiendo de la zona de pertenencia, género y edad. Presentan más problemas de salud en la zona socioeconómica baja, las mujeres y los/as desempleados/as de mayor edad.

Salud antes del desempleo

El estado de salud previo puede considerarse como un predictor de posterior agravamiento del estado de salud como consecuencia del mantenimiento prolongado de la situación de desempleo, circunstancia en la que incurre el colectivo investigado.

Casi todos los entrevistados pertenecientes a la zona socioeconómica baja autovaloran como regular o malo su estado de salud anterior.

«Malo; me dolía la cabeza, la espalda; me ha dolido todo. Tengo la enfermedad de Crohn; es una enfermedad muy chunga. El taxi es propenso a eso.»

«Tenía molestias en la columna y no hacía caso, porque no me podía quedar en casa: hacía falta dinero. Y así 16 años, hasta que los médicos...»

Mientras, la percepción de dicho estado es más heterogénea en la zona socioeconómica media, vislumbrándose la importancia que tiene la extracción social de los sujetos objeto de estudio frente a su valoración subjetiva.

«¿Mi salud? Igual que ahora, pero entonces tenía más estrés debido al trabajo.»

«Bien, siempre he estado bien. Las jaquecas las he tenido toda mi vida, pero sobre todo se me acentúan en los períodos de nerviosismo y depresión. Depresión, a partir de dejar de trabajar.»

En la zona socioeconómica alta, ninguna de las personas entrevistadas considera que su salud antes era mejor que la actual, asegurando que, básicamente, se ha mantenido en los mismos buenos niveles que en el pasado. Aun así, las mujeres refieren siempre más desórdenes de tipo nervioso o mencionan, quizás, más desinhibidamente su estado psíquico.

«La salud la tengo bien, lo que pasa es que según el ánimo que tú tengas, que influye mucho... Es todo una cosa con otra, es un círculo vicioso.»

«Bueno, antes no estaba deprimida, estaba como más alegre, era como más yo. Ahora no. Ahora me encuentro un poco la criada de todos.»

Salud actual

La mala salud, sobre todo mental, es muy común entre todo el colectivo de desempleados, teniendo especial incidencia los trastornos del sueño y los estados depresivos. Aparecen dos efectos principales: el nivel de ansiedad o frustración por intentar «llegar a fin de mes» y la pérdida del papel de cabeza de familia. Cualquiera de los dos, o ambos, les hace sentirse irritables, tensos o deprimidos. En algunos de los entrevistados el estrés se manifestaba de manera suave, mientras que en otros causaba una seria ansiedad o depresión, siendo determinante para ello la prolongación del tiempo que llevaban en situación de desempleo.

«Sí, algunas veces sí ocurre; te deprimes, sí. Cojo a los amigos y me echo unas partidas, con conversaciones, con lo que sea. No te puedes quedar solo, porque, si no, entonces, adiós. Un poquitín de caída de moral es lo que viene; por eso, por la rutina, porque no hay más.»

Al igual que ocurre en la población general, los problemas de salud parecen ser más prevalentes entre las mujeres que entre los varones²¹, presentando más problemas nerviosos, cansancio, dolores de espalda y cervicales, mareos, patologías todas ellas molestas pero que no plantean riesgos vitales.

«¿Estado de salud? Pues, achacosa. Como no he tenido nunca una salud muy fuerte... Padezco de muchos mareos, que es de cervicales, pero, vamos, en general, bien.

«Es que en el último trabajo que tuve, éste de los siete años, estuve en una máquina así todo el tiempo, ¿sabes? Y se conoce que de estar así todo el día, o sea, mi movimiento era todo el día así y se me ha quedado esto de aquí un poquito mal, que de vez en cuando me dan unos mareos.»

«En el estado psíquico muchísimo, porque fue, como ya te digo, una relajación, porque yo además tenía un jefe bastante puñetero, valga la expresión. Me llevaba bastante mal con él y estaba de los nervios bastante fastidiada y cuando lo dejé fue un relax. Una sensación muy extraña, ya te digo, yo me levantaba por la mañana de la cama y decía: ¡Dios mío! ya no tengo que mirar al tío ese más a la cara', y cosas así... Entonces, en ese aspecto, sí.»

Y dichos problemas de salud afectan también a ambos sexos cuando pertenecen a una zona socioeconómica media, perpetuándose las dolencias de tipo psicológico (baja moral, depresión) y las quejas de dolores de pecho y estómago, jaquecas, etcétera. Otros muestran ataques de asma, erupciones cutáneas, y dolor de espalda.

«Peor, infinitamente peor. Deprimido. Y es que la gente dice que se habitúa y yo digo que es imposible habituarse. El plan es tener tu empleo; como no lo tienes, pues aquí estás como un tonto; a aburrirte... Malvives...»

«Regular. Me duele el pecho, el estómago a veces. No lo sé. A lo mejor es que como poco. Cuando no lo tengo, me aguanto con lo que tengo y ya está. Alguna vez me duele, otra vez se quita.»

Solamente los entrevistados residentes en la zona socioeconómica alta presentan comparativamente menos problemas de salud que los de las otras dos áreas, aunque su tipología es pareja: estrés, trastornos de sueño, cervicales, etcétera. Se observa, al igual que sucede en la zona baja, un incremento del consumo de tabaco en aquellos que ya fumaban, aunque, por otra parte, los que se declaraban bebedores sociales confesaban que ahora bebían menos porque, ante la falta de ingresos, no podían alternar fuera de casa.

«Sí fumo, bastante más que antes y me lo noto. Es lo peor. Como estoy ansioso no hago más que encender cigarro tras cigarro. El alcohol, gracias a Dios, no.»

«Yo tenía antes 1.000 pesetas y el primero que pagaba era yo, porque tenía, no me importaba, con el que fuera. Hoy no tengo, me tengo que aguantar. Me puedo tomar un corto pero no diez sin yo pagar, no valgo para eso. A mí me gusta corresponder, ¡claro! Me tomo un vaso de agua y me quedo mejor. Si no puedo corresponder, claro. Y al final lo que pasa es que no sales de casa, porque no es plan estar bebiendo de gorra.»

Son los desempleados de las zonas socioeconómicas baja y media los que presentan trastornos en el sueño.

«Pues cuando no tengo problemas bien, cuando tengo problemas pues mal.»

«Pesadillas, muchos miedos, lo que es una depresión, no comes, no duermes, no vives.»

En resumen, los desempleados de la zona socioeconómica baja autovaloran, en bastantes ocasiones, cómo regular o malo su estado de salud previo al desempleo. Nos parece que al llevar tanto tiempo desempleados, el sesgo de recuerdo esté interviniendo en algunas de las respuestas sobre la

mala salud previa. Los problemas de salud actuales suelen ser de índole psíquica (depresiones, estados de ansiedad, tristeza, llanto fácil). También presentan importantes trastornos del sueño. Por todo ello consumen antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos a raíz del desempleo. A esta mala salud mental se une una mala salud física, pues algunos de ellos padecen enfermedades de tipo crónico (enfermedad de Crohn, artrosis, hiperlipidemia).

La salud de sus familias tampoco es demasiado buena, pues algún miembro ha presentado o presenta problemas: crisis nerviosas, alergias, e intervenciones quirúrgicas. Algunos de los entrevistados consideran que su mala salud o la de algún miembro de la familia fue la causante de la pérdida de su trabajo. La percepción del estado de salud de los entrevistados de la zona socioeconómica media es bastante menos homogénea que en las otras zonas. Presentan problemas psicológicos, fundamentalmente depresiones, y problemas físicos (angina, artrosis cervical) en menos ocasiones que los de la zona baja. En ningún caso la mala salud ha sido motivo de pérdida de empleo. Habitualmente no consumen medicamentos. Muchos de ellos presentan problemas para conciliar el sueño desde que están desempleados. Dos de ellos han aumentado de peso como consecuencia de la vida sedentaria.

En la zona socioeconómica alta el estado de salud es algo peor que cuando estaban trabajando. Su peor salud percibida la asocian más a los efectos psicológicos del desempleo que a un empeoramiento real de su salud física. Dicen padecer de angustia, depresión, tristeza, desánimo, confusión y desesperanza. El estado de salud de los miembros de la familia es bueno en todos los casos. En ningún caso la mala salud previa les ha motivado su situación de desempleo. Las mujeres suelen tener más trastornos del sueño que los varones. No suele haber afectación del apetito. No suelen consumir medicamentos.

Aunque en conjunto presentan una salud percibida alterada y desajustes psicológicos, además de problemas de salud física, utilizan escasamente los servicios sanitarios y sociales.

Discusión

El objetivo de la presente investigación, tal como se ha explicitado en líneas precedentes, era conocer las actitudes de la población con más de dos años de desempleo frente a los aspectos derivados de dicha situación, su opinión sobre el mercado laboral, sus dificultades para la reinserción en el mismo, su

manera de afrontar una situación que se estaba convirtiendo en permanente, y sus posibles connotaciones en su estado de salud. Además, lo fundamental de nuestro objetivo no era la «medición» de cada uno de los aspectos que se pretendían estudiar. La investigación era previa y más básica al proceso de averiguar *cuánta* población parada opinaba una u otra cosa; se trataba de ver *cómo* se formulaban dichas actitudes, en función de qué argumentos se producían, cuáles eran las contradicciones y justificaciones de las mismas. En definitiva, analizar el «qué» y el «cómo» antes de medir el «cuántos».

En este contexto era imperativo recurrir a técnicas de tipo cualitativo, de análisis del discurso, producido en un contexto semidirectivo y que reproduce, mediante su grabación a micrófono abierto, para luego analizar de manera exhaustiva tanto sus opiniones, como sus silencios, tanto lo dicho, como la forma en que es expresado, tanto lo que se explicita como lo que se oculta, o también aquello en lo que aparecen contradicciones.

La aplicación de este método para el estudio de fenómenos sociales relevantes permite al investigador proporcionar una visión «desde dentro» de la percepción del problema por parte del sujeto. Este método es ampliamente utilizado en el campo de la antropología, la sociología y la psicología social, donde ha cosechado interesantes hallazgos²⁵⁻²⁷.

El mayor problema de este tipo de estudios cualitativos¹⁷⁻²² es que hacen un intento muy pequeño de relacionar sus hallazgos con el estado de salud previa de los desempleados. Otro problema está relacionado con la asociación causal. Estos estudios muestran que los desempleados no están sanos, ni mental ni físicamente. Tampoco nos dicen si esos efectos están específicamente asociados con el desempleo. Los sesgos de selección pueden entrar en juego; los individuos pueden llegar a ser desempleados, porque previamente tenían problemas de salud^{14,16}. También es difícil separar, en estos estudios, los efectos específicos del desempleo de los producidos por la pobreza, las malas condiciones de vivienda, la ubicación geográfica y la clase social. El número de individuos que participa en estos estudios es, por lo general, muy pequeño, siendo muy difícil de controlar esas variables de confusión. Sin embargo, estos estudios proporcionan luz sobre la naturaleza de la situación de desempleo y el papel que esta situación desempeña en la comunidad. En ellos, se describen los mecanismos psicosociales por los cuales el desempleo puede producir una mala salud y también puede clarificar la ambigua posición y el estigma social que suelen tener los desempleados en nuestra sociedad.

Nuestra investigación cualitativa tenía, precisamente, como objetivo fundamental ahondar en la naturaleza de la situación de desempleo y su relación con la salud. Así, a partir de los resultados del grupo de discusión y de las entrevistas en profundidad, podemos señalar que los efectos del desempleo sobre el estado de salud no se pueden aislar de otras malas condiciones sociales y económicas subyacentes, es decir, de las desigualdades sociales, económicas, educativas, etcétera, anteriores a la situación de desempleo.

En principio, parece claro que la situación de desempleo de larga duración que nos muestran los integrantes del grupo de discusión (en la muestra, de tres a ocho años de desempleo) puede considerarse como una situación de estrés vital en sí misma que, por otra parte, puede ser manejada, tolerada o amortiguada de manera diferente según las características y resistencias de cada persona.

A los cambios que objetivamente exige a nivel personal, familiar y social esta circunstancia hay que incorporar el «filtro» de la capacidad de adaptación para comprender las diferencias individuales que se dan a nivel psicológico y de salud física.

Con este grupo de discusión se ha procurado «acercar la lupa» a este fenómeno de manera que podamos hacernos una idea más clara de lo que hay detrás de lo que hemos convenido en llamar impactos. De los resultados se desprenden algunas interrelaciones críticas que vamos a enumerar sin, por supuesto, dejar de ser conscientes de su provisionalidad:

1. Ser varón con trabajo cualificado predispone, en caso de desempleo, a ocultar el hecho al círculo social habitual.
2. Tener hijos entre 12 y 18 años (edades con fuerte carga introspectiva) en el momento de desempleo predispone a un bajo soporte familiar.
3. Las mujeres mayores de 45 años con cargas familiares que sufren situación de desempleo tienden a presentar problemas psicosomáticos con más intensidad que los varones.
4. La petición de ayuda económica a los padres tiende a convertirse en un factor fuertemente estresante a medio y a largo plazo.

La estructuración del apartado de resultados de las entrevistas en profundidad por zonas espaciales alta, media y baja corresponde, con precauciones, a diferentes estratos socioeconómicos, permitiéndonos observar que el desempleo constituye una desigualdad social cuyo impacto varía en función de la pertenencia a una u otra zona.

Por otra parte, podemos señalar que el desempleo agrava considerablemente la situación personal y familiar de quien lo padece. El impacto eco-

nómico y el estrés vital que éste genera, sobre todo cuando la pérdida de empleo se mantiene en el tiempo -circunstancia de todos nuestros sujetos-, produce un efecto deletéreo sobre la salud de la mayoría de los desempleados de larga duración. En conjunto, presentan una salud percibida alterada y desajustes psicológicos, además de problemas de salud física. Aun así, utilizan poco los servicios sanitarios y sociales, lo que confirma la ley del cuidado inverso²⁸, es decir, a menos recursos y más necesidades, menor utilización de servicios. La explicación pudiera encontrarse en la familia y el papel de ésta en la mitigación de los problemas de salud más leves, aparte de que los problemas psicológicos no están bien cubiertos por la Seguridad Social.

Las constataciones son extrapolables a todos los estratos socio-económico-espaciales, pero con diferencias de grado entre unos y otros. Sin duda, los

efectos del desempleo son más nocivos si las condiciones sociales y económicas de las familias estudiadas ya eran «malas» antes.

Finalmente, podemos esbozar que el perfil del grupo más vulnerable en el padecimiento de los efectos del desempleo sobre la salud, la familia y la sociedad, es el siguiente: varón, mayor de 45 años, extracción socioeconómica y familiar baja, con escasos estudios, baja cualificación profesional, pobres ingresos, con mala salud previa, con escaso soporte económico, débil apoyo familiar y escaso apoyo social.

Agradecimientos

A la Asociación para el Desarrollo Comunitario por el interés y las facilidades prestadas.

Bibliografía

1. INE. *Encuesta de Población Activa*, 2º trimestre 1995, Madrid: INE, 1995.
2. Estadística básica de la CE. *Eurostat*. Oficina Estadística de la CC.EE. Luxemburgo: Unión Europea, 1990
3. INE. *Indicadores sociales*. Madrid: INE, 1991
4. Warr P. Work and unemployment. En: Drenth PJD (dir). *Handbook of work and organizational psychology*. New York: Wiley Sons, 1984: 413-43.
5. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1984; 19: 93-115.
6. Platt S, Kreitman N. Unemployment and parasuicide in Edinburgh, 1968-1982. *Br Med J* 1984; 289: 1029-32.
7. Smith R. *Unemployment and health*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
8. Cook DG, Bartley M, Cummins RO, Shaaper AG. Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. *Lancet* 1982; 1: 1290-4.
9. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet* 1984; 2: 1324-8.
10. Macfarlane AJ, Shewry MC. *New longitudinal insights into relationships between unemployment and mortality*. London: City University, Social Statistic Research Unit, 1985. (Working Paper nº 50).
11. Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: A study of a factory closure. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 557-9.
12. Bartley M, del Llano J, Schefel D, Senault M. *The effects of long-term unemployment on health*. Strasbourg: Council of Europe, 1987.
13. Elder G, Capri A. Economic stress in lives: developmental perspectives. *J Soc Issues* 1988; 44: 25-46.
14. del Llano J. *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del municipio de Madrid* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1990.
15. Macfarlane AJ, Cole T. From depression to recession: Evidence about the effects of unemployment on mothers and babies health. En: Durward L (dir). *Born unequal: Perspectives on pregnancy and childbearing in unemployed families*. Londres: Maternity Alliance, 1985.
16. Leal J. El espacio social de Madrid a partir del análisis de los padrones municipales. Jornadas Internacionales de Sociología Urbana y Regional. Madrid, 17-19 enero 1990.
17. Fagin L, Little M. *The forsaken families*. Londres: Penguin, 1984.
18. Jahoda M. *Marienthal: the social sociography of an unemployed community*. Londres: Tavistock, 1982.
19. Jahoda M. The psychological meanings of unemployment. *New Society* 1979: 492-6.
20. Marsden D. *Workless: Some unemployed men and their families*. Londres: Penguin, 1974.
21. Seabrook J. *Unemployment*. Londres: Quarter, 1982.
22. Department of Social Security. *Thirty families: their living standards in unemployment*. Londres: HMSO, 1990 (Research Report nº 1).
23. Banks MH, Jackson PR. Unemployment and risk of minor psychiatric disorders in young people. Cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychological Medicine* 1982; 12: 789-98.
24. Aracil E, Banegas JR, del Llano J y cols. *Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España*. Madrid: MSD de España, 1994. (Cuadernos de Trabajo en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios ICADE-ADOS).
25. de Lucas A, Ortí A. *Representaciones colectivas sobre la mujer y la familia (un análisis de las actitudes sociales ante el aborto mediante grupos de discusión)* [Documento policopiado]. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1983.
26. Martín Barroso C. *Embarazo, aborto y maternidad entre adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de la Mujer, 1992.
27. Du Bois C. *The people of Alore*. Boston: Harvard University Press, 1970.
28. Tudor Hart J. A new kind of doctor. *J R Soc Med* 1981; 74: 871-83.