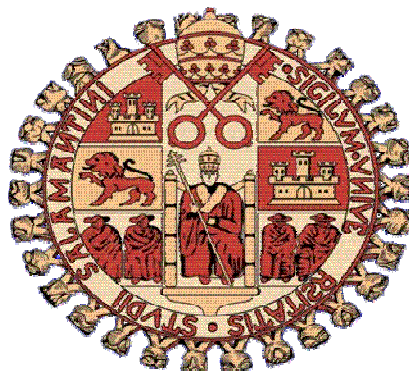




Programa de Doctorado Interuniversitario Antropología de Iberoamérica



Tesis Doctoral

La depresión laboral en el sector de la construcción: el caso de la empresa Brique en Brasil y el caso de la empresa Barcon en España

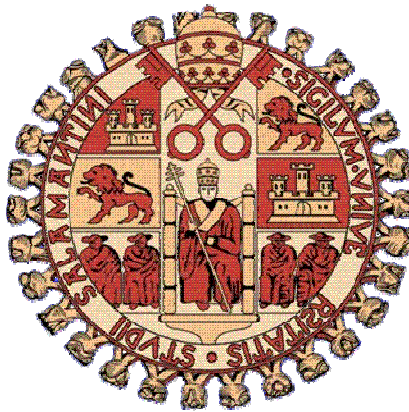
**Directores: Dr. D. Ángel B. Espina Barrio
Dr. D. Ángel Aguirre Baztán**

Tesis doctoral presentada por la
Lda. Dña.: Sarah Marques Macêdo

Universidad de Salamanca

Instituto Universitario de Iberoamérica
Facultad de Ciencias Sociales

Programa de Doctorado Interuniversitario Antropología de
Iberoamérica



La depresión laboral en el sector de la construcción: el caso de la empresa Brique en Brasil y el caso de la empresa Barcon en España

Directores:
Dr. D. Ángel B. Espina Barrio
Dr. D. Ángel Aguirre Baztán

Tesis doctoral presentada por la

Lda. Dña. Sarah Marques Macêdo

Mayo de 2011

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a los directores de mi tesis, Prof. Dr. Ángel Aguirre Baztán y Prof. Dr. Ángel B. Espina Barrio, que me animaron a trabajar en este tema, y me ayudaron en todo momento a superar las dificultades presentadas.

No podría imaginar la concepción y ejecución de esta tesis doctoral sin el apoyo del puntal que es, para mí, mi familia. Por un lado mis padres, João Macêdo e Francisca, por otro mi hermano João, mi cuñada Sâmia, mi hermana Sandra y mi tía Medalha, que desde la distancia, me han brindado amor, alegría, empuje, que fueron para mi apoyos imprescindibles donde siempre pude acudir.

Quisiera expresar de manera muy especial mi profunda gratitud a mi esposo Jérôme Petit que ha contribuido a crear las condiciones sin las cuales este trabajo no hubiese sido posible llevarlo a término. Muchas gracias por su apoyo incondicional, su luz, su fuerza y su gran cariño en todos los momentos más difíciles.

Mi agradecimiento va dirigido también a mi hijo Mathéo Petit Macêdo que ha traído una nueva fuerza para seguir adelante con la investigación.

También quiero agradecer la importante labor desarrollada por mis amigos Brenner Luis Guimaraes, Gela, Clerton Martins, Lúcia Siebra, Marina Kostina y Milene Alves, por las muchas sugerencias y aportaciones, así como por el apoyo mostrado en los duros momentos.

Tengo que expresar asimismo mi agradecimiento a la empresa Barcon por las facilidades que me concedieron para realizar este estudio, así como a todos los trabajadores que participaron voluntariamente en la investigación y que han supuesto un interesante marco de trabajo.

Tampoco quiero olvidar la ayuda silenciosa de otras personas que me brindaron su tiempo y su atención, sin las cuales, no hubiese sido posible la realización de esta tesis.

Agradezco a Dios por darme fuerzas para seguir adelante.

Salamanca, junio de 2011

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	1
<i>1ª PARTE – EL DESPERTAR DEL INTERÉS CIENTÍFICO POR EL TEMA Y LA DEMARCACIÓN CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA</i>	5
1. Presentación de la motivación personal y de la demarcación conceptual en metodología cualitativa	5
<i>1.1. Motivación que nos impulsó a realizar una investigación doctoral</i>	5
<i>1.2. ¿Qué vamos a investigar?</i>	8
<i>1.3. Opción Metodológica: Nuestra investigación “caminará” a través de la metodología cualitativa</i>	10
1.3.1. Opción Metodológica	10
1.3.2. Diferencias entre metodología cualitativa y técnicas cualitativas	12
1.3.3. Técnicas en metodología cualitativa	13
1.3.4. El trabajo de campo	19
1.3.5. La Triangulación	24
1.3.6. A modo de conclusión	29

2ª PARTE – CONCEPTOS TEÓRICOS ACERCA DE LA DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN LABORAL	31
2. Conceptos teóricos	31
<i>2.1. Concepto de Depresión</i>	32
2.1.1. Introducción a cerca del concepto de depresión	32
2.1.2. Perspectiva histórica de la depresión – Melancolía, acedia y depresión	33
2.1.3. Definición antropológica de la depresión	37
2.1.4. ¿Qué es, pues, la depresión?	40
2.1.5. Aparición de la depresión: gradual y súbita	41
2.1.6. Sintomatología del síndrome depresivo	42
2.1.7. Causas de la depresión - Etiopatología depresiva	45
2.1.8. En conclusión	54
<i>2.2. Depresión laboral</i>	55
2.2.1. Introducción: El trabajo y la depresión	55
2.2.2. Endodepresión y Exodepresión laboral	57
2.2.3. Los efectos de la depresión exo y endo laboral sobre el trabajo	62
2.2.4. La depresión laboral en los inmigrantes	65
2.2.5. A modo de conclusión	68

3ª PARTE – EL TRABAJO DE CAMPO	71
3. El trabajo de campo	71
3.1. <i>Breve síntesis de mi posicionamiento metodológico</i>	71
3.1.1. Puntos teóricos de partida	71
3.1.2. Proceso de investigación	72
3.1.3. Etapas del proceso de investigación	73
3.1.4. Hipótesis	74
3.2. <i>Experiencia inicial observacional en la empresa Constructora Brique - Brasil</i>	75
3.3. <i>Trabajo de campo en la empresa constructora Barcon - España</i>	80
3.3.1. Demarcación del campo	81
3.3.2. Documentación	90
3.3.3. Entrada en el campo y recogida de datos	93
3.3.4. Observación Participante	100
3.3.5. Las Entrevistas en Profundidad	112
3.3.6. Elaboración de la ruptura del proceso de trabajo de campo	145
3.4. Codificación de los datos recogidos a través de la Observación Participante y Entrevistas en Profundidad	146
3.5. Categorización de los datos	154
3.6. Interpretación de los datos categorizados	159
3.7. Validación de resultados: Triangulación	163
3.8. La Triangulación	163

3.9. El “producto” de la investigación de campo	165
3.10. Triangulación a través de las encuestas sistemáticas	166
3.11. Análisis estadístico de la pasación de los cuestionarios	171
3.11.1. Técnicas utilizadas	171
3.11.2. Validación de los cuestionarios	174
3.11.3. Análisis estadístico de los cuestionarios	179
3.11.4. Modelos multivariados y matriz de correlaciones entre diagnóstico CET y CVPS	189
3.11.5. Resultados obtenidos con los cuestionarios CET y CVPS	199
4ª PARTE – CONCLUSIONES	207
4. Conclusiones	207
4.1. Los caminos del descubrimiento	207
4.1.1. Conclusiones de los meses de observación participante y de las entrevistas en profundidad	210
4.1.2. Conclusiones de los cuestionarios CET y CVPS	213
4.2. De la hipótesis a la tesis	215
4.3. A modo de conclusión	219
Bibliografía	221
Apéndices	235

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Tipos de observación	15
Tabla 2	Fases del proceso de campo	19
Tabla 3	Etapas – acceso al campo	21
Tabla 4	Criterios de confiabilidad	26
Tabla 5	Momentos del diagnóstico	28
Tabla 6	Enlentecimiento físico y psíquico	43
Tabla 7	Principales funciones del trabajo en los individuos	56
Tabla 8	Momentos fundamentales de la investigación	73
Tabla 9	Estructura laboral de la construcción	83
Tabla 10	Nivel de salario	87
Tabla 11	Estructura de recogida de datos en la empresa Barcon Investigación de campo	95
Tabla 12	Sintomatología depresiva	151
Tabla 13	Principales síntomas de los trabajadores de Barcon con sintomatología depresiva	156
Tabla 14	Encuestas sistemáticas utilizadas en la investigación	166
Tabla 15	Coefficientes de correlación de Pearson registrados en el test- retest	175
Tabla 16	Dimensiones - validación	176
Tabla 17	Dimensión 1 – Humor depresivo	179
Tabla 18	Dimensión 2 – Anergía	180
Tabla 19	Dimensión 3 - Discomunicación	180
Tabla 20	Dimensión 4 – Ritmopatía	181

Tabla 21	Diagnóstico x Edad	182
Tabla 22	Nivel de instrucción x Diagnóstico	182
Tabla 23	Estado civil x Diagnóstico	183
Tabla 24	Diagnóstico x Muerte de la madre < 15 años	183
Tabla 25	Diagnóstico x Muerte familiar o ser querido últimos tiempos	184
Tabla 26	Diagnóstico x Últimos tiempos ocurrió pérdida de vivienda	184
Tabla 27	Diagnóstico x Últimos tiempos ocurrió pérdida de empleo	185
Tabla 28	Diagnóstico x Últimos meses ocurrió separación	185
Tabla 29	Diagnóstico x Últimos años ocurrió discusiones continuas con compañera	186
Tabla 30	Diagnóstico x Últimos años ocurrió discusiones continuas con hijos	186
Tabla 31	Diagnóstico x Cambio de trabajo a otra empresa en el último año	187
Tabla 32	Diagnóstico x Antecedentes psicopatológicos	187
Tabla 33	Diagnóstico de los 97 trabajadores investigados en la Constructora Barcon, Nacionalidad, con relación a predominio de depresión	188
Tabla 34	Modelo para dimensión Humor depresivo	190
Tabla 35	Modelo para dimensión Anergia	191
Tabla 36	Modelo para dimensión Ritmopatía	192
Tabla 37	Modelo para relaciones, muerte y separación	193
Tabla 38	Modelo “últimos tiempos”	194
Tabla 39	Modelo “últimos meses”	194
Tabla 40	Antecedentes psicopatológicos	195

GLOSARIO DE ABREVIATURAS FRECUENTES

OMS	Organización Mundial de la Salud
RRHH	Recursos Humanos
CET	Cuestionario Estructural para el Diagnóstico, la Clasificación y el Seguimiento de la Depresión de Alonso Fernandez
SDS	Escala Autoaplicada de Depresión de Zung - Self-Rating Depression Scale, SDS
H.A. y H.D.	Escala de Hamilton para evaluación de la depresión
I.D.	Inventario de Depresión de Beck
O.I.T.	Organización Internacional del Trabajo
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Mentales
CVPS	Cuestionario con Variables Psicosociales y Situacionales
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El trabajo tiene una importancia capital en la vida del hombre. Además de proporcionar poder adquisitivo, contribuye a estructurar el tiempo vital del trabajador, así como a construir su identidad personal y social. Un trabajo estable y convenientemente remunerado reduce el riesgo de incertidumbre. No resulta, por tanto, sorprendente que aquellos que han perdido el trabajo o que tengan desajustes psicosociales en el mismo, desarrollen estados de depresión.¹

Como ha apuntado acertadamente Calvillo², desde hace aproximadamente diez años se diagnostican como depresión, muchos de los síntomas que causaban baja laboral como el estrés, pues ya no se oculta como difamante en el ámbito laboral, el padecer depresión.

La depresión constituye actualmente el fenómeno epidemiológico número uno en la sociedad occidental, afectando a lo largo de la vida a un 25% de la población. El consumo de antidepresivos, se ha disparado y la depresión se ha hecho estadísticamente más presente, tanto por su crecimiento, cuanto por su mayor y mejor diagnóstico.

La depresión es hoy una enfermedad que crece imparablemente y afecta todos los estratos sociales. Este dato también repercute de manera alarmante al mundo laboral, independientemente de la depresión ha sido generada dentro o fuera del trabajo.

Según Alonso Fernández³, podemos decir que 5% de la población occidental padece permanentemente depresión, aunque sólo se alcanza diagnosticar el 40% de las depresiones y las tratadas no pasan del 20% (90% de estos casos son tratados por el médico general y sólo un 10% es tratado por psiquiatras).

Para la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, la depresión es, hoy en día, junto a los trastornos de ansiedad, uno de los principales trastornos que afectan las organizaciones y uno de los mayores motivos de consulta de los trabajadores en los centros de salud.

¹ Cfr., L. Freden, 1986.

² “Hasta los años 90, nadie pregonaba que tenía una depresión: Pero, en menos de diez años todo el mundo conoce a alguien que la ha padecido o la padece (...) ¿A qué se debe este destape anímico? ¿Qué ha pasado en la sociedad occidental para que de repente se manifieste abiertamente haber pasado una depresión o estar en ella, cuando unos años antes todavía existía un silenciamiento pudoroso de estas situaciones?” (F. Calvillo, 2003: 25).

³ F. Alonso Fernández, 1988 y 1994.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020, en la segunda causa de incapacidad laboral en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Por este motivo, desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI.⁴

Según el Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, la Construcción es el tercer sector después del agrario y el industrial donde existe más baja laboral. En España el sector de la Construcción ha tenido un crecimiento significativo en estos últimos años y por ello ha tenido un incremento de puestos de trabajo y consecuentemente de bajas laborables. En 2005 los datos son alarmantes, con más de 24.000 bajas laborales, muchas de ellas por depresión.

Mi trabajo en las organizaciones laborales de la construcción en Brasil me llevó a la convicción de que la depresión laboral era un fenómeno creciente y que ya afectaba de una manera especial, tanto a los trabajadores, como a las organizaciones laborales, en el ámbito de la construcción. Por esto, después de más de quince años de experiencia dentro de la realidad laboral de la construcción, escogí como tema de mi investigación doctoral la depresión laboral en el marco concreto de la construcción, planteando la tesis en mi experiencia de campo en Brasil en la empresa Brique y luego en mi viaje a España en busca de un modelo de investigación, con la experiencia en una constructora española a que nos referimos con el supuesto nombre de Constructora Barcon. La tesis se basa en la motivación creada en una experiencia de Brasil, y en la realización metodológica en España.

En esta investigación en España, trataremos de obtener una microteoría sobre la incidencia de depresión en una empresa española, pero además nuestro trabajo de investigación podrá quizá llegar a ser un punto de referencia para una investigación más amplia sobre la depresión en empresas del sector.

Estructuraremos el presente trabajo de investigación doctoral en las siguientes partes:

En la *primera parte* expondremos la motivación personal que nos llevó a realizar el proyecto de tesis doctoral desde una experiencia de diez años de contacto con empresas de la construcción. En esta primera parte y ligada a la motivación personal, expresamos nuestros objetivos de investigación o hipótesis emergente, que como en toda metodología cualitativa será provisional y sujeta a cambios que marque el trabajo de campo, y presentando al mismo tiempo nuestra opinión metodológica para llevar a cabo esta investigación.

Existen excelentes manuales sobre metodología cualitativa. Hemos tenido

⁴ R. Sennett (2000) ha hablado de la “corrosión del carácter” y de las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo.

en cuenta especialmente algunos. Pero, en todo caso, cuando exponemos las líneas maestras de la metodología cualitativa, realizamos nuestra propia síntesis teórica de la misma.

Como es sabido, existe un polimorfismo en la formulación de la metodología cualitativa. Mientras unos inciden más en las descripciones *emic*, para otros es importante concluir con la categorización *etic* e interpretación hermenéutica. Por lo tanto, en nuestra opción metodológica explicamos en primer lugar el trabajo de campo (observación participante y entrevistas en profundidad) cuya descripción termina en la codificación, para en una segunda parte exponer el producto de campo (cuyos elementos básicos son la: categorización, la interpretación y el diagnóstico).

En la *segunda parte* de la tesis doctoral, pasamos a exponer una síntesis propia de los supuestos teóricos desde los cuales definimos la depresión. Así, no creemos que la depresión sea un trastorno “afectivo” (como defiende el DSM IV, lo que Alonso Fernández llama “error americano”), si no un “hundimiento vital” (se sufre en todo el ser, se sufre por vivir). Por lo tanto, consideramos que es de vital importancia dar una definición antropológica de la depresión a través un modelo completo que explique la totalidad semiológica de la misma. Esta es la razón por la cual hemos optado como referencia el modelo tetradimensional de Alonso Fernández, que consideramos uno de los más completos de la literatura reciente occidental sobre la depresión y al que seguimos a menudo.

Finalmente, en la *tercera parte*, comenzaremos con la exposición sistemática y documentada de nuestra experiencia de campo en Brasil, relatando los principales problemas encontrados relacionados con nuestro tema principal de investigación. En seguida realizaremos nuestro trabajo de campo sobre los operarios de la pyme Barcon, empresa constructora. Hemos escogido la empresa Barcon porque desde nuestro punto de vista se trata de una empresa pyme de la construcción que podría ser definida como estándar (aún que no hay ningún modelo válido para definir desde la perspectiva depresiógena, una empresa estándar). Barcon, tiene 97 trabajadores, cuya población nos permite una observación participante directa y la construcción de una microteoría sobre la incidencia de la depresión laboral. Es verdad que el resultado sólo será una microteoría, pero será una microteoría cercana, generadora además de otras investigaciones sobre el tema.

En la investigación, hemos procedido a distinguir entre endodepresión (depresión generada por los factores internos de la empresa) y exodepresión (depresión generada por los factores exógenos de la empresa), pero lo que nos importa, además de la etiología, es la incidencia del síndrome depresivo en el comportamiento laboral de los trabajadores.

1ª PARTE
EL DESPERTAR DEL INTERÉS CIENTÍFICO POR EL TEMA Y
LA DEMARCACIÓN CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA
CUALITATIVA

1. PRESENTACIÓN DE LA MOTIVACIÓN PERSONAL Y DE LA DEMARCACIÓN CONCEPTUAL EN METODOLOGÍA CUALITATIVA

En esta primera parte de nuestro trabajo abordaremos tres cuestiones fundamentales que explican nuestra investigación doctoral:

- La motivación que nos impulsó a realizar este estudio sobre la depresión laboral.
- Las hipótesis de punto de partida, desde las cuales iniciamos nuestra investigación.
- La opción metodológica cualitativa, que será nuestro camino iterativo, desde las hipótesis iniciales, hasta la tesis final.

1.1. Motivación que nos impulsó a realizar esta investigación doctoral

Nuestro proyecto de tesis doctoral está vinculado a una larga experiencia (más de 15 años) de contacto con empresas de la construcción. En el departamento de Recursos Humanos, de la Constructora Brique, en Fortaleza (Brasil), en el que yo trabajaba, recibíamos frecuentemente informes de los encargados de obra y de los propios trabajadores acerca de las situaciones depresivas de algunos operarios. Constatamos que este hecho era uno de los problemas de salud más frecuentes en las empresas de construcción y que aproximadamente uno de cada diez trabajadores tomaba baja laboral a partir de un diagnóstico médico sobre depresión.

Entre los problemas que comportaba la depresión laboral, no solo estaba la baja temporal de los operarios afectados, sino que además, existía una baja productividad a causa del enlentecimiento motor y psíquico propios de esta enfermedad, junto al riesgo corporal diario a causa de la manipulación de máquinas por trabajadores que sufrían de un cuadro depresivo.

Al llegar a España para desarrollar un doctorado en Recursos Humanos,

en busca de un nuevo y eficaz modelo de investigación, consideré importante profundizar en el problema de la depresión laboral a través del estudio concreto en una pyme española (Empresa constructora Barcon).

Constaté que, en España, a causa del auge inversor centrado en la construcción, esta actividad atraía a una considerable cantidad de mano de obra, a veces procedente de la inmigración, a veces procedente del personal nativo, poco especializado.

En un primer momento, pensé asociar mi investigación sobre los trabajadores de la construcción española al fenómeno migratorio presente en este sector, pero después, como veremos más adelante, consideré que los problemas de los trabajadores inmigrantes y los de los nativos en la empresa Barcon, podrían ser tratados de manera conjunta.

Creo que, a mi vuelta a Brasil, alternaré la docencia universitaria con el trabajo de Recursos Humanos en empresas de la construcción, por lo que esta tesis doctoral, a la vez que supone un trabajo metodológico de investigación propio de todo doctorado, me permitirá profundizar en unos de los problemas crecientes y más preocupantes de las empresas de la construcción, como es el de la depresión laboral, proporcionándome datos que podré utilizar para una futura tesis comparativa en una empresa de la construcción brasileña.

Mi experiencia, desde el departamento de Recursos Humanos con los trabajadores de este sector de actividad supuso, pues, un punto de partida para iniciar mi investigación, pero necesitaba un modelo de investigación, un marco epistemológico con el cual definir el síndrome depresivo en la población laboral estudiada.

Entre los modelos consultados, elegí el de Alonso Fernández por considerarlo un “modelo completo de análisis del síndrome depresivo”, acorde con la perspectiva académica europea, por la cual he optado.

Alonso Fernández, catedrático emérito de psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid (UCM), de formación teórica y clínica en la tradición franco- alemana de psiquiatría, aporta ya desde la publicación de sus libros, *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico* (1988); *Vencer la depresión* (1994) y en sus escritos posteriores, un modelo definitorio del síndrome depresivo vital que se distancia, en algunos puntos fundamentales, de otros modelos, por ejemplo del modelo americano expuesto por el DSM IV, muy presente en algunos medios universitarios españoles.

Citamos este autor, pero es importante destacar que se inspira en las obras de: Gebattel, Jaspers, Schilder, Weitbrecht, Tellenbach, Barcia y otros autores ampliamente reconocidos.⁵

⁵ El homenaje al Prof. H. Tellembach, coordinado por D. Barcia (1987) constituyó una ocasión para concentrar a algunos de los representantes actuales de esta corriente psiquiátrica en el estudio de la depresión.

Algunas de las posiciones de Alonso Fernández sobre la depresión dan una idea de la perspectiva adoptada en el estudio del síndrome depresivo y que nosotros seguimos:

“La depresión constituye uno de los temas antropológicos y sociológicos (además de médicos y psicológicos) mas relevantes de nuestro tiempo.” (1988: 14-15 y 20-24).

“Las perspectivas psicológicas y biológicas sobre la depresión, pueden y deben comprenderse recíprocamente.” (1988: 4 y 9)

“La totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como una depresión vital.” (1988:6)

“Que en la depresión se sufre por vivir, siendo la depresión una vivencia existencial de la muerte.” (1988:14)

Siguiendo, pues, el modelo de análisis de la depresión por el que hemos optado, podemos clasificar la etiopatología de la depresión como: endógena, situacional, neurótica y sintomática, así como podemos descubrir el síndrome depresivo tetradimensionalmente como: anergia, discomunicación, ritmopatía y humor depresivo.

Queremos hacer, por lo tanto, referencia precisa a elección de este marco epistemológico sobre el estudio de la depresión para explicitar la perspectiva y orientación de nuestra investigación.

Reiteramos que este modelo ha sido elegido por abarcar semioticamente todo el síndrome depresivo, por ser una orientación centroeuropea presente en España, que explica mejor nuestro contexto cultural y porque nos aporta además, importantes instrumentos técnicos de trabajo.

1.2. ¿Qué vamos a investigar?

“Hipótesis” es lo que “se pone debajo”, lo que se “supone” y puede definirse como “todo enunciado relacional que el investigador formula como respuesta a un problema planteado”.⁶

La hipótesis en metodología cualitativa no es un punto inamovible de partida, sino que se va construyendo a lo largo de la investigación, siendo revisada y reformulada durante todo el proceso de investigación. La hipótesis inicial tiene un valor conjetural, por lo que es flexible y puede ser modificada en todo el proceso de trabajo de campo, según descubramos nuevos aspectos de la realidad.

Además, en metodología cualitativa, la hipótesis inicial, si existe, es necesariamente difusa, ya que para ser definitiva necesita que el investigador llegue a un grado importante de comprensión de la realidad investigada.

“En contraste con la mayor parte de los métodos, en los cuales las hipótesis y procedimientos de los investigadores están determinados a priori, el diseño de la investigación en la observación participante permanece flexible, tanto antes como durante el proceso real. Aunque los observadores participantes tienen una metodología y tal vez algunos intereses investigativos generales, los rasgos específicos de su enfoque evolucionan a medida que operan”.⁷

El investigador va reconociendo la realidad a través de la investigación generando hipótesis que pueden ser revisadas, y por lo tanto distanciarse de las formulaciones hipotéticas iniciales.

“Nunca estoy seguro de lo que es significativo como para formular hipótesis hasta que he llegado a alguna intimidad con la situación; pienso que una hipótesis es una conjetura bien fundada; una vez formulada, toda hipótesis se convierte en obligatoria hasta cierto punto; existe el peligro de que la hipótesis sea eliminada por si misma y actúe como un símbolo abusivo de la ciencia. Hasta que no entramos en el campo, no sabemos qué preguntas hacer ni cómo hacerlas. En otras palabras, la imagen preconcebida que tenemos de la gente que intentamos estudiar puede ser ingenua, engañosa o completamente falsa. La mayor parte de los observadores participantes trata de entrar en el campo sin hipótesis o preconceptos específicos”.⁸

⁶ Cfr. D. Ary et Alt. (1987). En la llamada “inducción analítica” que propuso F. Znaniecki (1934: 249-331).

Se estudian seis etapas en el proceso de formulación de la hipótesis definitiva.

⁷ S. J. Taylor y R. Bogdan, 1998: 30.

⁸ S. J. Taylor y R. Bogdan, 1998: 32.

Es importante enfatizar pues, que la hipótesis es un a priori que, en la metodología cualitativa, constantemente se revisa. Entre el proyecto inicial y la tesis final puede haber o no puntos de coincidencia.

En el decorrer de este trabajo, después de conocer la realidad de Barcon, y de reconstruir esta realidad será posible finalmente poder formular la hipótesis que transformaremos en tesis.

De acuerdo con todo esto, nuestra hipótesis conjetural de punto de partida se marca los siguientes **objetivos**:

- Investigar la incidencia epidemiológica de la depresión entre los trabajadores de la empresa constructora Barcon;
- Investigar la etiopatología y tetradimensionalidad del síndrome depresivo en los trabajadores de la empresa Barcon;
- Investigar y conocer los principales factores (psicológicos, sociales, laborales) relacionados a la depresión de los trabajadores de base de la empresa constructora Barcon.

A la hora de formular nuestra hipótesis inicial, lo hacemos según abajo descrito:

“Evaluación de la depresión laboral” (formulación genérica);

“El caso de las empresas constructoras Brique y Barcon” (la formulación genérica se ciñe al caso concreto de la empresas constructoras).

Por lo que, la **hipótesis** o conjetura inicial de la cual partimos en este trabajo puede enunciarse así:

Existe una importante incidencia de depresión entre los trabajadores de la empresa Barcon que trataremos de concretar cuantitativamente (grado de incidencia) y cualitativamente (etiopatología y tetradimensionalidad sintomática) para obtener una “microteoría” (tesis), que explicita y concrete la incidencia y modo de la depresión laboral en la empresa constructora Barcon.

1.3. Opción Metodológica: nuestra investigación “caminará” a través de la Metodología cualitativa.

Metodología (de *meta odós*, metacamino) es un proceso iterativo que “llega más allá”, que nos traslada desde la conjetura o hipótesis inicial hasta su definitiva formulación como tesis.

Consideramos importante exponer y explicitar nuestra opción metodológica para comprender mejor nuestro proceso iterativo en la investigación. No se trata de realizar un resumen de lo expuesto sobre el tema en algunos manuales clásicos,⁹ si no que, lo que pretendemos es manifestar cómo se realiza el proceso de prueba del descubrimiento en la metodología cualitativa que utilizamos. Es verdad que esto requiere algunas páginas explicativas que en modo alguno consideramos superfluas, y que sin duda, ayudarán a entender la línea seguida en nuestra investigación.

1.3.1. Opción Metodológica

Esta metodología cualitativa que hemos adoptado en nuestro trabajo, como es sabido, se caracteriza por investigar el comportamiento de los agrupamientos humanos en su estado natural, sin manipulación externa, con el fin de describirlo, comprenderlo e interpretarlo.

Actualmente podemos decir que una renovada metodología cualitativa que ha hundido sus raíces en la perspectiva fenomenológica, se está abriendo paso con especial fuerza en los ámbitos académicos y profesionales, dado el interés actual por la investigación de los aspectos subjetivos y personales de los agrupamientos sociales y culturales.

Esta metodología cualitativa recoge la tradición naturalística de la etografía, la tradición etnográfica de la antropología, y hasta la tradición heurística del psicoanálisis, abordando el conocimiento científico de la realidad cultural y social. A causa de ello, disponemos hoy ya de muchos y buenos estudios teóricos sobre metodología cualitativa, que han posibilitado excelentes trabajos de campo aplicados.

⁹ No obstante, tenemos especialmente presentes los manuales: S. J. Taylor y R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (1987); M. Hammersley y P. Atkinson, *Etnografía. Métodos de investigación* (1994); A. Aguirre (Ed.), *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural* (1995, y A. Aguirre, *Metodología cualitativa etnográfica* (2010, en prensa); J.I. Ruiz Olabuénaga, *Metodología de la investigación cualitativa* (1996); M. S. Vallés, *Técnicas cualitativas de investigación social* (1997), entre otros. La selección de estos manuales de metodología cualitativa como los más consultados, puede interpretarse como una línea asumida en este trabajo.

“Para entender, pues, la metodología cualitativa es necesario conseguir *que se piense de forma diferente* acerca del trabajo de investigación antes de que éste empiece, ya que el investigador va a ser el principal instrumento de comprensión de la realidad social y cultural, con el fin de entender las personas más como sujetos participantes, que como objetos”.¹⁰

Precisando cómo actúa la investigación cualitativa, diremos, que empieza con la observación detallada de comportamientos en el estado natural. Se trata de una observación "in situ", cotidiana, próxima u ordinaria, en la que se descubre la estructura del comportamiento (sin manipulación del mismo), a través de núcleos predominantes de interés descriptivo. Investigar de manera cualitativa es operar con símbolos lingüísticos y, al hacerlo así, intentar reducir la distancia entre teoría y datos, entre contexto y acción. Los materiales brutos del estudio cualitativo se generan en vivo, próximos al punto de origen.

“Aunque el uso de métodos cualitativos no impide el recurso a la lógica del empirismo científico, es más verosímil la preferencia por la lógica del análisis fenomenológico, dado que los investigadores cualitativos tienden a considerar los fenómenos sociales como particulares y ambiguos, más bien que como replicables y claramente definidos”.¹¹

Por eso, podemos decir que la metodología cualitativa tiene por objeto la interpretación del significado de los hechos cultural-sociales; que su lenguaje es descriptivo, que su modo de captación de la realidad es a través de la observación flexible; que su procedimiento es inductivo; y que, finalmente, atiende más al caso particular que a la generalización, aunque siempre tratando los hechos cultural-sociales de una manera holística y contextual.

De esta manera, los objetos de la investigación cualitativa son:

Los hechos humanos (comportamiento) cultural-sociales, registrados y descritos como unidades interactivas en estado natural, que es preciso describir, codificar, categorizar e interpretar, en su significación concreta idiográfica en términos de contexto referencial, siendo las técnicas más apropiadas, las derivadas de la documentación, de la observación participante abierta y flexible, así como de las entrevistas en profundidad.

¹⁰ P. Maykut y R. Morehaouse, 1999: 3. El subrayado es mío.

¹¹ J. van Maanem, 1988: 9.

Tres son las principales características de la metodología cualitativa:

El investigador es a la vez, *conductor de la investigación, principal instrumento en la recogida de datos y primer evaluador del trabajo realizado*:

- Como conductor de la investigación, crea una visión holística tanto respecto al proyecto, como de cara al resultado final;
- Como principal instrumento en la recogida de datos, es capaz de captar la conducta, los lenguajes manifiestos, los tácitos, a través de técnicas flexibles y abiertas;
- Como primer evaluador del trabajo de campo, está en condiciones de producir diagnóstico.

Por lo tanto:

Lo observado deberá ser estudiado "situacionalmente". O sea, los datos son recogidos en situación cotidiana, sin manipulación alguna del comportamiento de los sujetos observados. Lo observado debe estar contextualizado en su espacio (hábitat cultural) y en su tiempo (marco de desarrollo biográfico-histórico); *Los datos son trabajados mediante un análisis "inductivo", creando microteorías, a partir de la realidad concreta e inmediata estudiada por el investigador.*

1.3.2. Diferencias entre metodología cualitativa y técnicas cualitativas

Es fundamental que distingamos entre la *metodología cualitativa* y las *técnicas* que utiliza la metodología cualitativa. Es preciso distinguir entre la "vía metodológica" y los "vehículos" o técnicas para recorrerla.

La *metodología*, como hemos señalado, es el "camino" científico que hay que recorrer, desde los datos y las hipótesis que estos generan, hasta las tesis finales. Las metodologías *cuantitativa* y *cualitativa* son *dos caminos alternativos*, incluso a veces, complementarios. En todo proyecto de investigación aparecen señalados desde el principio en la opción metodológica.

Ya en la "definición del problema" aparece, de algún modo, la opción metodológica a seguir, puesto que si tratamos de estudiar fenómenos interactivos de carácter idiográfico, es deseable que se adopte la metodología cualitativa.

En el "diseño de trabajo" y en la "recogida de datos" en la metodología cualitativa tenemos que hablar de un "diseño emergente mínimo" que nos sirva de punto de partida, aunque reformulable, según los datos que ofrece la investigación. A veces, debe continuarse por una vía tangencial que no se había previsto.

Las *técnicas* son instrumentos al servicio de la metodología. Cada metodología selecciona sus técnicas, es decir, sus *instrumentos de investigación*. Para recorrer una autopista o "camino metodológico preferente", es preciso seleccionar los mejores vehículos (técnicas), para llegar antes y mejor al objetivo propuesto.

Las técnicas más importantes de la metodología cualitativa son: Técnicas no sistematizadas (Documentación, Observación participante y Entrevistas en profundidad) y las Técnicas Sistematizadas (Inventarios, Escalas y Cuestionarios)

1.3.3. Técnicas en Metodología Cualitativa

Nos referiremos, en primer lugar y muy sucintamente, a las tres técnicas básicas de trabajo de campo en la metodología cualitativa, para en segundo lugar, referirnos a los cuestionarios, pues también los utilizamos como forma de triangulación y de medida cuantitativa.

1.3.3.1. Principales técnicas cualitativas.

Abordaremos, brevemente y para afirmar la importancia que les concedemos, a las técnicas de documentación, observación participante y entrevistas en profundidad.

a) *La Documentación.*

Estoy totalmente de acuerdo con Vallés ¹² cuando defiende que la primera técnica de campo es la documentación. “El término *documento* se refiere a la amplia gama de registros escritos y simbólicos, así como a cualquier material y datos disponibles. Los documentos incluyen prácticamente cualquier cosa existente previa a y durante la investigación, incluyendo relatos históricos o periodísticos, obras de arte, fotografías, memoranda, registros de acreditación, transcripciones de televisión, periódicos, folletos, agendas y notas de reuniones, audio o videocintas, extractos presupuestarios o estados de cuentas, apuntes de estudiantes o profesores, discursos,... Los datos obtenidos de los documentos pueden usarse de la misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones”. ¹³

La obra de Thomas y Znaniecki, sobre *El campesino polaco* (1927) constituyó uno de los ejemplos más notorios de la importancia dada a la documentación.

b) *La observación participante*

La observación participante constituye el eje central en la metodología cualitativa. Resumamos algunos de los postulados sobre la observación para entender mejor nuestra tarea investigadora de investigadores participantes.

Sucintamente y en un esquema, distinguiremos los diversos tipos de observación:

¹² M. Vallés, 1997: 119-120.

¹³ D. A. Erlandson et Alt. , 1993: 99.

Tabla 1
Tipos de Observación

OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE	OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	AUTO OBSERVACIÓN
<p>La observación no participante, se da cuando el observador no forma grupo interactivo con el observado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directa cuando se da una presencia oculta respecto al sujeto observado.. - Indirecta cuando se realiza a través de documentos (escritos, filmaciones, etc.) obtenidos por otros observadores no participantes. Es por lo tanto una observación no presencial. Es importante destacar que en este tipo de observación es posible llegar a perder los matices contextuales que proporcionan la presencialidad y la inmediatez ocultas. 	<p>En la observación participante se da una inmersión interactiva del observador en la vida del observado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activa cuando hay un máximo de interacción con el sujeto o comunidad observados, en busca de la resolución de sus problemas. - Pasiva cuando el observador interactúa de una manera suficientemente "distante" con el observado. <p>Es posible distinguir también, observación participante directa e indirecta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directa corresponde a los dos tipos de observación (activo y pasivo) que hemos mencionado anteriormente. Lo que hay que destacar es la capacidad que tiene el observador de construir una "representación" directa de a realidad mediante su contacto sensorial. - Indirecta es la realizada mediante la "presencialidad ajena", y está de alguna manera traducida por la personalidad de otro observador pero sin la posibilidad evaluativa del contexto presencial. 	<p>La autoobservación supone una interacción, en la que el observador es sujeto y objeto a la vez, es decir, se da una situación de mayor participación (se participa a sí mismo) y hay un menor distanciamiento objetivante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directa cuando el que la realiza la expresa presencialmente ante otro, como ocurre en el caso de la entrevista; - Indirecta cuando se analiza a través de formas documentales (autobiografías, cartas, diarios, etc.). <p>La autoobservación sólo alcanza validez si es "interpretada" desde fuera o si va asociada a otros métodos de observación complementarios. La autoobservación tiene un gran valor por su "narratividad", por su carácter "reconstructivo".</p>

La observación entronca con la metodología naturalística. Al añadirle la participación, ya no se investiga “sobre” los sujetos, sino “con” las personas en interacción, a diferencia, por ejemplo, del trabajo etográfico.

Si en el trabajo de campo se utilizan, también, la observación no participante y la autoobservación, considerándolas como complementarias a la observación participante.

c) La entrevista en profundidad

Metodológicamente, la entrevista es muy diferente de la observación participante, pero es a la vez su complemento fundamental. Mientras la observación participante se desarrolla en el escenario natural, sin inferencia por parte del observador; en la entrevista se crea un marco artificial de recogida de datos entre el observador y el informante que puede abarcar tanto el presente como el pasado y hasta los proyectos futuros.

En la entrevista en profundidad, tanto el investigador como el informante ejercen influencia mutua, aunque es el entrevistador que trata de crear el marco situacional en el que hace preguntas y obtiene respuestas informativas. La experiencia del entrevistador hará que los autoinformes del entrevistado no sean aceptados cuando están “elaborados” y distorsionados por la subjetividad del informante.

“Las entrevistas cualitativas en profundidad serían los muchos encuentros entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre semejantes, y no el de un intercambio formal de preguntas y respuestas. El propio investigador es el instrumento de la investigación”.¹⁴

No insistimos en la explicación de las tres técnicas empleadas en la metodología cualitativa, por ser ya conocidas. No obstante, queremos afirmar que a veces, la categorización de los datos ha sido entendida como una forma de cuantificación (tal como se realiza en la etografía), mientras que nosotros, siguiendo la tradición etnográfica, concedemos a la categorización que surge de estas tres técnicas un valor interpretativo.

¹⁴ S.J. Taylor, 1986: 101.

En el empeño por validar los resultados obtenidos hemos reunido tanto a la “triangulación interna” (Comparación de los datos de la observación participante y de las entrevistas en profundidad), como a la “triangulación externa” mediante el contraste de los datos investigados con los obtenidos por los cuestionarios (CET y CVPS).

Además pues, de las tres técnicas cualitativas (documentación, observación participante y entrevistas en profundidad), utilizamos dos cuestionarios (que nos sirven de “triangulación externa” de los resultados y de cuantificación de los mismos), por lo que dedicaremos unas breves consideraciones a estos métodos que tradicionalmente ha utilizado la psiquiatría, a propósito de la depresión.

Desde finales del siglo pasado los psicólogos y psiquiatras se han planteado el problema y la necesidad de cuantificar y objetivar la condición humana normal y patológica, partiendo de la presunción de que la posibilidad de objetivar y cuantificar un trastorno no presupone el necesario conocimiento de su etiopatogenia. Así, “la psicopatología cuantitativa de los trastornos afectivos intenta medir las disfunciones perceptivas, cognitivas y psicomotoras en los estados depresivos y maníacos por medio de tests de rendimientos”.¹⁵

Estos instrumentos para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica se comenzaron a desarrollar con el empleo de fármacos psicotrópicos, que constituyeron un detonante de la proliferación de los cuestionarios y escalas de evaluación, por la necesidad de la experimentación con estas drogas, para el desarrollo de técnicas que posibilitasen la medida exacta de sus efectos. Otro factor que condicionó el desarrollo de la psicopatología cuantitativa fue el auge tomado por los estudios epidemiológicos en psiquiatría. La unión de estos dos factores, epidemiológico y psicofarmacológico, evidenciaron la necesidad de una comunicación y cooperación científica entre los investigadores de distintos países, lo que exigía disponer de criterios objetivables y comunicables.

En España, entre 1968 y 1978 fueron realizadas adaptaciones de diversas escalas de evaluación comportamental para la medida cuantitativa de la depresión, especialmente la S.D.S. de Zung, la H.A. y H.D. de Hamilton, la escala de disforia de Moneim-Osmond, el I.D. de Beck, etc., procurando establecer formas autoaplicadas, heteroaplicadas, de aplicación individual y para grupos, así como formas paralelas más ajustadas a los objetivos y necesidades planteados por cada caso o tipo de aplicación.

El interés esencial de los cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación conductual es la obtención rápida y mínimamente distorsionada de una información, más o menos estandarizada, cuantificada y fácil de tratar estadísticamente.

¹⁵ J. Conde, 1980: 18.

Conde, ampliamente seguido por sus colegas psiquiatras en España, en la presentación de estas técnicas, clasifica las pruebas psicométricas para el estudio de la personalidad en:

Cuestionarios, inventarios y escala de evaluación auto-aplicadas, evaluando: rasgos (autoestima, sumisión, temperamento) y estado (ansiedad, suicidio, alcoholismo y depresión);

Escalas de Observación, Evaluación Hetero-aplicadas: generales y específicas (psicosis funcionales, geriatría, alcoholismo, neurosis, epilepsia, manía, ansiedad, suicidio y depresión).

Es importante resaltar aquí que las escalas de evaluación conductual están compuestas por varios ítems que corresponden a los síntomas que deben evaluarse. Es importante tener en cuenta la intensidad de los síntomas o la frecuencia con que aparece en un período de tiempo determinado. Otra forma de cuantificar los síntomas es poner en relación un nivel cualitativo de la conducta con su correspondiente cuantitativo. También pueden ser evaluados los síntomas, los cambios de sintomatología, sobre todo se si hacen muchas evaluaciones en poco tiempo.

Otro dato importante es que la escala de medida para la evaluación de la frecuencia o intensidad de un síntoma debe ser práctica y fácil de manejar. La elección del instrumento que se va a aplicar en una investigación debe ser precisa en relación a lo que va medir y adecuada al que se va estudiar.

Para la realización de un diagnóstico o de un subdiagnóstico de la depresión es importante la utilización de pruebas clínicas psicométricas, que en muchos casos son imprescindibles:

Los cuestionarios son procedimientos utilizados para la identificación y diagnóstico de la depresión, así como para la elaboración de un perfil clínico;

Las escalas sirven para el seguimiento de la evolución y constatar la mejoría del enfermo durante el tratamiento. Ambas pruebas requieren para su aplicación de un personal con experiencia sanitaria, ya que la autoadministración puede ofrecer datos poco confiables.

1.3.4. El trabajo de campo

El trabajo de campo constituye el tiempo fundamental de la investigación metodológico-cualitativa. Se trata de un "proceso" de registro y codificación de los datos obtenidos, a partir del cual podremos elaborar, después, un "producto", mediante la categorización e interpretación de los datos, a partir de los cuales se produce un informe-diagnóstico o una monografía. En el trabajo de campo podemos distinguir cuatro principales fases:

Tabla 2
Fases del proceso de campo (proceso y producto)

PROCESO:	
a) Preparación y Documentación	- <i>Revisión de todo material documental y fuentes orales.</i>
b) Demarcación del Campo	<ul style="list-style-type: none"> - Elección de una comunidad delimitada y observable; - Delimitación progresiva del objeto o problema a investigar; - Redacción de un diseño provisional de acción: objeto, lugar; tiempo, etc.; - Redacción de presupuesto y búsqueda de financiación; - Aprobación del proyecto; - La elección de una comunidad concreta para realizar el trabajo.
c) Investigación de Campo "in situ"	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación física y mental; - Llegada, negociación del propio rol y establecimiento del rapport; - La observación participante; - Selección de informantes, entrevistas en profundidad y cuestionarios; - Registro de datos y sus técnicas; - Codificación o Clasificación; - Despedida.
PRODUCTO:	
a) Categorización, Interpretación e Informe Diagnóstico	- Categorización, Interpretación, Diagnóstico e Informe.

a) *Demarcación del campo*

“El escenario ideal para la investigación es aquel en el cual el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge datos directamente relacionados con los intereses investigativos. Tales escenarios sólo aparecen raramente”.¹⁶

La delimitación del objeto o problema que se investiga permite delimitar el campo de trabajo. Delimitar el objeto del trabajo de campo es imprescindible para poder redactar un proyecto y acompañarlo de un presupuesto ajustado a lo que se demanda.

La “primera elaboración” del proyecto observacional es bastante proyectiva, ideativa y imaginativa. Se conoce el objeto o problema que hay que conocer y resolver, se conoce la organización donde hay que actuar, pero todavía no se ha evaluado la realidad.

La “segunda elaboración” se realiza después de la lectura sistemática de la información y supone un acercamiento de la realidad.

La “tercera elaboración” ocurre en el momento de la codificación y ordenación del material registrado en el trabajo de campo.

La “cuarta elaboración” ocurre cuando el material de campo, es categorizado, interpretado y concluido ya en un informe o diagnóstico.

En la etapa de demarcación del campo la *definición del problema* es fundamental. Cuando se accede al campo ya se tienen dos elementos básicos: un problema narrado por *los* dueños del problema (*narrativas emic*), centrado en un escenario y un poblamiento concreto y un diseño mínimo y provisional que permita abordar el problema. Sólo cuando ya existe una investigación anterior, podría comenzarse el trabajo con un diseño más estructurado, aunque siempre bajo el carácter de provisionalidad, ya que si no, se negaría la eficacia del proceso investigador cualitativo.

En la demarcación del campo de una investigación cualitativa, en general, opera siempre sobre comunidades pequeñas y abarcables, estudiadas en un tiempo suficiente para poder observar la conducta interactiva de todos sus miembros.

¹⁶ Taylor y Bogdan, 1998:36

b) Preparación y documentación

La diferencia de las etnografías clásicas sobre “pueblos primitivos” considerado “ahistóricos”, en los estudios cualitativos actuales sobre las organizaciones se hace necesario evaluar previamente, toda la documentación histórica oral y escrita, además de analizar la cultura material y la tradición oral, sobre el tema que se investiga (“documentos” y “monumentos”, tal como hemos apuntado anteriormente).

c) Investigación de campo

La investigación de campo supone entrar en contacto con la realidad que se desea investigar. Es importante estar en forma, física y mentalmente. En una organización podemos encontrar enormes barreras mentales que pueden poner en peligro la integridad mental (dependencia psicológica) o física (persecución y hostigamiento) del investigador. Cada organización tiene su lógica interna, su autoprotección lo que hace que el "acceso" a ellas no sea siempre fácil, porque el investigador puede ser considerado “intruso”.

Tabla 3
Etapas – Acceso al campo

La llegada:	En el proceso de entrada al campo, además de una actitud abierta y receptiva a todo lo que se ve, la tarea inicial fundamental es la de familiarizarse con el escenario y con las personas, dejando para mas adelante la recogida de datos, propiamente dicha. La entrada supone romper la membrana protectora social-cultural que toda organización tiene y que le defiende del "inmigrante" externo que quiere estudiarle pero no integrarse en la comunidad.
Negociación del propio rol:	Es importante presentar una imagen de persona que, sobre todo, trata de aprender durante la estancia en la organización, valorando constantemente lo mucho de bueno que hay en ella, huyendo de toda postura dogmática.
Establecimiento del rapport de confianza:	El investigador recién llegado tiene una doble faceta: la de investigador y el de sujeto individual. Como investigador y miembro de una organización evaluativa, el observador puede ser aceptado. Como persona individual, el observador construye otro tipo de rapport. Quieren encontrar en él una persona no engreída, afable, que escucha, un profesional a su servicio, con el cual la gente se sienta cómoda.

En la fase de investigación de campo la observación participante y la entrevista en profundidad constituyen los dos aspectos nucleares dentro la metodología cualitativa. Ya hemos aludido anteriormente a estas técnicas.

La *retirada del campo* se produce cuando el investigador advierte una saturación y repetición del material registrado.

“En la retirada del campo, cuando el observador percibe que ya ha obtenido suficiente material para su proyecto de investigación, comienza a cesar en la recogida de materiales al tiempo que procede a la elaboración de la ruptura, desvinculándose afectivamente de las personas con las que ha trabajado”.¹⁷

El trabajo de campo debe finalizarse cuando se han recogido datos suficientes para explicar la totalidad de la cultura estudiada y puede obtenerse, a través de ellos, una visión holística de la misma, de acuerdo con el proyecto de investigación. Siempre es posible investigar nuevas cosas, pero esto haría la investigación interminable, pero hay un punto de inflexión en el que nos damos cuenta que el investigador colmó sus preguntas internas y este es el momento de terminar.

A partir de la “retirada del campo”, comienza el proceso de *codificación*, o sea, de la ordenación del material registrado a través de códigos numéricos o lingüísticos, casi siempre, desde la perspectiva de trabajo del investigador. La codificación del registro de datos se basa, esencialmente, en la ordenación del material procedente de las narrativas emic. La codificación es un modo de sistematizar los datos del registro final en unidades operativas sirviendo de soporte para clasificar el material investigado para su comprensión y utilización. La codificación depende fundamentalmente de la visión de totalidad de la realidad estudiada.

d) *El producto de campo*

Una vez concluida la fase del proceso de campo, entramos en la fase de elaboración del producto de campo. A través de la categorización y de la interpretación se elabora un producto que podemos expresarlo en forma de diagnóstico, informe, monografía, etc.

En la categorización el investigador encuentra la realidad observada y trata de conceptualizarla desde sus categorías científicas. El objetivo de toda

¹⁷ Ruiz Olabuénaga, 1996: 66-67

categorización es el reconocimiento conceptual de los hechos observados a través del trabajo de campo. La categorización es un sistema específico de codificación realizado a través de la consideración de los núcleos de significado, reconocidos desde las teorías étic que posee el investigador.

La codificación y categorización son dos maneras de clasificación y definición del material registrado en el trabajo de campo. En la codificación está mucho más presente la perspectiva (emic) de la comunidad estudiada; mientras que en la categorización está más presente la perspectiva (etic) del observador.

Después de las etapas de codificación y categorización los datos están preparados para la interpretación y el informe diagnóstico.

e) Evaluación de la investigación de campo.

Como señalan Erlandson y Otros, siguiendo a Lincoln y Guba, hablan de los tipos de criterios de calidad en la investigación cualitativa: de confiabilidad, de autenticidad y de ética.

La credibilidad se refiere al uso de técnicas de la investigación, tales como: duración, intensidad, documentación, observación, entrevistas, *triangulación*, registro de datos, etc.,. Es importante destacar aquí la “triangulación”¹⁸, como uso de múltiples estrategias en el análisis de un mismo fenómeno. En este trabajo, por ejemplo, combinamos la documentación, la observación, las entrevistas, los cuestionarios, etc., realizando la “triangulación interna y externa”. La manera de utilizar la triangulación en metodología cualitativa lleva toda la singularidad del investigador.

La transferibilidad se refiere a la posibilidad de aplicar los resultados de una investigación a diferentes contextos. En caso de nuestra investigación, se produce una “microteoría” explicativa de la empresa, pero sin duda, es capaz de producir nuevas conjeturas que promuevan investigaciones parecidas.

La dependibilidad es la posibilidad de la investigación ser validada por una auditoria externa, un previo test de las técnicas utilizadas y de los resultados conseguidos.

¹⁸ Oppermann, M., 2000: 141-146.

Aquellos que insisten en la perspectiva *construccionista*¹⁹ dicen que el conocimiento y la verdad son construidos por el investigador, no “descubiertos” por él. En la realidad todos somos un poco constructivistas en la vida ya que aprender no es un hecho pasivo-receptivo, sino una acción de creación de métodos, codificación de experiencias, etc. Los construccionistas hacen cuestionamientos de los criterios científico-positivistas de validez, fiabilidad y objetividad y prefirieren *criterios evaluativos de triangulación* y de contrastación intersubjetiva.

1.3.5. La triangulación

Aunque hemos de ocultarnos más delante de la triangulación como herramienta de evaluación de los resultados, no obstante adelantamos aquí algunas posiciones preliminares que explican el proceso de nuestra investigación.

De los cuatro criterios de confiabilidad, la mayoría de autores se centran, sobre todo, en el “criterio de credibilidad”, a base control de las técnicas (documentación, observación persistente, entrevistas, etc.), insistiendo a través de ellas en la “triangulación interna.”

El concepto de “triangulación” ha sido utilizado en la medición de superficies a base de triángulos,²⁰ pero aquí trataremos, solamente, de su utilización en la investigación cualitativa.

“De manera más general, la triangulación de las fuentes de información conlleva la comparación de la información referente a un mismo fenómeno, pero obtenida en diferentes fases del trabajo de campo, en diferentes puntos de los ciclos temporales existentes en aquel lugar o, como ocurre en la validación solicitada, comparando los relatos de los diferentes participantes (incluido el etnógrafo) envueltos en el campo”.²¹

¹⁹ K. Gergen (1985) recomienda utilizar el término *construccionismo* en vez de “constructivismo” para evitar confusiones con el constructivismo de Piaget. Una fecha importante para el construccionismo social viene dada por el célebre artículo de K. J. Gergen, “Social psychology as history” (1973), aunque con un claro antecedente en la obra de P. Berger y T. Luckmann, *The Social Construction of Reality* (1966).

²⁰ Los ángulos interiores de un triángulo suman 180°. Si se conoce la suma de dos ángulos se facilita la averiguación del tercero. La triangulación es un instrumento que permite, por ejemplo, la utilización del Global Positioning Systems (GPS). No se trata de un descubrimiento reciente, pues ya la utilizaron los griegos (como por ejemplo, Hiparco de Nicea, c. 150 a. JC.).

²¹ M. Hammersley y P. Atkinson, 1994: 216. La importancia que el concepto de triangulación ha adquirido en la investigación cualitativa se ve reflejada en recientes publicaciones: Blaikie, N. H. (1991). A critique of the use of triangulation in social research”, *Quality and Quantity*, 25(1991)115-136; Denzin, N. K.

Seguendo a Denzin, ²² la triangulación puede ser:

- Datos - Recogidos en diferentes tiempos, espacios o investigadores.
- Teorías - Diferentes para analizar un mismo fenómeno.
- Métodos - A base de utilizar diferentes métodos.
- Múltiples formas - Combinadas.

La *triangulación de datos* utiliza varias estrategias en la recogida de datos: en diferentes momentos, con diferentes técnicas, etc.

La *triangulación de teorías* utiliza diferentes perspectivas teóricas para analizar los mismos datos.

La *triangulación de investigadores* utiliza la estrategia de observar los datos por diferentes observadores. En este caso, se crean equipos de investigación multidisciplinares que permiten realizar, a la vez, la triangulación de teorías.

La *triangulación de métodos*, tanto de intramétodos (para verificar la consistencia interna de unos datos investigados), como intermétodos (para verificar la consistencia externa de los datos). Sería, por ejemplo, la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos para la investigación de los datos.

La triangulación permite conseguir una mayor riqueza de datos y crea una visión más globalizada de la investigación, sin que caiga en la generalización.

“La triangulación, en definitiva, hay que entenderla como una herramienta heurística que, no sólo amplía y enriquece la investigación, sino que la fortalece y consolida”.²³

La triangulación permite corregir algunas limitaciones que, algunas veces, produce la acción de un solo investigador, y también amplía la visión holística de la realidad investigada.

Los científicos sociales consideran que la utilización de un único método o enfoque de investigación podría dar lugar más fácilmente a sesgos en la

(1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine P. C.; Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation un action. *Administrative Science Quarterly*. 24(1979)602-610; Olsen, W. (2004). Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. En, Holborn, M. *Development in Sociology*, Causeway Press; Oppermann, M. (2000). Triangulation. A Methodological discussion. En *International Journal of Tourism Research*, 2(2000)141-146; Paul, J. (1996). Between Method Triangulation. En, *The International Journal of Organizational Analysis*. 4(1996)135-153; Webb, E.J./ Campbell, D. T./ Schwartz, R. D./ Sechrest, L. (1966) *Unobstrusive Measures: Nonreactive research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally.

²² N. K. Denzin (1970). Para Oppermann (2000) los pioneros en introducir la técnica de triangulación en la investigación cualitativa fueron, Webb, Campbell, Schwartz y Sechrest, en 1966.

²³ Cfr., J.I. Ruiz Olabuénaga, 1996: 116; Taylor y Bogdan, 2002:91-92; Vallés, 2007: 104.

metodología, en los datos o en los investigadores.²⁴

La utilización de múltiples métodos permite desarrollar un programa de investigación sistemático. Cada uno de los métodos debe generar un estudio completo en si mismo. A su vez, debe indicar la naturaleza y dirección del siguiente. Los resultados obtenidos serán validados y extendidos en cada aplicación alumbrando un entendimiento global del objeto de estudio.²⁵

La triangulación incrementa las garantías de que la investigación sea holística y multidisciplinar. No es por lo tanto de un mero puente entre métodos cuantitativos y cualitativos, sino un principio inspirador de la investigación orientado invariablemente hacia el progreso científico.²⁶

A la hora de establecer criterios de confiabilidad Erlandson y Otros, siguiendo a Lincoln y Guba, distinguen tres tipos de “criterios de calidad en la investigación cualitativa: de confiabilidad, de autenticidad y de ética, siendo el primero de ellos, el más utilizado:

Tabla 4
Criterios de confiabilidad

Cuantitativos	Criterio de referencia	Cualitativos
Validez interna	VERACIDAD	Credibilidad
Validez externa	GENERALIZACIÓN	Transferibilidad
Fiabilidad	CONSISTENCIA	Dependibilidad

Adaptado de Erlandson y Otros (1993); Cfr. Vallés, 1997: 103

La *credibilidad* alude al uso de técnicas de las investigación (duración, intensidad, documentación, observación, entrevistas, *triangulación*, registro de datos, etc.).

La *transferibilidad* se refiere a la posible aplicación de los resultados de una investigación a otros contextos. Aunque nuestra investigación sólo puede producir una “microteoría” (explicativa de la empresa constructora Barcon), sin embargo, es capaz de “producir preguntas y nuevas conjeturas” que promuevan investigaciones similares.

²⁴ Oppermann, 2000

²⁵ Morse y Chung, 2003

²⁶ Oppermann, 2000

La *dependibilidad* se refiere a la posibilidad de que la investigación pueda ser validada por una auditoria externa, previo examen de las técnicas utilizadas y de los resultados obtenidos.

Los que insisten en la perspectiva *construccionista* ²⁷ afirman que el conocimiento y la verdad son contruidos por el investigador, no “descubiertos” por él. Todos somos constructivistas en la vida diaria ya que el acto de aprender no es un hecho pasivo-receptivo, sino una acción de creación de conceptos, métodos, codificación de experiencias, etc. Los construccionistas cuestionan los criterios científico-positivistas de validez, fiabilidad y objetividad, prefiriendo *criterios evaluativos de triangulación* (de datos, de investigadores, de teorías, de metodologías, en la línea de Denzin) y de contrastación intersubjetiva.

f) Interpretación e informe diagnóstico

A partir de este momento, todos los datos observados, descritos, codificados y categorizados, están dispuestos para la *interpretación* ²⁸ y el *diagnóstico*. Con la interpretación y el diagnóstico llegamos a la etapa final, la más compleja y decisiva, de toda la metodología cualitativa. En la interpretación y en el diagnóstico se pone en juego la capacidad del investigador para conocer y evaluar la realidad. Si no se alcanzan la interpretación y el diagnóstico, todo en trabajo de campo anterior puede quedar en una mera “descripción” de la realidad.

Etimológicamente, el “intérprete” es el que hace de intermediario entre dos significados, uno oculto y otro manifiesto; es un traductor desde un lenguaje críptico a otro inteligible; es el desvelador del significado simbólico implícito en la realidad investigada. En la *interpretación* se aclara el significado de algo para luego llegar a un diagnóstico.

Hay un punto de partida interesante para entender el acto interpretativo en la metodología cualitativa que estaría asociada a dos tipos básicos de forma de interpretar: *el acto interpretativo* traductor por el cual somos capaces de entender el sentido profundo de algo que se nos presenta como algo más

²⁷ K. Gergen (1985) recomienda utilizar el término *construccionismo* en vez de “constructivismo” para evitar confusiones con el constructivismo de Piaget. Una fecha importante para el construccionismo social viene dada por el célebre artículo de K. J. Gergen, “Social psychology as history” (1973), aunque con un claro antecedente en la obra de P. Berger y T. Luckmann, *The Social Construction of Reality* (1966).

²⁸ El término de *hermenéutica* surgido de la obra de Aristóteles *Peri hermeneias* (sobre la “interpretación”) se refiere a un concepto ampliamente desarrollado por la exégesis bíblica y la jurisprudencia. En metodología cualitativa, han tenido amplia influencia las obras de, E. Betti (1955), H. G. Gadamer (1960 y 1977), P. Ricoeur 1965 y 1969), C. Geertz (1973) y J. Coderch (1995), entre otros.

superficial y *el acto interpretativo dinamizador* a través del cual se despierta en la conducta del sujeto una potencialidad de un mejor autoconocimiento. Es a través de la interpretación como se puede entender el mundo cultural de los observados, para promover una respuesta reconstructiva y potenciadora.

Una vez que hemos interpretado la realidad observada, procedemos a emitir un diagnóstico. El *diagnóstico* constituye el acto de devolución de la solución a los dueños del problema, para que pueda ser comprendido y aceptado por ellos. El diagnóstico es un acto de decisión científica, realizado a través de cinco momentos: el afectivo, el cognoscitivo, el operativo, el ético y el social.

Tabla 5
Momentos del diagnóstico

El momento afectivo	- La narración de esta realizada como demandada de ayuda por los dueños del problema, ante la ansiedad sintomática de no controlar la situación. Esta demanda de ayuda se confía a expertos que pueden resolver el problema, que dará un diagnóstico adecuado y asumible por los dueños del problema.
El momento cognoscitivo	- El momento cognoscitivo comienza con la escucha de la narración del problema. La construcción diagnóstica se realiza confrontando la información exploratoria, con la teoría que posee el observador, confrontando el hecho particular del enfermo con la teoría de la enfermedad, a través de una inferencia clínica. En el campo de la etnografía, después de un cuidadoso control de los sesgos del observador, y un exhaustivo análisis de los datos, el observador reconstruye la realidad cultural y emite un diagnóstico o informe sobre la misma.
El momento operativo	- El diagnóstico cognoscitivo debe seguir un diagnóstico operativo, o sea debe vehicular técnicamente una resolución. No siempre lo que se puede diagnosticar cognoscitivamente, se esta en condiciones técnicas de operativizarlo (por ejemplo: es posible diagnosticar el sida, pero no existe técnica suficiente para curarlo). El momento operativo, de ciencia aplicada, está mucho mas condicionado por las técnicas, que el cognoscitivo. Cada ciencia tiene su metodología, y cada metodología sus técnicas específicas. La actual investigación cualitativa responde siempre a una demanda explícita o implícita de resolución de un problema. Un problema bien planteado (buen diagnóstico) es un problema en camino de resolución, pero para acabar de resolverlo, hace falta una propuesta operativa viable.

El momento ético	- Toda acción de relación interactiva debe estar encauzada por unos límites éticos, por ejemplo, los del secreto profesional, o los de la libertad de cada uno termina donde empieza la del otro, o del derecho a no ser investigados, etc. Hay muchas cuestiones éticas que se plantean, sobretodo a la hora de aplicar la ciencia y todo observador e investigador debe conocer las reglas deontológicas básicas y aplicarlas.
El momento social	La metodología cualitativa es, fundamentalmente, interaccional, actúa sobre redes sociales interactivas, por esto, cada vez que se incide sobre un individuo o una comunidad, se altera un equilibrio o desequilibrio preexistente, se modifican, de alguna manera, las relaciones contextuales. El acto etnográfico, al crear una nueva interacción, crea unos vínculos cultural-sociales de influencia mutua, que modifican y replantean ambos contextos.

Fuente: (Laín Entralgo, P.,1984: 353 y ss.; Cfr.,,Aguirre, A. 1995: 99-103; el resumen de la tabla es mío).

De estos cinco momentos diagnósticos, los mas centrales son: *el momento cognoscitivo*, en el que se categoriza con terminología científica, el problema y su significado; y *el momento operativo*, en el que se hacen propuestas, generalmente de índole técnica, para resolver el problema, sin olvidar de los momentos éticos, sociales y afectivos.

1.3.6. A modo de conclusión

Cuando exponemos nuestra opción metodológica, es evidente que no hacemos un resumen de manuales, sino que tratamos de realizar una síntesis teórica de nuestro posicionamiento metodológico. Ya hemos constatado que hemos seleccionado autores de prestigio como, Taylor y Bogdan, Ruiz Olabuénaga, Conde López, Vallés, Maykut y Morehouse y otros, para dialogar especialmente con ellos. Pero, esto no obsta para que nuestros posicionamientos se sustentan en nuestra propia síntesis teórica.

Por otra parte, deseamos poner de manifiesto que, en nuestro trabajo de investigador distinguimos dos partes fundamentales: el proceso de campo (documentación, observación participante, entrevistas en profundidad, cuestionarios sistemáticos (triangulación), asumidos en la “codificación”) y el producto de campo (categorización, interpretación y diagnóstico).

Muchas de las monografías se quedan en lo meramente descriptivo, aunque se acompañe la descripción de una interpretación densa, pero no expresan sus momentos de categorización e interpretación y, sobre todo, no aportan un diagnóstico cognoscitivo y operativo que pueden ser devueltos a los

dueños del problema.

Nosotros queremos hacer hincapié, pues, en las dos etapas de la investigación: la del proceso de campo y del producto de campo.

Quisiera hacer notar que el “producto de campo”, que sigue al proceso de campo, no es una mera “intervención profesional” (al estilo de la “investigación-acción”, del “desarrollo organizacional”, o de la mera “intervención técnica”), sino una investigación de la que se derivan “resultados”.

El trabajo de campo como “proceso de investigación” es siempre una “escucha de los relatos *emic*” (producidos por los dueños del problema, como acertadamente dice D. Greenwood) los cuales llegan a ser codificados por el investigador para su mejor operatividad.

Cuando se realiza la ruptura de la “escucha de *emic*”, el “investigador *etic*” toma paradigmas y teorías (“fundamentadas” y “a priori”) para tratar de categorizar el registro previamente codificado y poder evaluarlo interpretativamente (una interpretación densa provisional se realiza a lo largo del proceso de registro de los datos, pero no es suficiente), al final.

Desde la categorización y la hermenéutica de los datos se está en condiciones de proponer soluciones diagnósticas, cognoscitivas y operativas, éticamente aceptables.

Esta segunda parte de la investigación, el “producto de campo” que sigue al “proceso de campo” es lo que permite la operatividad, la “aplicabilidad” de la investigación, algo más profundo y relevante que una mera intervención profesional o técnica”.

2ª PARTE
CONCEPTOS TEÓRICOS ACERCA DE LA DEPRESIÓN Y
DEPRESIÓN LABORAL

2. CONCEPTOS TEÓRICOS

Como hemos apuntado en la introducción, en esta segunda parte de la tesis doctoral, expondremos una síntesis de los supuestos teóricos desde los cuales operamos en nuestra investigación. Al precisar los términos y conceptos con los que trabajamos, además de tomar posición teórica, tratamos de alejar en lo posible, malos entendidos.

No todo mundo entiende de la misma manera el hecho depresivo. Esta síntesis conceptual introductoria que presentamos tiene un propósito de posicionamiento personal. Para comprender la enfermedad depresiva, partimos de una comprensión antropológica de la depresión ²⁵ en la que se inserta el modelo tetradimensional de Alonso Fernández. Este modelo adoptado, además de constituir una exposición completa de la semiología depresiva, define la depresión, no como un trastorno afectivo (DSM IV),²⁶ si no como un hundimiento vital, siendo sustancial, esta posición teórica en nuestra investigación.

Este y otros posicionamientos teóricos hacen absolutamente pertinente la exposición de los principales conceptos sobre la depresión, que utilizaremos en nuestra investigación, abordando finalmente, el análisis de la depresión laboral y los efectos de este trastorno sobre el trabajo y el trabajador, presentando también la distinción de los conceptos de endodepresión y exodepresión.

²⁵ Cfr. A. Aguirre, 2008 "Antropología de la depresión" (23 pp.), en, *Revista Malestar e Subjectividade*, Vol VIII – nº 3 :563-601 UNIFOR - Fortaleza - Brasil.

²⁶ "Lo que podríamos llamar error norteamericano actual consiste en haber clasificado la depresión en el DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) como un *trastorno afectivo*. Anteriormente, muchos clínicos participábamos de un error análogo. Por mi parte, había sucumbido a esa postura equivocada, proponiendo incluso, para los cuadros depresivos e hipertímicos la denominación de *fasodistimia*, que significa 'trastorno afectivo de evolución fásica'. Si podemos hablar hoy de error norteamericano es por haber mantenido esta postura, institucionalizándola, en cierto sentido, en el *corpus* representativo de la psiquiatría de este país" (Alonso, Fernández, 1988: 2-3).

2.1. Concepto de Depresión

2.1.1. Introducción al concepto de depresión

A menudo, el término depresión es usado de un modo coloquial designando en su uso corriente patologías muy diversas.²⁷ Pero, cuando nos referimos específicamente a la depresión la definimos como un “hundimiento vital”, siguiendo de cerca el concepto de “depresión geográfica o económica”

La comprensión antropológica²⁸ de la depresión nos permite, por una parte, hacer un recorrido histórico por la diversa terminología (melancolía, acedia, depresión) y concepto (humoral, anímico, psicosomático) que ha tenido a lo largo de los siglos, esta patología; pero, por otro lado no debe extrañarnos que no tengamos definiciones definitivas de la depresión, ya que “lo psíquico resulta más reacio que lo somático a las definiciones precisas”²⁹ No obstante, adelantamos la definición de Alonso Fernández:

*“La totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como un hundimiento vital”.*³⁰

²⁷ El psiquiatra y psicoanalista F. Calviño se pregunta acertadamente: “¿Utilizamos correctamente el término ‘depresión’?. Seguramente, no. (...) La palabra ‘depresión’ designa, en la superficie de una cosa, la porción de aquella que está más baja o metida en el interior de la misma y se aplica, particularmente, a los accidentes geográficos que consisten en eso. (...) En lo psíquico, designa la situación de quién está abatido moralmente. Ésta es la acepción (y la situación) que nos interesa. (...)¿Entramos en un ámbito científico, de definiciones claras, donde el mal uso de los términos propios es impensable? En realidad, no. Porque, por una parte, la medicina no es un campo estrictamente científico y, por otra, lo psíquico se somete mal a las definiciones claras. La medicina no es un campo científico puro, sino de aplicación y uso de descubrimientos científicos. (...) El clínico es, en nuestros días, fundamentalmente y muchas veces a su pesar, un gestor de recursos diagnósticos y terapéuticos” (Calviño, 2003: 21-22). El concepto de depresión no puede definirse ni del diagnóstico orientado por los fármacos, ni por un manual de síntomas creado a instancias de las entidades aseguradoras. La depresión es un “hundimiento vital” en el que “se sufre en todo el ser, se sufre por vivir”.

²⁸ “La trascendencia de la depresión a otros campos queda demostrada al constituir uno de los temas antropológicos y sociológicos más relevantes de nuestro tiempo” (Alonso Fernández, 2008: 2); “Si un trastorno humano merece ser calificado de ‘antropológico’ aquel es la depresión” (Ballús, 1989: 9). Estas afirmaciones de ambos maestros de la psiquiatría, no dejan lugar a dudas sobre la dimensión antropológica de la depresión.

²⁹ F. Calviño, 2003: 23; Como decía Willner (1985), “Las perspectivas psicológica y biológica sobre la depresión pueden y deben complementarse recíprocamente. En el presente, sin embargo, el divorcio entre estas dos áreas de investigación es casi total. La distinción entre las depresiones psicológicas y biológicas es una falsa dicotomía. Todas las depresiones poseen ambas condiciones” (F. Alonso Fernández, 2008: 4)

³⁰ Cfr. F. Alonso Fernández, 1988: 6.

Esta enfermedad siempre ha estado presente en la humanidad, pero hoy puede ser considerada, sobre todo en Occidente, como el mayor trastorno epidemiológico de este siglo.³¹

2.1.2. Perspectiva histórica de la depresión - Melancolía, acedia, depresión

Dentro del posicionamiento antropológico para explicar la depresión, comenzaremos por su historia terminológico-conceptual.

La perspectiva histórica de la depresión está expresada por tres palabras: Melancolía, Acedia, Depresión, que hacen referencia a las tres perspectivas culturales básicas de la filosofía occidental: cosmológica, teológica y logológica, es decir a la manera en que el hombre occidental ha entendido el mundo.³² Como hemos dicho, no realizamos esta exploración como un dato erudito histórico, sino para introducirnos en el primer enfoque, onto-antropológico sobre la depresión.³³

a) *Melancolía*

La *Melaina chole* (*atra bilis*, bilis negra) o melancolía, era atribuida en la antigüedad, a un exceso de bilis negra, proveniente de la alteración del equilibrio humoral. Según la idea hipocrática (siglos V y IV aJC), la alteración cuantitativa y cualitativa de la bilis negra produciría el estado melancólico depresivo. De acuerdo con esta concepción humoral, la bilis provocaría la corrupción del cerebro y con ello la aparición del cuadro depresivo.

Aunque la concepción hipocrática atribuye etimológicamente la melancolía a un origen natural y hereditario, existen también en la antigüedad clásica greco-romana posturas de pensamiento ecléctico, con elementos

³¹ "En casi todos los países, la depresión constituye hoy en día, el problema sanitario número uno, por razones cuantitativas, ilustradas con datos epidemiológicos abrumadores, y por razones cualitativas, presididas por el argumento de que, la mayor parte de las veces, esta afectación, que ocasiona tantos riesgos y sufrimientos individuales y comunitarios, no ofrece grandes resistencias a la aplicación de un tratamiento adecuado" (Alonso Fernández, 2008: 2).

³² Cfr M. Buber dijo con gran sabiduría, "El sistema de Hegel representa, dentro del pensamiento occidental, la tercera gran tentativa de seguridad; después de la cosmológica de Aristóteles y la teológica de Sto. Tomás, tenemos la logológica de Hegel" (1964: 44).

³³ Puede consultarse con provecho la excelente obra de S. W. Jackson, *Historia de la melancolía y la depresión* (1989); Cfr, además Winograd, (2005) y Aguirre (2008).

psicológico-religiosos, para explicar la melancolía. Celso (c.50 p.JC), Sorano de Éfeso (siglo II p.JC) junto a las clásicas posiciones del pensamiento hipocrático, introducen factores psicoreligiosos.

La influencia hipocrática se hace patente en tres autores significativamente importantes: Rufo de Éfeso (siglo II p.JC), el cual afirma que la mente es también factor de melancolía; Areteo de Capadocia (c. 150) que conjeturó la conexión entre manía y melancolía; y Galeno (siglo II p.JC) que continuó desarrollando el esquema humoral, aunque introduciendo factores psíquicos. Esta medicina griega, inscrita en el esquema filosófico de la cosmología, abarca un paréntesis que va desde Hipócrates a Galeno y que se adentra en la Edad Media a través de las traducciones árabes de los textos griegos de los siglos X y XI, aportaciones que culminan con las traducciones de Constantino Africano (1220-1287) médico mulsumán que se hace benedictino en Montecasino y cuyas traslaciones de los autores clásicos tienen gran influencia en la Edad Media y Renacimiento.

b) Acedia

Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. Los cenobitas de la Tebaida se hallaban sometidos a las tentaciones de soledad, que atribuían al demonio. Según ellos la mayor parte de esos espíritus malignos aparecía furtivamente a la llegada de la noche. Pero había un enemigo de mortal sutileza, que se paseaba sin temor a la luz del día. Los cenobitas del desierto lo llamaban “daemon meridianus”, pues su hora favorita de “visita” era bajo el sol ardiente. Se manifestaban en aquellos monjes que se hastiaban de trabajar bajo el calor opresivo para forzar la entrada a sus corazones. A la pobre víctima el día le resultaba intolerablemente largo y consecuentemente, la vida desoladoramente vacía.

A lo largo de la Edad Media esta acción del demonio “meridiano” fue conocida con el nombre de acedia. Accedia, acedia, accidia, acidia, eran diversos nombre de un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza que hoy denominamos depresión.

El término griego akédia, akedía (a-kédos = sin cuidados), es traducido al latín por acedia (en autores como Casiano, Alcuino, Jonas de Orleáns), por acidia (Hugo de S. Víctor, Otón de Luques, S. Buenaventura), por accidia (S. Isidoro de Sevilla, S. Tomás de Aquino, R. Lulio), y por “taedium vitae” (S. Jerónimo, J. Casiano).

El principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano (419 – 426), al confeccionar la lista de los ocho vicios que afligen

al género humano en los que se incluye la acedia. Dos cuestiones importantes aparecen en la obra de Casiano, la definición de acedia como tedio del corazón y la enumeración de los pecados principales que dará lugar a la posterior lista de los pecados capitales.

Después de J. Casiano, será S. Gregorio Magno el que reforma la lista de los pecados principales, reemplazando la acedia por la envidia y poniendo la soberbia como raíz de los demás. Rábano Mauro intenta conciliar ambas posturas, pero es Hugo de S. Víctor, en el siglo XII, que inicia la teoría de los siete pecados capitales: soberbia, envidia, ira, acedia, avaricia, gula y lujuria.

El tema de la acedia recoge toda la Edad Media, desde su introducción en Occidente por J. Casiano (siglo IV) hasta la posterior perspectiva de los Libros Penitenciales (siglos XII y XIII), planteando dos cuestiones fundamentales: la descripción de acedia como vicio capital o como enfermedad corporal:

“Los autores espirituales de la Baja Edad Media que se ocupan de la acedia, tienden a distinguir los aspectos mentales de los manuales, porque se refieren a la doble actividad de los monjes “ora et labora”. Hasta el siglo X, la acedia de los monjes es considerada como una tentación diabólica; en el siglo XI se la describe como ociosidad y a partir del siglo XII como pereza y falta de fervor espiritual. Por una parte, a los monjes depresivos se les aplicaba una doble terapia: a los que eran tentados con la sequedad espiritual se les recomendaba la confesión frecuente y la oración. En este sentido, la confesión y la dirección espiritual tenían para los afectados de la tristeza (acedia) un efecto de terapia psicológico-espiritual. Cuando, sin embargo, se les diagnosticaba por el galeno el origen melancólico de la tristeza, se recomendaba el ayuno purgativo de las grasas y bilis negra”.³⁴

Durante la Edad Media coexistieron, pues dos diagnósticos sobre la acedia: el diagnóstico melancólico de la tristeza, eximía de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal; mientras que el diagnóstico diabólico de la acedia era un pecado al que había que combatir con oración, confesión y trabajo manual.

c) Depresión

“El Renacimiento ha posibilitado una vuelta a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo. Así, Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un tratado sobre la melancolía,

³⁴ S. Jackson, 1989: 73.

donde resalta la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica a enfocar la depresión. En la misma línea están el médico Español F. Vallés (1524-1592), A. du Laurens (1560-1601) y F. Platter (1536-1614). Pero es el depresivo clérigo y filósofo inglés R. Burton, el que publica en 1621, *La anatomía de la melancolía*, dando un paso adelante respecto a la teoría humoral, teniendo en cuenta los factores psicológicos y distinguiendo entre los estados de hipertimia y distimia”.³⁵

En el Renacimiento se recupera la terminología clásica de la melancolía, junto con otros términos similares, como “atra bilis” que significa bilis negra, pero se sigue utilizando el concepto de “melaina-cole” que dará lugar a las expresiones literarias y populares sobre melancolía en el Romanticismo: abatimiento, descontento, malhumor, soledad, etc.

“Se puede decir, pues, que a partir de la obra de R. Burton es cuando comienza la nueva concepción nerviosa o mental de la depresión. El término depresión se fragua a partir de la Ilustración. R. Blackmore habla ya en 1725 de depresión, R. Whytt (1764) habla de depresión mental al referirse a la melancolía, Ph. Pinel (1801) alude a la depresión de espíritu, S. Tuke (1813) se refiere a la depresión de la mente y G. M. Beard (1869) habla de agotamiento del sistema nervioso. A mediados del siglo XIX, W. Griesinger introduce la expresión “die psychischen Depressionzustände” como sinónimo de melancolía, E. Kraepelin habla de “depressive Wahnsinn” y Esquirol propone el término “lipermanie” en lugar de melancolía”.³⁶

En la actualidad el término depresión, utilizado por psicólogos, geógrafos, sociólogos, economistas, psicoanalistas, etc., se refiere predominantemente al hundimiento, que en el caso del “hundimiento vital” llamamos depresión.

La depresión ha tenido pues, a lo largo de los años, tres principales nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad desde tres perspectivas: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y la muerte.

³⁵ Aguirre, A., 2008:45

³⁶ A. Aguirre, 2008: 48.

2.1.3. Definición antropológica de la depresión

a) Onto-antropología de la depresión

Después del enfoque histórico-antropológico, al que brevemente nos hemos referido, pero que es vital para comprender la depresión, abordaremos ahora la perspectiva antropológica de la que actualmente partimos, heredera de la escuela franco-alemana de psiquiatría del siglo XX, aunque por razones de su tiempo y de los planteamientos filosóficos entonces en boga, se presentaba más como una angustia existencial que como una depresión.

Desde la perspectiva antropológica, el depresivo se nos define como “pático y mortal”. Y es que la depresión coloca el hombre enfermo frente a sus límites vitales, frente a la muerte, por eso se ha llegado a definir la depresión como una vivencia existencial de la muerte, como un derrumbe, como un hundimiento vital del proyecto de vivir.

Esta dimensión antropológica conjuga tanto los componentes biológicos como los psicosociales. Es reductor dar una explicación meramente endógena de la depresión, relegando a un segundo plano los elementos “reactivos”. El hombre es biología, pero también y muy especialmente es cultura, como veremos al estudiar los efectos transculturales de la depresión.

En este sentido, es preciso mostrar que los trastornos patológicos cuya frecuencia aumenta entre los depresivos son múltiples: cardiocirculatorios (trombosis cerebral, hipertensión arterial, afección coronaria, etc.), digestivos (colitis o vómitos en personas de edad, desnutrición, etc) y metabólicos (descompensación de la diabetes y otros), así como procesos infecciosos y tumorales, afecciones que se aprovechan del descenso inmunológico implicado en la depresión. Según algunos autores, no se debe abandonar la advertencia de que la depresión puede reducir la expectativa de vida en ciertos trastornos físicos como el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial, lo que lleva a adoptar medidas preventivas.

También, las diferencias en la depresión según las culturas y los momentos históricos son fundamentales, tanto cuantitativa como cualitativamente. La sociedad occidental actual es profundamente depresógena, alcanzando su vértice epidemiológico, como un fenómeno social propio. Esto nos lleva a un análisis cultural de la sintomatología depresiva.

b) Cada persona manifiesta su enfermedad en el marco de su propia cultura

La diversidad cultural que da soporte a las diversas formas de sintomatizar la depresión ha sido admitida a regañadientes por la psiquiatría biológica. Sin embargo, algunos autores, desde E. Kraepelin (1856-1926) que ya detectó estos problemas transculturales (1904) en Java, han insistido en la necesaria forma de abordar la depresión a través de la cultura, sobre todo en lo que se refiere a su lenguaje sintomático. Contrastando la afirmación con el hecho de que hasta 1953 Cuthers redacta para la OMS su informe sobre África, se creía que la depresión era poco significativa en los países del tercer mundo o primitivos:

“los datos que poseemos permiten afirmar que la sociedad occidental es profundamente depresiógena. La depresión alcanza en ella su vértice epidemiológico, casi como si fuera un fenómeno social propio”³⁷

Para entender la transculturalidad de la depresión, podemos poner un par de ejemplos significativos:

En la II Guerra Mundial, un batallón de tropas inglesas se disponía a entrar en combate. Momentos antes, pudo observarse un doble comportamiento en las trincheras: mientras los soldados ingleses (europeos) se aislaban para rezar, recordar a sus familiares, etc., derramando algunas lágrimas, otros soldados ingleses (asiáticos) saltaban y gesticulaban, profiriendo gritos y alaridos, como en una danza compartida. Muchos interpretaron estos gritos como expresión de valentía, cuando en la realidad constituían una manifestación depresivo-maníaca ante el peligro de la muerte por la inminencia del combate. En ambas manifestaciones, llanto y grito, se advierte una posición bipolar depresiva y maníaca, expresándose a través de la doble forma la diferencialidad transcultural.

Otro ejemplo interesante, narrado por R. Bastide, nos confirmará igualmente la transculturalidad.

“Un psiquiatra fue llamado para atender a un chico africano, llevado a Francia por su patrón blanco y que presentaba perturbaciones de conducta tan graves, que el internamiento parecía inevitable. Debimos reconocer que el chico no estaba enfermo en absoluto, que lo que hacía era, sencillamente, continuar empleando los mecanismos de defensa africanos en el seno de una sociedad francesa que no los comprendía (...). El chico rompía todos los objetos de sus amos, en realidad la simple torpeza de una persona no habituada al frío. El chico, en lugar de atribuirlo a causas naturales, lo atribuía a un ataque de brujería. Para defenderse de ella, recurría a mecanismos de defensa de su país, al llamado tótem protector y al uso de fetiche. Habiendo encontrado una vieja piel de león,

³⁷ F. Alonso Fernández, 2008: 16.

se envolvió en ella y, en adelante, hacía los recados en el barrio, vestido con este extraño atuendo. La sonrisa de los transeúntes, las burlas de los chiquillos, la aglomeración de los curiosos, terminaron por consolidar en él la idea de brujería, provocándole crisis de agresividad y de inmensa angustia (...). Su repatriación y la supuesta neurosis depresiva desapareció con su retorno a África, donde sus mecanismos culturales de defensa resultaban adaptados”.³⁸

La sociedad occidental, al intentar ser competitiva individual, se hunde en la depresión (a mayor individualismo, mayor epidemia depresiva). Pero, aquí encontramos el segundo problema: si la sociedad padece el hundimiento depresivo, necesita levantarse para lo cual utiliza euforizantes que le devuelvan ganas de vivir. Esto explica el consumo de drogas estimulantes como: la cafeína, nicotina, alcohol, cocaína, etc. o de adiciones psicológicas como: la compra compulsiva, bulimias, tragaperras, etc. Aunque, después de los “subidones” se vuelve al hundimiento y de nuevo, a la necesidad de euforizarse para salir del hundimiento. Una sociedad individualista se transforma, de este modo, en una sociedad depresiva, para después, transformarse en una sociedad (droga) adicta.

Muy diferente es la posición de las comunidades primitivas, de vivencia colectiva, donde todo se comparte. De entrada, un bororo o un motilón, no son un conjunto de individuos autónomos, sino individuos en la colectividad de una tribu. Ocurre lo mismo en las comunidades donde la familia es extensa, con un núcleo aglutinante. Cuando un individuo o un grupo de ciertas comunidades, entran en una depresión, se suele reunir la comunidad para danzar y gritar ritualmente en una fiesta, hasta que se alcanza el trance y el paroxismo (posición maníaca de la danza, el grito y el canto colectivos). El duelo por la muerte de un ser querido, mientras en las sociedades urbanas es vivenciado cada vez más individualmente, e incluso, negado, (lo que comporta un alto coste psicológico depresivo a corto o medio plazo), en las comunidades primitivas es asumido por toda la comunidad. En este caso el difunto es “llorado y gritado” colectivamente y la muerte es vivenciada como fiesta (maníaca) colectiva. En las sociedades urbanas, el individuo queda sobrecargado con el llanto privado y la culpa depresiva; en las comunidades “primitivas”, por el contrario, la explosión maníaca de la fiesta trágica, diluye el dolor y la depresión entre todo el colectivo.

Vemos, pues, cómo el análisis transcultural nos ayuda a relativizar ciertos discursos teóricos sobre la depresión. La depresión es un hecho pancultural, pero en cada cultura se pone de manifiesto dimensiones sintomáticas que son prevalentes y hasta específicas de las diversas culturas.

³⁸ R. Bastide, 1972: 237-238.

2.1.4. ¿Qué es, pues, la depresión?

Hemos definido la depresión diciendo que, “la totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como un hundimiento vital”.

Analizando un poco más el concepto, diremos que se asienta sobre cuatro planos o dimensiones fundamentales:

“Plano Semiológico: Que enfoca una serie de síntomas y signos agrupados desde el punto de vista estructural en cuatro dimensiones: el humor depresivo, el hundimiento energético vital, el trastorno de la comunicación y la alteración de los ritmos biológicos;

Plano Patogénico: Abarca la alteración del funcionamiento de los sistemas neurotransmisores, sobre todo el descenso de la actividad noradrenérgica en el cerebro, originado por la hiposensibilidad de los receptores postsinápticos;

Plano Terapéutico: se fundamenta en que la mayor parte de las depresiones responden favorablemente a un plan de psicoterapia combinado con medicamentos antidepresivos, cuyo denominador común consiste en producir una estimulación noradrenergica, y como estas sustancias aplicadas por fuera del cuadro depresivo necesitan de virtudes terapéuticas específicas y pueden producir efectos secundarios. Es posible hoy confirmar el diagnóstico mediante el logro de una respuesta terapéutica rápidamente favorable.

Plano Etiológico: la distribución de los factores abarca una gran escala que va desde la endogeneidad hasta los trastornos de tipo somático, pasando por las situaciones sociales aflictivas, estresantes, críticas y la personalidad neurótica, de modo que se pueden distinguir las cuatro grandes categorías de la enfermedad depresiva: la depresión endógena, la depresión situativa, la depresión neurótica, y la depresión sintomática inducida por enfermedad eso por la administración de medicamentos o drogas”.³⁹

La depresión es un estado emocional caracterizado por sentimientos de inutilidad, de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad, de culpa, de indefensión y desesperanza profundos. Lleva al que la padece, a la soledad, a la pérdida de motivación, al enlentecimiento motor y a la fatiga. No es un estado único sino que puede variar desde el sufrimiento psíquico hasta psicopatías graves. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación. Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza.

³⁹ F. Alonso Fernández, 1994: 4-7.

Como hemos afirmado, desde un punto de vista ontológico, la depresión es una enfermedad (algo más que un trastorno) de hundimiento vital, una vivencia existencial de la muerte, donde se sufre por vivir. Esta enfermedad debe ser entendida como algo que afecta a todo el fondo vital humano (afectivo, cognitivo, creencial, etc) que altera el sentido mismo de la vida. En la depresión se sufre en todas las partes del ser y suele acompañarse de un denso cortejo de frustraciones y temores. Casi todos los depresivos creen que su sufrimiento no tiene remedio, si no es con la muerte.

Es importante diferenciar *depresión* y *tristeza*. La tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida que todo el mundo ha experimentado alguna vez, la depresión está constituida por un cuadro clínico enclavado en el terreno de lo anormal, lo patológico y lo mórbido.

“El sufrimiento del enfermo depresivo es profundo y difuso, se infiltra en la mayor parte de los procesos psíquicos y corporales y suele asociarse con otros signos y síntomas que reflejan la falta de impulso, la pérdida de la comunicación y la irregularidad imperante en los ritmos biopsíquicos. La persona triste sufre, por el contrario, por un motivo concreto y definido, relacionado con alguna incidencia o acontecimiento penoso de la vida”.⁴⁰

2.1.5. Aparición de la depresión: gradual y súbita.

El síntoma de la depresión puede ser considerado un lenguaje psicocorporal que manifiesta el estado de enfermedad y que con su intensidad de sufrimiento obliga a poner medios para buscar una salida.

El comienzo de la depresión suele ser, en 80% gradual. Generalmente durante algunas semanas los síntomas prodrómicos avisan que llega el estado depresivo, aunque, tanto la rapidez como la aparición de determinados síntomas previos, varía mucho, según los individuos.

El análisis de los síntomas es el primer camino para el diagnóstico, sin embargo, no son realidades independientes y aisladas en sí mismas, sino que corresponden a conflictos internos y son en la verdad el lenguaje de estos conflictos.

En el principio gradual de la depresión aparecen poco a poco las cuatro manifestaciones básicas: En el *estado de ánimo depresivo* sobresalen inicialmente, el pesimismo, la desesperanza, la tristeza, la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas y distintas

⁴⁰ F. Alonso Fernández, 1994: 14

manifestaciones de malestar corporal; En la *anergia* o vaciamiento de impulsos, aparecen la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas, la indecisión, la disminución de la actividad habitual en los trabajos o las distracciones y el apagamiento de la libido sexual; En el sector de la *discomunicación* los rasgos más frecuentes, inicialmente, son, la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, la sensación de soledad o aislamiento, la irritabilidad, el descuido personal y el abandono de las lecturas, televisión o radio; Finalmente en la dimensión de la *ritmopatía* o desregulación de los ritmos, suelen aparecer la hiposomnias precoz, media o tardía, la pérdida de apetito y de peso, la inestabilidad del estado subjetivo y objetivo a lo largo del día

El comienzo súbito de la depresión, se debe en gran parte de los casos, a las pérdidas súbitas (muerte, accidente, separación, pérdida de empleo, pérdida de la reputación social, ruina económica súbita, cáncer, etc.), que incluso pueden precipitar al individuo a intentar el suicidio. Estas manifestaciones súbitas suelen provenir de un factor vital externo que se objetiva en una pérdida vital y que se subjetiviza en una quiebra vital. Es importante resaltar también que ciertas depresiones larvadas durante algún tiempo, pueden aparecer súbitamente, sin manifestaciones prodrómicas, precipitando al individuo en un hundimiento rápido de la personalidad.

2.1.6. Sintomatología del síndrome depresivo

Tradicionalmente, la sintomatología depresiva se ordenaba a través de los trastornos afectivos (subjetivos), psicomotores (objetivos) y cognitivos (ideativos). Nosotros adoptamos el modelo tetradimensional de Alonso Fernández: *humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía*.

a) Humor Depresivo – Se sufre por vivir

El sufrimiento por vivir es expresado por algunos autores como humor negro, no se soporta la vida y el enfermo acredita que lo mejor es acabar cuanto antes, morir. Este sufrimiento de apagamiento psíquico y entrega a la muerte es muy doloroso y hay enfermos que prefieren morir a continuar teniendo esta sensación.

Las manifestaciones psíquicas más importantes de este humor depresivo, son: fuerte sentimiento de autoacusación y culpabilidad, ideas de

ruina, muy baja autoestima y desvalorización, estancamiento en el pasado, incapacidad de vivenciar el placer o a felicidad y hundimiento.

Las manifestaciones somáticas más importantes son: fisonomía facial y corporal rígida, malestar corporal existencial (rigidez, descontacto y aislamiento), molestias corporales como (lumbalgias, cefalalgias, tensión general, debilitamiento muscular), sensación de enfermedad (hipocondría persistente y síntomas difusos como pruritos, picores, sensaciones de vacío, etc.).

b) Anergia – Enlentecimiento

La actividad psíquica y corporal se empobrece y se manifiesta de varias maneras: La anergia corporal comporta: descenso impulsivo (empobrecimiento motor); descenso comunicativo (bajo lenguaje paraverbal y facies depresiva); fatiga (falta de ganas de moverse, falta de fuerzas); inhibición sexual (impotencia, frigidez, falta de ganas); alteraciones psicósomáticas (disonias vegetativas y dolores musculares).

Tabla 6
Enlentecimiento físico y psíquico

<p>- Trastornos del Pensamiento (forma y contenido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La inhibición (empobrecimiento, estrechamiento, enlentecimiento); - La disfunción cognitiva (disminución de la memoria, falta de concentración y de atención, falta de abstracción; - Vaciamiento de pensamiento (ausencia de ideas, de fantasías, de proyectos); - Presencias de indecisiones (cavilaciones, lentitud, dudas sobre el comportamiento)
<p>- Trastornos Corporales (distinguiendo tres grados)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Forma mas leve (apatía, aburrimiento, pereza, aislamiento, hastío) - Forma media (amnesia anestésica, amnesia afectiva, insensibilidad afectiva) - Forma grave (petrificación, cadaverización, vaciamiento existencial)

c) Discomunicación

El enfermo con depresión filtra la comunicación exterior y se inhibe de ella, emitiendo por otra parte, poca comunicación hacia el exterior. El depresivo es un emisor inhibido y un receptor bloqueado. Este aislamiento, casi "autista", representa una desconexión o negación del mundo, para encerrarse en un yo sufriente al que desea su disolución, a través de la propia muerte.

Como consecuencia de la dificultad de sintonizar, pueden darse somatizaciones como zumbidos auditivos, malos olores, pérdida de gusto y de olfato, falta de sensibilidad cutánea o dolores molestos; también se producen aislamientos y alejamientos, desconfianza hacia los demás, soledad, irritabilidad emocional.

d) Ritmopatía – Ritmos humanos

El enfermo depresivo tiene la sensación de que el tiempo se ha detenido o va muy lento y pesado, además el tiempo de este individuo está vinculado al pasado (rechazo del presente y anulación del futuro). Para el depresivo, el presente es insufrible y el futuro es la muerte.

La depresión altera casi siempre el ciclo del sueño, con hiposomnias y más raramente con hipersomnias). 80% de los depresivos tienen sensación displacenteras por las mañanas, sobretodo al despertar, que remiten por la tarde. De acuerdo con los estudios sobre ritmos circadianos, los viajes realizados de oeste a este alivian al depresivo, mientras que los de este a oeste lo entristecen. Existen trastornos circadianos en el cambio de horario oficial y en los cambios de turno de trabajo (trabajar rotativamente, de noche o de día).

Los ritmos circadianos tienen relación con la luz (elemento antidepressivo) y la oscuridad (elemento depresiógeno). El enfermo depresivo rechaza la luz, sobre todo por las mañanas (las mañanas y la primavera son comienzo de la vida) y desea el atardecer y la primera noche como una cierta sintonía con la muerte (la tarde y la noche son como el apagamiento de la vida). Es importante destacar también el ciclo anual de las estaciones, se han estudiado los dos pasos estacionales más depresiógenos (del otoño al invierno y del invierno a la primavera)

2.1.7. Causas de la depresión (Etiopatología depresiva).

Existen diversas causas (genéticas, psíquicas, culturales, sociales, etc.) de la depresión que actúan sobre la persona, especialmente si se tiene una personalidad con predisposición a ella. Podemos agrupar las diversas causas de la depresión en cuatro grupos, como nos sugiere Alonso Fernández, F. (1994): depresión endógena, sintomática, neurótica y situacional

a) *Causas genéticas - Depresión endógena*

Se trata, según los autores que defienden la depresión endógena, de una depresión de procedencia genética, generalmente producida por un gen autosomal dominante simple, pero de penetración muy irregular.

Los síntomas marcadores del cuadro clínico de depresión endógena vienen dados por, un estado depresivo intenso, adscrito a la psicosis maniacodepresiva (bipolar, por lo que rechazan las depresiones unipolares como endógenas). Este tipo de depresión endógenas es denominado con terminología dispar y significado variable: depresión endomórfica, depresión vital, depresión mayor, depresión psicótica congruente, depresión autónoma, melancolía. En conclusión, la etiopatología de la depresión endógena se adscribe, fundamentalmente, a la herencia (antecedentes depresivos en dos o más familiares directos) y al trastorno bipolar mayor, pudiendo ser agravada por factores exógenos.

A la depresión endógena pertenece la mayor parte de los cuadros depresivos completos (tetradimensionales) dotados de una sintomatología acentuada. Entre los síntomas suyos más propios - pero de ninguna manera exclusivos - sobresalen los siguientes: en el sector del humor depresivo, la anhedonia penetrante (exclusión de todo placer) y el sentimiento o delirio de culpa y los autorreproches; en la sintomatología anérgica, la inhibición o lentificación psicomotora y la sensación de anestesia mental; en los rasgos de la discomunicación, la falta de reactividad a los estímulos ambientales agradables y los brotes de desconfianza o irritabilidad; y entre los síntomas ritmopáticos, el insomnio tardío o terminal y el empeoramiento por las mañanas. Estos síntomas depresivos que acabamos de citar, en base a su fuerte valencia endógena, merecen el título de *rasgos endomorfos*.

La evolución de la depresión endógena se caracteriza por la tendencia a la repetición fásica de episodios, así como por el influjo agravante o provocador del factor estacional (el comienzo o el final del invierno). La evolución multifásica adoptada por la depresión endógena puede corresponder sólo a

fases depresivas (evolución unipolar) o alternar entre fases depresivas e hipertímicas (la hipertimia es una exaltación vital de rasgos un tanto contrapuestos a los de la depresión). La alternancia de fases de ambos polos es el rasgo definidor del *trastorno bipolar*; trastorno que siempre se adscribe a la estirpe de la depresión endógena. Este tipo de depresión es una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido.

Pero, este concepto de depresión endógena no es admitido por todos los especialistas. En primer lugar, muy seductoramente, sólo a la depresión endógena se la denomina “enfermedad” (“La palabra enfermedad hace referencia al cuerpo, al soma y no a la psique”, dicen), por su procedencia genética (*disease*): a la depresión exógena (“reactiva”) sólo se le concede la categoría de “trastorno” (*ilness*).

F. Calviño y otros autores contestan este concepto de “endógeno” con contundencia: “ningún psiquiatra cabal y actualizado dirá que existen pruebas que demuestren con certeza una causa biológica de la depresión, ni afirmará que la genética pueda, hoy por hoy (ni mañana, ni pasado), dar razón de ella. Sin embargo, en su práctica clínica, cuando cree que ha de explicar a sus pacientes qué les pasa, o cuando aparece en algún medio de comunicación y debe contestar a las preguntas que se le plantean, lo más probable es que actúe como si tales pruebas existieran”⁴¹

Por otra parte, también otros autores redefinen en concepto de “endógeno” (nacido dentro), Así, Tellenbach, Andreasen y Barcia rechazan el significado biologista, para conferirle un sentido de “marco interno” donde confluyen lo psíquico y lo somático (casi siempre lo somático como lesión del sufrimiento psíquico). La depresión, es conseguida, pues, como degradación de la biografía interior del individuo es una enfermedad psicobiológica.⁴²

⁴¹ F. Calviño, 203: 61. “Sorprende la inexistencia de pruebas que demuestren el origen biológica de la depresión, no lleve a renunciar a tal creencia, y no podemos pensar que se trate de una cuestión de inteligencia y de racionalidad mermadas lo que determina tan injustificada como firme convicción. Definitivamente, quienes así lo piensan no pueden considerarse ni incultos, ni tontos. La creencia no tiene que ver con la inteligencia, sino con los ideales. Buscamos en el cuerpo la disfunción química causal, sostenidos por la ideología de nuestros tiempos. El cientifismo nos promete que, aunque todavía no la hayamos encontrado, la encontraremos y, mientras tanto, cualquier resultado obtenido al administrar un tratamiento químico o físico será interpretado como probatorio del origen orgánico de la depresión” (ibid. P. 85).

⁴² Tellenbach, H. (1976). *La melancolía*. Morata, Madrid.

Mención aparte, merecen los remedios curativos “biológicos” de la depresión. Desde el “coma insulínico” (hipoglucemia), la inexplicable utilización del TEC, hasta la obsesiva acción farmacológica centrada en aumentar sin más el nivel de neurotransmisores (serotonina), cualquier acción parece buena con tal de no dialogar con el enfermo.⁴³

La discusión sobre la depresión “endógena” nos ha permitido debatir sobre los conceptos biologists que sobre la depresión tiene la medicina farmacológica actual, al margen de la interpretación más densa y profunda de considerar la depresión como una enfermedad en la que se da una quiebra biográfica, de carácter antropológico y existencial.⁴⁴

b) Causas por pérdida - Depresión situacional

“En la depresión situacional incluimos aquellas depresiones determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes. Su agente determinante primordial no consiste en una vivencia aguda y aislada, unas especie de emoción traumática, sino una situación prolongada, entendiendo por situación el modo esencial de la relación existente entre la persona y su ambiente, es decir, el corte transversal de la interacción entre el yo y su mundo”.⁴⁵

Recordemos que la depresión situacional es el producto de un acontecimiento infortunado (*life events*) o de una situación de pérdida. Son especialmente vulnerables los individuos que han perdido al padre o la madre antes de la edad de 15 años, los que no disponen de una relación confidencial al menos con una persona, los que carecen de vínculos sociales y los que

⁴³ “Si a un mono se le provoca un traumatismo psíquico, apartándolo del grupo y manteniéndolo aislado, los niveles de serotonina descienden hasta un 50% y desarrolla entonces, unas conductas agresivas tanto hetero como autodestructivas. Otros estudios demuestran que esas conductas se ven suavizadas si al mono de le administran antidepresivos (...) Cualquiera podría deducir que un ser humano sufriría semejantes modificaciones ante una situación similar, y efectivamente, es algo que sucede con frecuencia (...) Pero la perversión del pensamiento está en que, tras tamaña demostración de que los niveles de serotonina cambian cuando hay modificaciones en la vida de relación, se haga caso omiso de ello y se siga extendiendo el rumor de que es la vida de relación la que cambia cuando cambian los niveles del neurotrasmisor” (F. Calvillo, 2003: 55-56).

⁴⁴ A pesar de proclamar reiteradamente F. Alonso Fernández el carácter antropológico de la depresión como “hundimiento vital”, no obstante “cree” en la existencia de la depresión endógena (aunque duda de las pruebas de su existencia) y afirma la eficacia de los antidepresivos actuales, con alguna ayuda de la familia y los amigos (evita la acción del psicólogo). Lamentamos disentir de estas posiciones que consideramos “bastante creenciales” del maestro en psiquiatría de la depresión que es F. Alonso Fernández. Clv. el relato experiencial del escritor W. Styson *Esa visible oscuridad*, Barcelona: La otra orilla Ed (2009) sobre el “tratamiento” que sufrió a causa de una depresión y su visión personal de la enfermedad.

⁴⁵ F. Alonso Fernández, 1988: 134.

están inmersos en el paro laboral u otro tipo de pérdida. El antecedente histórico de la depresión situacional fue el concepto de depresión reactiva. Pero la depresión situacional no se deja catalogar como una mera reacción ya que se atiende a un curso independiente del factor psicosocial que la ha generado.

La depresión situacional es en extremo polimorfa. Sus formas clínicas se reparten entre cuadros completos de intensidad acentuada o media, cuadros incompletos y cuadros especiales (formas larvadas, sobreagudas, atípicas y focales). Su evolución, siempre estrictamente unipolar, puede abarcar una o varias fases.

La clasificación etiológica de la depresión situacional:

“Depresión por pérdida - (mecanismo operativo de la situación: descenso del estado de ánimo). Es determinada por una significativa pérdida de tipo afectivo o relacional y es el modelo de depresión habitualmente recogido en las teorías psicoanalíticas. Se encuentra en la línea de la depresión por duelo o por separación. La pérdida objetal constituye el momento básico e inicial de la enfermedad. En este caso la pérdida o la separación de un ser querido es el acontecimiento indeseable más provocador de este tipo de depresión. Las principales “pérdidas” se dan, por muerte de un ser querido, por separación conyugal o amical, por pérdida de trabajo, por pérdida de estatus, y por otras pérdidas sentidas como biográficamente importantes (de la casa, de un animal de compañía, etc.).

Depresión por sobrecarga por estrés continuado- (mecanismo operativo de la situación: hundimiento energético por estrés u otra acusa similar). Las grandes tensiones emocionales interiores propias de las situaciones de sobrecarga, son inducidas generalmente por fuertes exigencias exteriores, un sobreesfuerzo psicológico una autoexigencia de responsabilidad excesiva. Las personas tienen la sensación de un agotamiento emocional.

Depresiones por aislamiento - (mecanismo operativo de la situación: proceso de incomunicación). Las situaciones de aislamiento se concentran en el vacío de la comunicación, apoyado muchas veces por la falta de estímulos o de actividad. La liberación de una situación opresora y la descarga de una preocupación poseen el denominador común de confluir algunas veces en el vacío y la inactividad. Los trazos de personalidad pueden ser los responsables de la vulnerabilidad a la depresión y del fallo de las relaciones íntimas. La inactividad creada por el paro laboral es una fuente de depresión muy significativa en los últimos tiempos, ya que implica el descenso de la autoestimación del sujeto, sentimiento de culpa y aislamiento social.

Depresión por desarraigo – (mecanismo operativo de la situación: crisis o ruptura del ritmo de vida). Las situaciones de desarraigo o crisis encierran un cambio significativo en las condiciones de vida, lo que exige al sujeto un especial esfuerzo para integrarse a esta nueva situación. La depresión surge justo cuando se ha producido el desarraigo de la antigua situación y todavía no se ha llegado a integración de las nuevas circunstancias. Todo el cambio brusco en los hábitos de vida de un sujeto, como lo que suele pasar en la mudanza, la emigración y el cambio de profesión implica un alto riesgo de depresión”.⁴⁶

Más que diferenciar estas cuatro modalidades de depresión situacional, es necesario cultivar la capacidad exploratoria para analizar como ha vivido el individuo la situación que le ha conducido a la depresión. También es importante destacar que no sólo las situaciones de fracaso y pérdida pueden deprimir, sino también las situaciones de éxito (depresión por éxito) cuando implican cambio significativo en el modo de vivir o una elevación de las responsabilidades del sujeto.

Concedemos gran importancia a las formas de depresión situacional, ya que en ellas se encuentran mayormente las situaciones de de depresión laboral, como veremos más adelante.

c) Causas neuróticas - Depresión neurótica

La categoría nosológica de la depresión neurótica se asigna a las depresiones que tienen como origen los trastornos de personalidad (neurosis histérica, fóbica y obsesiva) del individuo depresivo. Designa a aquel grupo de depresiones en cuya determinación han tomado un papel primordial los factores neuróticos.

La depresión neurótica no se contrapone a la depresión psicótica. El cuadro de la depresión neurótica generalmente no es muy intenso ni muy amplio y rara vez incluye tendencias suicidas, salvo en algunos obsesivos. Suelen aparecer síntomas neuróticos tales como: miedo, temor, inseguridad, angustia, ansiedad, la subestimación de la personalidad y algunas producciones fóbicas.

La asociación de rasgos neuróticos y depresivos se atiene a una cronología muy definida: en tanto que los rasgos neuróticos se remontan muchos años atrás, habiéndose iniciado generalmente en la infancia o en la adolescencia. El estado depresivo suele surgir después de los veinte años, aunque no es imposible que también se remonte a la infancia formando

⁴⁶ Para los aspectos psicosociales de la depresión, Cfr. L. Fredén (1986).

entonces ya desde mucho tiempo atrás un cuadro mixto neurótico-depresivo.

La tarea de distinguir un cuadro neurótico puro de una neurosis complicada con la depresión no representa una tarea fácil, toda vez que el cuadro depresivo de esta estirpe no suele pasar de un grado ligero o moderado y con una extensión casi siempre incompleta, abarcando a la sumo tres dimensiones. Precisamente, la dimensión sintomatológica más ausente en la depresión neurótica es la discomunicación, cuya sintomatología alcanza con frecuencia el máximo relieve externo, o sea que es la más fácilmente percibida por otras personas. Dada esta ausencia, la depresión neurótica permanece muchas veces oculta en el cuadro sintomático de la neurosis.

Los datos más importantes para sospechar que un cuadro neurótico se ha complicado con la irrupción de un episodio depresivo se distribuyen así: los autorreproches y el deseo de morir o el intento suicida, como elementos del humor depresivo; la astenia y el desinterés sexual, como datos anérgicos; y el empeoramiento por las mañanas y la fijación en el pasado, como signos ritmopáticos. Puede ser revelador a este respecto sobre todo el cambio de actitud ante la muerte: en tanto que el neurótico puro experimenta un verdadero terror a los riesgos que amenazan su vida, un amplio sector de depresivos neuróticos obsesivos comienza su andadura inclinándose hacia el deseo ambiguo o ambivalente de que les llegue la muerte, inclinación que incluso puede llegar a plasmarse en una conducta suicida.

Ante cualquier enfermo neurótico que inicie un cambio de actitud ante la muerte, de modo que ésta deje de ser un objeto de rechazo y una fuente de temor para convertirse en un objeto de pensamiento más o menos habitual o un deseo, hay que sospechar inmediatamente la irrupción de un estado depresivo. En algunos trabajos se sigue considerando la presentación de la conducta suicida en el marco del trastorno de pánico (equivalente a los estados de ansiedad) como «un fenómeno contradictorio». Llama la atención esta consideración cuando semejante tendencia constituye un fenómeno que guarda un nexo lógico con el contexto depresivo de la desesperanza y la amargura, casi como si fuera un suicidio anunciado.

La evolución de la depresión neurótica se perfila en la línea de un estacionamiento crónico, en forma de un cuadro uni, bi o tridimensional, en el que la sintomatología más ausente es la correspondiente a la capacidad de sintonización o comunicación. Esta modalidad de depresión suave y crónica había sido enjuiciada antaño como un carácter depresivo y en los últimos tiempos ha sido conceptuada como una *distimia* (del griego, humor alterado), denominación muy poco afortunada dado su significado etimológico tan inespecífico.

Suele describirse el trastorno distímico como una especie de «depresión menor», que afecta entre un 3 y un 6 por ciento de los occidentales adultos y que como era esperable dada su verdadera índole depresiva «responde muy irregularmente a la medicación antidepresiva», y donde se revela como

necesario el tratamiento con psicoterapia adecuada. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno ansioso depresivo.

La identificación del llamado trastorno distímico como una «depresión menor» como si fuera el grado de depresión contrapuesto a la «depresión mayor», endógena, prescindiendo así de captar los elementos cualitativos neuróticos primordiales, representa enmascarar la comprensión del enfermo depresivo neurótico. Es frecuente que la evolución crónica del depresivo neurótico tome una marcha espontánea indefinida, sin grandes interrupciones, hasta que acaece el final de la vida. Semejante trayectoria evolutiva está abierta a un cambio radical a cualquier edad mediante la aplicación del tratamiento psicológico adecuado, para lo cual se precisa abandonar la idea de tener al enfermo por un «distímico» para comprenderlo como lo que realmente es (un enfermo neurótico y depresivo).

d) Causa médica - Depresión sintomática

Hoy nadie duda de que un enfermo sin antecedentes de depresión, al ser afectado por una patología médica seria, (como el diagnóstico de un cáncer o del Sida) puede hundirse en un estado depresivo.

En la depresión sintomática el factor etiológico principal consiste en un trastorno del organismo producido “secundariamente” por la presencia de una enfermedad orgánica o bien física o por la administración de medicamentos o drogas.

La depresión determinada por la presencia de un proceso somático o por la administración de un medicamento o droga no guarda correspondencia con un tipo de personalidad determinada. Su sintomatología se presenta enmascarada, como es lógico, con los síntomas somáticos de la patología médica causal, salvo cuando la depresión constituye su trastorno inicial. Suele adoptar como evolución más común la presentación de un solo episodio (evolución monofásica).

El cuadro clínico de la depresión somatogena se caracteriza sobre todo por la presentación en el primer plano de la sintomatología anérgica. La depresión anérgica exclusiva o mixta constituye un legítimo indicio para sospechar la intervención de un factor causal de tipo somático. Sin embargo, son los síntomas depresivos ajenos a la anergia los que constituyen los rasgos más demostrativos de la incidencia de una depresión en el marco de una enfermedad física importante, dado que los síntomas anérgicos (apatía, aburrimiento, pensamiento lento y oscuro, capacidad de decisión debilitada, representaciones obsesivas, astenia, trastornos digestivos, disfunción sexual)

son los rasgos depresivos que más se solapan con los síntomas habituales de todo proceso somático importante.

Por ello, muchas veces tenemos que atender a otros síntomas para comenzar a sospechar la presencia de una depresión somatógena. Entre ellos sobresalen los siguientes: el dolor moral o dolor por vivir, el sentimiento de culpa, el deseo de morir o la tendencia al suicidio, la escasez de palabras, la sensación de soledad, los brotes de irritabilidad o desconfianza, el empeoramiento por las mañanas y el insomnio tardío. Constituye, pues, un desafío clínico importante la detección de la depresión en un enfermo físico.

La propia solicitud de eutanasia, según Alonso Fernández constituye en la inmensa mayoría de las veces un síntoma depresivo. Esta observación demuestra la frecuente invalidez de la petición de eutanasia, dado que se formula desde un estado que no respeta la capacidad de decisión del sujeto. Cuando las autoridades holandesas mantienen como criterio objetivo para admitir la solicitud de eutanasia el argumento de que «ningún tratamiento puede mejorar en un grado suficiente los sufrimientos del enfermo», no cuentan con la eficacia de un tratamiento antidepressivo, ya que la validez del diagnóstico de la depresión en enfermos de patología física dista de estar bien establecida, en especial en los enfermos graves. La postura que aquí mantenemos de optar ante una petición de eutanasia por afrontar con recursos psiquiátricos el estudio y tratamiento del individuo, se basa en que la mayor parte de estas peticiones parten de un cuadro depresivo y en la minoría restante de la fobia al sufrimiento (*algiofobia*) y de la sensación de abandono social, todos ellos elementos superables con el oportuno tratamiento.

Las dificultades para evaluar como rasgos propiamente depresivos la sintomatología anérgica presente en el marco de un trastorno somático de cierta importancia, se multiplican con el hecho de que la apatía frecuente en las enfermedades orgánicas cerebrales, como la enfermedad de Parkinson, puede representar un síndrome distinto de la depresión, producido por una lesión de las proyecciones ascendentes del sistema dopaminérgico que conexionan el *globus pallidus* con los lóbulos frontales o el sistema límbico.

Ciertas anomalías del comportamiento en que incurren con alguna frecuencia los enfermos somáticos, tales como el rechazo de la medicación o de los alimentos, la conducta infantil y los comportamientos de violencia, provienen muchas veces de un estado depresivo. La regresión infantil suscitada a menudo por el proceso somático puede conducir a la depresión a adoptar una vía de manifestación propia de la depresión infantojuvenil, en la que los trastornos de conducta activos ocupan muchas veces el primer plano clínico.

La captación clínica de un estado depresivo presuntamente somatógeno, a causa de un proceso somático todavía no conocido, obliga a extremar los esfuerzos para identificar con la mayor prontitud la identidad de esta patología somática. La correcta identificación de este proceso somático supone en

ocasiones un problema urgente del que depende la vida del enfermo. Por otra parte, la captación de un estado depresivo en los enfermos somáticos en los que ya han hecho acto de presencia los síntomas correspondientes, es una tarea nada fácil, dado que ambos cuadros clínicos comportan muchos síntomas comunes. Este solapamiento se desarrolla con preferencia en la vertiente de la depresión ocupada por los síntomas somáticos. Por ello la identificación positiva de una depresión somatógena sobre la base de registrar los síntomas y evaluarlos por su número y especificidad es posible sólo en las depresiones psicomorfas o mixtas, y no en las somatomorfas. Una dificultad sobreañadida a este respecto es la de cursar la patología somática con cuadros clínicos propios que pueden imitar el estado depresivo hasta el punto de que en algunos de estos cuadros está justificado hablar de depresión aparente o pseudodepresión.

La admisión de la existencia de una categoría de depresión determinada directamente por la patología médica o las sustancias químicas externas no debe servir de pretexto para descartar *ipso facto* la posible intervención causal de factores psicosociales depresógenos implicados en la situación de una grave enfermedad como por ejemplo el cáncer, tales como: en primer lugar, la acumulación de una sobrecarga emocional, o sea el estrés de la enfermedad física, tal vez reforzado con el aislamiento social, la inactividad y/o la interrupción de los hábitos de vida. Así tenemos que el proceso somático de cierta entidad dispone no sólo de resortes físicos para determinar un estado depresivo, sino del concurso de los elementos definidores de las situaciones depresógenas por excelencia. A despecho de este último dato, debe tenerse siempre presente que la asociación de una patología somática y una enfermedad depresiva puede obedecer a un nexo de causalidad o por el contrario tratarse de dos afecciones que arrancan de una vía común o que coinciden por azar sin existir entre ambas un nexo de causa efecto.

Dado que la asociación de una patología somática con una enfermedad depresiva plantea cinco posibles opciones, la clarificación del vínculo operativo entre ambos cuadros clínicos exige profundizar en la investigación del estado somático y escudriñar con la máxima atención los datos sintomáticos y evolutivos del cuadro depresivo, y todo ello sin perder de vista la relación cronológica entre ambos cuadros, ya que sólo puede aceptarse la presencia de una auténtica depresión somatógena cuando el comienzo de la sintomatología depresiva se ha producido en un momento en que ya estaba instaurado el trastorno somático aunque todavía no hubiese comenzado a manifestarse la sintomatología correspondiente.

Respecto a la acción depresiógena de algunos fármacos, sobre todo neurolépticos y una larga lista de psicofármacos (benzodiazepinas, betabloqueantes, barbitúricos, varios "anti" antihipertensores, antimicóticos, antiartríticos, antitumorales, etc.), además de las drogas dependígenas (alcohol etílico, cánnabis, LSD, tabaco, etc.), de todo ellos hay que decir que inducen a un déficit de serotonina y de otras sustancias necesarias para el tonus somatopsíquico.

2.1.8. En conclusión

Queda patente la necesidad de exponer la definición etiológica de la depresión para un mejor análisis de su presencia en el ámbito laboral. No se trata de una “divulgación” y mucho menos, de una “vulgarización” de los conceptos, porque, además de la exposición conceptual crítica y en profundidad que hemos expuesto, la hemos orientado convenientemente al propósito de nuestra investigación. Hemos tomado “posición” propia a la hora de elaborar una síntesis teórica que nos sirva de marco de referencia al operativizar con estos conceptos fundamentales acerca de la depresión.

He puesto énfasis en dudar (contrastando autores) de la existencia, tal como se formula médicamente, de las depresiones endógenas, que relegan lo exógeno a un plano meramente “reactivo”.

Por el contrario y desde una tradición psicoanalítica, he puesto mayor interés en las depresiones “por pérdida” y en las depresiones “neuróticas” (de estas últimas, la medicina se centra casi exclusivamente en las anancásticas y huye de todo planteamiento sobre la histeria). Creo que estos dos tipos de depresiones representan el grueso de los estados depresivos. Finalmente, muchas de las depresiones sintomáticas, provenientes “secundariamente” de la presencia de graves enfermedades o de hospitalismo, que suponen exclusión vital o aislamiento social, bien pudieran ser consideradas como “depresiones por pérdida”. Respecto a las depresiones farmacógenas o a las producidas por drogas dependígenas, creemos que, sobre todo en la sociedad occidental, el individualismo lleva a la depresión (hundimiento), desde la cual se intenta salir a través de estimulantes (“subidones”). Por ello decimos que una sociedad depresiva individualista tiende a ser una sociedad drogadicta.⁴⁷

⁴⁷ Cfr. A. Aguirre (2009, en prensa); B. Winograd (2005); H. B. Bleimar (2002); J.L. Tizón (2004); R. Neimeyer (2002); H. Tellenbach (1976). Hemos obviado la explicación propiamente psicoanalítica sobre la depresión, por la incompreensión que suscita en algunos círculos, aunque contiene elementos de gran valor diagnóstico y terapéutico, sobre todo en los análisis de la “pérdida y elaboración del duelo” y en la distinción capital entre “aflicción y melancolía”.

2.2. Depresión Laboral

2.2.1. Introducción: El trabajo y la depresión

El trabajo es para el hombre una lucha de supervivencia y de existencia (organización de vida). El trabajo no sólo nos permite adquirir recursos vitales, sino también permite al hombre construir la realidad, progresar y crear vínculos sociales.

Si bien hasta la década de los noventa, nadie tomaba una baja laboral por depresión, sino “por estrés”, en la actualidad la mayoría de las bajas laborales prolongadas se hacen por depresión, incluyendo en esta categoría las depresiones propiamente dichas y las provenientes por ejemplo, de acoso laboral, por síndrome de “estar quemado”, etc. Es más, “depresión es una de las pocas palabras que, usadas por la psiquiatría, no se emplean en la calle para el agravio. Prácticamente, la totalidad de las patologías mentales consideradas por la psiquiatría han prestado sus nombres para la afrenta de los ciudadanos entre sí. Todas menos esa: la depresión”⁴⁸

Hoy, la depresión constituye un problema creciente en el ámbito laboral, porque produce absentismo y por el enlentecimiento corporal y psíquico que comporta de cara al rendimiento y al peligro en el manejo de materiales y máquinas.

a) Significado del trabajo en la vida del hombre

⁴⁸ F. Calviño, 2003: 23-24.

Tabla 7
Principales funciones del trabajo en los individuos

Económica:	El trabajo autónomo o asalariado produce bienes y servicios necesarios para subsistir y para progresar. A cambio del trabajo, el individuo percibe dinero con el que puede comprar servicios y bienes. Es a través de las rentas del trabajo que el individuo tiene acceso al consumo, al ahorro, al desarrollo personal, al ocio, etc.;
Identidad personal y social:	Una parte importante de la identidad del individuo reside en su rol ocupacional (“soy músico”, “soy abogado”). Algunas de las profesiones no aceptadas socialmente, han de ser semánticamente redefinidas, así como por ejemplo alguien que se dedique a la recogida selectiva de basura, puede ser un “agente ecológico de residuos”. Los trabajos prestigian a causa de su cotización social y crean estatus social diferencial;
Realización personal:	El trabajo es una actividad de conquista de algo, el logro de un deseo o proyecto. Es a través del trabajo que el individuo construye su realidad personal o identidad social y a través de las rentas del trabajo, el individuo adquiere bienes y servicios que es la identidad del tener con los que se afirma delante de los demás. Finalmente, el trabajo, cuando es elegido constituye una fuente lúdica de satisfacción y de autorrealización.;
Relación interpersonal:	Las relaciones interpersonales que proporciona el trabajo son muy importantes. Los compañeros del trabajo son como una familia, ya que se pasa gran parte del día en un mismo ambiente, lo que lleva a generar vínculos.

b) Cambio actual en la concepción del trabajo

“La concepción del trabajo ha cambiado radicalmente. En el lugar de una rutina estable, de una carrera predecible, de la adhesión a una empresa a la que se era leal, de una carrera predecible, de la adhesión a una empresa la que se era leal y que a cambio ofrecía un puesto de trabajo estable, los trabajadores se enfrentan ahora a un mercado laboral flexible, a empresas estructuralmente dinámicas con periódicos e imprevisibles ajustes de plantilla, a exigencias de movilidad absoluta. En la actualidad, vivimos en un ámbito laboral nuevo, de transitoriedad, innovación y proyectos a corto plazo. Pero en la sociedad occidental, en la que ‘somos lo que hacemos’ y el trabajo ha sido siempre considerado un factor fundamental para la formación del carácter y la constitución de nuestra identidad, este nuevo escenario laboral, a pesar de propiciar una economía más dinámica, puede afectarnos profundamente, al atacar las nociones de permanencia, confianza en los otros, integridad y compromiso.”⁴⁹

En este nuevo escenario de la incipiente realidad “postindustrial”,⁵⁰ el trabajador sabe que deberá cambiar varias veces de trabajo a lo largo de su vida laboral, que deberá asumir una permanente flexibilidad adaptativa a las nuevas circunstancias, que deberá estar preparado para cambiar de residencia por motivos laborales, y que el empleo estable y vitalicio es ya una quimera. Todo este nuevo escenario, junto a otros factores de la vida cotidiana del sujeto pueden provocar tensiones y vulnerabilidad en la respuesta adaptativa del trabajador generando problemas de orden psicopatológicos, entre ellos la depresión.

2.2.2. Endodepresión y Exodepresión laboral

La depresión que afecta al trabajo puede venir de fuera, o sea, trabajadores deprimidos a causa de depresores externos al trabajo, pero que su estado depresivo incide en el trabajo (exodepresión), o desde dentro, por la acción directa de las condiciones laborales en la producción de depresión (endodepresión), tales como las provenientes del *burnout*, o del *mobbing*, ritmos circadianos laborales alterados, estrés, etc.

⁴⁹ R. Rorty (1996)

⁵⁰ Cfr. Las pioneras obras sobre este tema: D. Bell (1973) *The coming of post-industrial society* London: Basic Books, R. Sennett (2000) *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona: Anagrama y A. Touraine (1974) *The postindustrial society*, London: Willwood.

a) Exodepresión

No todos los trabajadores deprimidos, contraen la depresión en el ámbito laboral, por lo que es importante destacar que la alta incidencia de la depresión entre la población, hace con que los trabajadores exodeprimidos (fuera del ambiente laboral) causen baja laboral por esta razón.

Es evidente pues que la Exodepresión presenta un cuadro etiopatológico propio de la depresión en general, pero que incide en la actividad laboral, cuando el trabajador sufre o causa baja en la empresa. Por ello, toda Exodepresión laboral se incide, de una u otra manera, en la vida laboral.

La Exodepresión, obedece por ello a la clasificación etiopatológica depresiva que nos hemos referido en el apartado anterior:

- Situacional – La exodepresión situacional es causada por una “pérdida vital” significativa del trabajador, provocada por una situación conflictiva o traumática de sufrimiento vivida por el mismo en su ambiente. Ya hemos aludido a ejemplos de “pérdidas vitales” como la pérdida de un ser querido (fallecimiento, separación, emigración, etc.).

- Neurótica – Aparece en el trabajador a causa de síntomas de ansiedad, con miedo, fobia y actitudes de hipocondría o vértigo. Un ejemplo sería un trabajador depresivo que presenta un síndrome agorabólico asociado y que tiene que pedir a alguien que le acompañe a ir al trabajo o a salir fuera para reparaciones, etc..

- Sintomática – La Exodepresión sintomática viene dada por la presencia de enfermedades que alteran su psiquismo, por estancias hospitalarias prolongadas, etc. O por sentirse deprimido a causa de la ingesta de fármacos o drogas depresiógenas.

b) La endodepresión laboral

Nos interesa, de una manera especial, el análisis de la endodepresión por ir ligada la depresión a la realidad laboral misma.

La depresión que afecta al trabajo procede “de dentro”, cuando los trabajadores se deprimen a causa de depresores internos, provenientes del trabajo. La presión interna, la falta de reconocimiento, la falta de protección de los mandos, la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad del rol, la desinformación,

la incertidumbre, las situaciones de ansiedad, los sucesos vitales y de pérdida de compañeros o de estatus interno, la excesiva responsabilidad, el miedo al paro, el acoso moral, el “estar quemado” por la relación, etc., son aspectos amenazantes que afectan internamente a los trabajadores

Comentemos alguna de estas causas de endodepresión laboral:

- Inestabilidad laboral y miedo al paro

El nuevo orden tecnoglobal está teniendo importantes repercusiones en el trabajo. Por una parte, en la nueva sociedad postindustrial ya no parece posible el pleno empleo, pues el crecimiento económico no significa necesariamente más empleo; por otro lado, la moderna dirección de la economía es globalizada, transaccional, dominada por un presentismo adaptativo que necesita constante flexibilidad laboral, lejos del antiguo proteccionismo económico y laboral del Estado.

Por una parte el trabajo proporciona la economía necesaria para poder vivir en una sociedad de consumo y por otra parte, la contingencia del trabajo pone en peligro esa economía necesaria para vivir en sociedad. Aparece el temor al desempleo como amenaza de destrucción del estatus socioeconómico adquirido y de la identidad psicológica (estatus) que proporciona el trabajo. Esto produce una vulnerabilidad psicosocial, que pone en peligro la estabilidad social e individual.

Por esta realidad descrita, no es extraño que aparezca la depresión en el mundo del trabajo, causada por la pérdida de la seguridad laboral, base que fundamenta la seguridad individual, la familia y la sociedad. El miedo a perder el empleo representa una enorme carga psíquica.

“Quien teme por la base de su existencia a menudo padece una disminución del sentimiento de autoestima y sabe que en caso de necesidad tendría que afrontar importantes pérdidas económicas y sociales (...) Quien se queda sin empleo se siente en decadencia. Dispone de menos dinero que antes y no puede comprar cuanto desea. Las diversiones de tiempo libre deben reducirse y se acaba por perder la relación con ciertas personas de su entorno. El desempleo acaba provocando un cierto aislamiento social. La persona pierde la confianza en sí misma, sintiéndose cada vez más descontenta. Los planes que iban a largo plazo, que iban relacionados con la evolución profesional se suprimirán (...) El desempleo implica un desprestigio social progresivo”.⁵¹

⁵¹ Ausfelder, 2002: 19-20

Cuando ocurre el paro y este se prolonga, el individuo se siente un excluido, devaluado y desidentificado social. La mayoría de los estudios sobre el paro laboral han insistido en la enorme incidencia de la depresión entre los parados y en la dificultad que tras un largo periodo de paro.

Alonso Fernández, F. (1994) enfatiza en que uno de los principales factores relacionados con el mundo laboral responsable de la depresión es principalmente la falta de trabajo. El paro laboral se ha convertido en uno de los más serios factores de riesgo modernos para esta enfermedad, que se multiplica todavía más cuando el paro se acompaña de incompreensión familiar y de un estado de aislamiento social y económico.

Para el autor hay dos modalidades básicas de paro laboral: el *primario*, en el que el individuo nunca ha trabajado; y el *secundario*, originado por la pérdida del puesto de trabajo. Las dos modalidades conducen a patologías depresivas importantes:

El *paro primario* detiene o frena el desarrollo de la personalidad juvenil y hasta llega a hacerlo retroceder, regresando a etapas infantiles y reactivando puntos de fijación anteriores. El principal elemento depresiógeno concurrente en esta situación es la entrega a la pasividad y a una vida amorfa de corte depresivo. De esta manera, la principal defensa contra la depresión del joven parado sin experiencia de trabajo consiste en continuar con una vida activa estructurada en torno a un programa de perfeccionamiento o ampliación profesional que parece no acabar nunca.

El *paro secundario* es aún más depresiógeno, no sólo para el trabajador sino incluso para los miembros de su familia. La vivencia del trabajador cuando pierde su puesto de trabajo, muchas veces por factores extrapersonales, está cargada de sentimiento de culpa o de vergüenza y su consecuencia inmediata suele ser el estrés económico y la caída en la depresión. El propio ambiente familiar se vuelve muy conflictivo y sobretenso. Toda esta situación puede ocasionar la aparición de un estado depresivo en varios miembros de la familia a través de una conjunción de estreses y conflictos entre ellos y, sobre todo, por el aislamiento en el contexto familiar o con relación a los sectores extrafamiliares.

“La situación del paro secundario es una prueba dura para la salud mental del trabajador. Y para evitar la depresión tiene que atenerse puntualmente a las pautas individuales preventivas antes mencionadas (capacidad de afrontamiento personal, apoyo social, actividad física suficiente y estilo de vida psicohigiénico)”⁵²

Por otra parte, cuando se interrumpe el trabajo con la llegada de la jubilación, esto representa un cambio existencial para el sujeto jubilado, que puede llevarlo a menudo a la depresión, a veces por sí mismo y en otras

⁵² F. Alonso Fernández, 1994: 211

ocasiones reforzado con el estrés económico, el aislamiento, la inactividad o el cambio de hábitos.

Resulta curioso que no sea el trabajo en sí, sino las ganas de trabajar del parado o jubilado, con imposibilidad de hacerlo, uno de los agentes del mundo laboral en generar la depresión. En la actualidad, el trabajo representa una actividad que confiere al trabajador experiencia, independencia económica y aceptación social a cambio de su esfuerzo productivo. Hay un pacto implícito entre el trabajador y la sociedad, una especie de reconocimiento mutuo. Por ello la posible situación de paro hace sentirse al afectado como un marginado y es una de las desventuras que implica gran riesgo para caer en la depresión.

- Sucesos vitales y riesgos laborales

Podemos considerar como sucesos vitales en el trabajo, aquellos sucesos que han quebrado, de alguna forma, el curriculum del trabajador en el mundo del trabajo.

Funcionan como un corte biográfico laboral, a través del cual hay un antes y un después. El después postraumático comporta ansiedad depresiva, pérdida de confianza ante el trabajo y trastornos de índole depresiva que dificultan la actividad y el rendimiento laborales, como ejemplo: los accidentes laborales propios o ajenos. La siniestralidad laboral (muerte de trabajadores, lesiones en el trabajo, etc), producen limitaciones físicas, pero también efectos postraumáticos, que generalmente derivan en depresión; los atracos, robos o secuestros, además del posible daño físico y económico, producen inseguridad psicológica en el trabajo, con vivencias postraumáticas que comportan ansiedad depresiva; la sobrecarga y el estrés debidos a la tensión de la exigencia laboral en un momento de crisis, como la competitividad, trabajo a destajo, urgencia en las entregas, responsabilidad de decidir en poco tiempo algo importante y suponen la experiencia de un suceso que creó ansiedad, que se teme que vuelva a aparecer y que genera ansiedad depresiva.

Es importante considerar aquí como estos sucesos vitales, generalmente puntuales, que impactan en la comunidad laboral produciendo ansiedad y depresión, generan secuelas postraumáticas que alargan los estados depresivos.

2.2.3. Los efectos de la depresión exo y endolaboral sobre el trabajo

Tanto si el trabajador es exodepresivo (va al trabajo con una depresión adquirida fuera) como si es endodepresivo, (el trabajador ha adquirido la depresión en el contexto laboral) entra en una doble dinámica:

- a) O bien, abandona el trabajo por baja laboral, desvincunlándose durante un tiempo, a veces largo, de sus compañeros y del contexto laboral (tanto técnico, como económico);
- b) O bien, permanece en el trabajo, con bajo rendimiento y alto riesgo laboral, en términos de: cansancio por sueño quebrado y poco reparador; enlentecimiento motor y bajo rendimiento físico; falta de memoria, de concentración, de atención; déficit de comunicación (tanto emisora como receptora); decaimiento, apatía, aburrimiento, pasotismo, etc, y falta de vitalidad laboral; humor depresivo que lleva al hundimiento y a la irritabilidad; llegar tarde al trabajo, absentismo.

Estos factores, por ejemplo, dificultan conducir una grúa, llevar maquinaria pesada, conducir vehículos (sobre todo si se toma medicación que lo dificulte), subirse a los andamios, etc., sin poner en riesgo la propia vida y la vida de los demás, a parte del descenso en el rendimiento y la productividad.

Comentemos brevemente los principales problemas que crea la depresión en el trabajador y en la empresa: absentismo laboral; riesgos laborales

- El absentismo laboral

El absentismo laboral hace referencia a los periodos de tiempo en que un trabajador se ausenta de su puesto dentro del horario laboral por causas justificadas reconocidas legalmente (incapacidad temporal, permisos relacionados con la actividad sindical...) o injustificadas (retrasos, recados, etc).

Las principales causas relacionadas al absentismo laboral serían: los problemas de salud, incluyendo la depresión, estrés y ansiedad laboral; las situaciones de inseguridad y o clima laboral insostenible; falta de valores y expectativas de los trabajadores; baja motivación y desigualdad en oportunidades; las responsabilidades familiares, etc..

Un elevado absentismo laboral puede contribuir a reducir la productividad de una empresa, provocarle problemas organizativos y generarle altos costes, ya que también existe la posibilidad de cubrir el puesto del absentista, etc.

El absentismo es un hecho muy importante para la empresa y desde un punto de vista psicológico se centra en la motivación, la satisfacción y las actitudes hacia el puesto de trabajo. Nicholson, Brown y Chadwick-Jones muestran la importancia que tienen las normas de grupo al descubrir la existencia de una cultura de ausencia en las organizaciones. En 1982 publican su estudio llamado *Social Psychology of Absenteeism*, en el cual la ausencia en el trabajo abarca la enfermedad, (por motivos certificados o no) y es comprendida como un acto individual de elección entre actividades posibles o como conducta habitual y rutinaria que sigue unas normas para escapar del control o como resistencia individual y grupal hacia el sistema inflexible.

- Los riesgos en el trabajo

Como hemos apuntado anteriormente los trabajadores depresivos sufren un enlentecimiento corporal y psíquico, que dificulta enormemente el trabajo y que, incluso, puede poner en peligro la vida de los trabajadores.

En el enlentecimiento corporal podemos constatar un descenso impulsivo que se presenta con la falta de disposición para trabajar, apatía, aburrimiento, pereza, etc.; un descenso comunicativo, tanto verbal como paraverbal, con falta de expresividad, con apagamiento, etc; un descenso de actividad que se presenta como fatiga, cansancio corporal no justificado, falta de ganas de hacer algo, etc; y por fin un descenso en el tono muscular causando agotamiento, dolores musculares, etc.

En el enlentecimiento psíquico podemos detectar inhibición, estrechamiento de miras, falta de concentración, pérdida de memoria, dificultad para relacionar las ideas, falta de poder abstractivo, dificultades en la creatividad, sequedad de proyectos de futuro, etc.

El enlentecimiento corporal hace que el trabajador vaya a remolque en el trabajo, con baja actividad que le presupone un gran esfuerzo con la falta de destreza en la motricidad gruesa y fina, con enormes dificultades para trabajar conjuntando y en equipo, etc.

Por otra parte, la inhibición, la falta de concentración y las dificultades de relación, propias del enlentecimiento psíquico hacen que el trabajador depresivo se desvincule del trabajo, y lo que es más importante, tenga dificultades para

concentrarse en manejo de las máquinas o de las situaciones laborales de riesgo, pudiendo venir a provocar siniestrabilidad laboral, algunas veces hasta mortal.

La depresión también crea un aislamiento “autista”, una desconexión con el grupo, una falta de sintonía con la actividad de la organización. El trabajador deprimido no se interesa por nada y se inhibe en su hundimiento, procesando poca información del exterior y emite aún menos información suya hacia al exterior.

No se puede contar con él porque no se concentra, no se conecta, porque aunque de momento diga que sí a colaborar, luego no se presenta y se culpabiliza por ello. El trabajador depresivo se sitúa en retirada afectiva, en un estado de aislamiento y abandona hacia los demás, le molestando incluso la vitalidad de los otros. Esta negación de su mundo laboral es vivenciada como impotencia e incapacidad de poder seguir viviendo como los demás. La alternativa acaba siendo el aislamiento, la baja o el abandono laboral, quizás hasta la muerte.

Es prácticamente imposible dar cursos de formación a un trabajador depresivo, y tampoco es posible embarcarlo en proyectos que requieran participación activa, creatividad, todo esto puede ser justificado a través de estos procesos de discomunicación depresiva en el entorno laboral.

- El sufrimiento psíquico en el trabajo

El trabajo produce un desgaste físico, pero también psíquico. Las muchas exigencias diarias corroen de manera visible la energía y el entusiasmo de los trabajadores, generando de esta forma, efectos significativos en los sujetos, como la disminución de la calidad de vida y del potencial creativo y en la empresa, que sufren con el déficit en la dedicación, productividad y creatividad de sus colaboradores.

Para Dejours⁵³ el sufrimiento presente en el contexto laboral está relacionado con la historia de cada trabajador en los aspectos referentes a su situación actual, poseyendo así una dimensión temporal que implica procesos contruidos por el propio trabajador en el ámbito de su actividad. El autor hace distinción en dos tipos de sufrimiento, siendo el primero el patogénico y el segundo el creativo.

⁵³ Dejours, C. A. (1994). *Psicodinamica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana a análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*, São Paulo: Atlas.

El *sufrimiento denominado creativo* por Dejours, el individuo elabora desde el mismo, soluciones originales para favorecer o restituirle su salud. El sufrimiento creativo llega a adquirir un sentido, ya que favorece en el individuo el reconocimiento de una identidad. La competencia y la astucia, promovidos por la inteligencia colectiva o individual, proporciona el surgimiento de estrategias defensivas que alivian o se enfrentan al sufrimiento psíquico.

El *sufrimiento patogénico* se inicia en el momento que son agotados todos los recursos defensivos del individuo. Ese tipo de sufrimiento es una especie de residuo no compensado que lleva a una destrucción del equilibrio psíquico del sujeto, empujándole hacia una destrucción orgánica. En el momento que la organización del trabajo se vuelve autoritaria, ocurre un bloqueo de la energía pulsional, que se acumula en el aparato psíquico del individuo, generando, de esta manera, sentimiento de tensión y displacer interior. En consecuencia a esto podrían surgir un cuadro de estrés o de depresión.

De Oliveira Martins ⁵⁴ habla de la existencia de una exaltación del trabajo en nuestra sociedad, como si de hecho éste poseyera la virtud milagrosa de transformar a todos los seres en virtuosos, dignos de meritos, llevando a una carrera en búsqueda del éxito que atropella la ética, la dignidad y que compromete la vida saludable de las relaciones. “Debemos consumir”, “tenemos que consumir”, “trabajar para comprar”. En un tiempo trabajamos y en el otro, consumimos.

2.2.4. La depresión laboral en los inmigrantes

a) Los trabajadores Inmigrantes

El año 2007 ha venido marcado por el final de una larga etapa de aceleración del crecimiento económico, vivida en España desde 1996. En esta etapa se habían producido fuertes y continuos crecimientos del empleo que habían demandado, especialmente desde el año 2000, intensos flujos de inmigración laboral.

⁵⁴ De Oliveira Martins, J.C. (2007). *Ocio y sufrimiento psíquico en el trabajo: un enfoque desde la experiencia de mestrado en Psicología de la Universidad de Fortaleza* – Brasil, Bilbao: Estudios de Ocio Aisialzko Ikaskuntzak.

Cfr. N. Aubert y V. Faulefac (1993). *El coste de la excelencia*. Barcelona: Paidós.

A. Aguirre (2001). *La Depresión Laboral*. *Anthropologica* 8: 17-36

Actualmente la ocupación extranjera crece menos, pero crece. En 2007 alcanzaba, según la EPA (Encuesta de Población Activa), con 2.887.000 extranjeros ocupados, lo que suponía un incremento de 285.200 respecto al año anterior. Tal incremento era inferior a los que se venían produciendo en años anteriores, que estaban en torno a los 400.000 nuevos inmigrantes. A partir del 2008 comienza una desaceleración en la ocupación de extranjeros en el trabajo.

Los extranjeros afiliados a la Seguridad Social, a 31 de enero de 2008, eran 2.003.83928, lo que suponía un incremento de 156.397 afiliados respecto al año anterior. Tal incremento también era inferior al de años anteriores, pero entre enero y marzo de 2008 se dio un aumento de afiliados extranjeros de casi 70.000 (los afiliados de marzo eran 2.073.658), aumento muy parecido al que se produjo entre enero y marzo de 2007, lo que también indicaba que el empleo de extranjeros mantenía hasta esta fecha, un cierto vigor.

Por sectores laborales, donde los ocupados extranjeros crecían más es, de acuerdo con la EPA, en la construcción, con un incremento de 49.900 ocupados, siendo aquí donde la diferencia con el crecimiento que había habido en el año anterior (de 129.200) fue más acusada. Los extranjeros eran ya el 18,6% del total de los trabajadores de la construcción a la Seguridad Social.

Los colectivos europeos (rumanos, búlgaros, georgianos y ucranianos) y marroquíes estaban más concentrados en el ámbito de la construcción (donde damos por supuesto que se concentran los hombres), mientras que los latinoamericanos estaban diseminados en varios sectores.

La crisis económica que se ha iniciado en el 2008 ha creado un nuevo problema depresiógeno: el que discurre entre el creciente paro laboral y el retorno de los extranjeros a sus países de origen, que de momento, no es demasiado significativo, ya que aquí tienen la educación y la sanidad gratuitas, mantienen la esperanza de mantenerse, aunque sea en trabajos mal pagados, o incluso, sumergidos.

b) Factores específicos de la depresión laboral inmigrante

Los estudios desarrollados en los últimos años ⁵⁵ demuestran que existe en la población inmigrante una mayor proporción de trastornos mentales y más específicamente, depresión, debido sobre todo, a la “pérdida” del mundo cultural y afectivo de referencia.

⁵⁵ Cfr., por ejemplo: I. Badillo, “Psicopatologías en la migración. Duelo y depresión en la población migrante”, en F. Herrera (Coord). *Inmigración, interculturalidad y convivencia* , 2002: 153-168; J.L. Tizón (coord.), *Migraciones y salud mental* (1993).

La depresión laboral del inmigrante se enmarca, pues sobre todo, en el proceso de “adaptación” al nuevo marco cultural y social (proceso que supone la elaboración de un duelo por la pérdida de su mundo de referencia).

Achotegui⁵⁶ define el duelo migratorio como el complejo proceso de reorganizar la personalidad frente a las pérdidas psicológicas generadas por la los cambios procedentes de la migración.

La migración es un proceso de cambio que comporta ganancias y pérdidas. Hay una parte de logro, por todo lo deseado que se alcanza, pero también una parte de duelo, por todo lo valioso que se deja para atrás, y con el que el individuo se había vinculado.

El duelo puede ser entendido como el *proceso de reestructuración de la personalidad* que ocurre cuando se pierde algo que es considerado significativo para el sujeto.⁵⁷

Es importante, no obstante, que diferenciamos el *duelo migratorio* del *duelo por ejemplo a causa de la pérdida* de un ser querido, ya que en el duelo migratorio, *el objeto de duelo que es el país de origen no desaparece*, no se pierde para el individuo, es posible contactar otra vez con él y cabe la posibilidad de regresar un día al lugar de origen. El sentimiento de pérdida ante la muerte de un ser querido es total, irreemplazable, hasta tal punto que suelen existir fuertes sentimientos de negación de la realidad, considerando que no ha pasado nada. Por el contrario, en la migración, casi nunca se ve la negación completa de la realidad, porque ningún inmigrante renuncia del todo a su lugar de origen, aunque esto le lleva a no saber en que lado está.

Expresar y elaborar las fantasías de regreso tiene una función muy importante de protección y ayuda en la elaboración del duelo. Es importante también resaltar aquí que en el contexto que actualmente vivimos la recurrencia está favorecida por la globalización que reaviva, posibilita y facilita un contacto casi diario del inmigrante con el país de origen a través de internet, teléfono, tv vía satélite, etc. De esta manera el contexto tecnológico actual permite que el duelo migratorio se convierta en algo complejo y también inacabado.

⁵⁶ Achótegui, 2002: 4.

⁵⁷ A. Aguirre, “La identidad cultural en la migración”, en F. Herrera (Coord.) *Inmigración, interculturalidad y convivencia*,(2002: 119-138).

Si bien es verdad, que el “choque inicial” del emigrante con el nuevo marco cultural social, acentúa los sentimientos de “pérdida” por lo que ha dejado (familia, país, etc.) en su lugar de procedencia (lo que produce exodepresión laboral en el trabajador inmigrante), no obstante, existen nuevas pérdidas endolaborales, como la pérdida de estatus (vg.: un ingeniero que tenga que trabajar de peón en la construcción), la inestabilidad laboral (miedo al paro y a tener que volver “fracasado” al lugar de origen), la exclusión y el aislamiento afectivo en el grupo de trabajo, el acoso laboral, etc.

Es muy importante señalar que la mayoría de los inmigrantes no desea regresar a su país, sino de forma intermitente (vacaciones, visita a familiares enfermos, etc.) ya que regresan constantemente a través de Internet, locutorios, envíos de dinero, etc. y siguen vinculados a su país de esta manera.

El vínculo más importante con el país lo constituye la familia, sobretodo los padres, a los que muchos traen para aminorar la nostalgia.

El cambio más importante, sin embargo, se ha dado en los inmigrantes al no creer que sus países (regímenes políticos corruptos, pobreza, inseguridad, etc.) no ofrecen una salida al futuro de sus hijos (sanidad, educación, empleo, etc) por lo que optan por integrarse en el país de acogida, al principio formando grupos de inmigrantes del mismo país (incluso, bajo la forma de “etclase”) y en plena integración a partir de la segunda generación.

Esta reflexión es importante porque el hecho de la nostalgia inmigratoria ya no constituye un factor decisivo en la depresión laboral inmigrante. De hecho, como hemos visto, a pesar del paro creciente a causa de la crisis, de las ayudas económicas para su repatriación, etc., la mayoría opta por quedarse y alumbrar un futuro para su familia.

2.2.5. A modo de conclusión

a) Síntesis conceptual de la depresión

He expuesto una síntesis teórica del concepto de depresión que parte de una perspectiva onto-antropológica, tanto histórica (melancolía, acedia, depresión), como actual (si bien, enmarcada en la tradición psiquiátrica centro-europea). En ella, hemos definido la depresión, no como un trastorno distímico, sino como un “hundimiento vital”.

Esta dimensión antropológica conjuga, al mismo nivel, los aspectos biopsíquicos, por lo que renunciamos a la vieja dicotomía de endogeneidad--reactividad, como definidora de la depresión. Por otra parte, si bien la depresión es un “hecho universal”, no obstante se manifiesta sintomáticamente de una manera diversa, a través de las diversas culturas (análisis transcultural).

He abordado la definición de la depresión desde un plano semiológico (tetradimensionalidad) y desde un plano etiopatogénico (situacional, neurótica y sintomática), dejando a un lado, por no ser objeto de esta tesis, los planos patogénicos y terapéuticos propiamente dichos.

Diferenciando la depresión de la tristeza, me he detenido brevemente en los aspectos prodrómicos de la depresión.

Esta síntesis conceptual de la depresión, en modo alguno quiere ser un resumen ecléctico de algún tratado sobre la depresión, sino que es una perspectiva de “posicionamiento y enfoque” personal, desde la cual pretendo abordar esta investigación.

Estos conceptos y este enfoque sobre la depresión van a estar presentes en mi trabajo de campo como trasfondo epistemológico de referencia.

b) Sobre la depresión laboral

Asistimos actualmente a un cambio en la concepción del trabajo y en su significación identitaria para el trabajador, que algunos ubican en la incipiente sociedad postindustrial y en los desiguales efectos económicos, políticos y sociales de la globalización.

En este nuevo marco laboral, he analizado tanto la exodepresión (procedente de fuera del ámbito laboral, pero incidente en el mundo del trabajo) y la endodepresión (generada por el entornolaboral) así como sus específicas consecuencias en el trabajo.

He concluido con la especial referencia al nuevo replanteamiento del factor desvinculativo y vinculativo de los inmigrantes y su repercusión en su orientación vital.

3ª PARTE
EL TRABAJO DE CAMPO

3. EL TRABAJO DE CAMPO

3.1. Breve síntesis de mi posicionamiento metodológico

En la primera parte de este trabajo doctoral hemos presentado sucintamente nuestra opción metodológica cualitativa y en ella afirmábamos que:

“Para entender la metodología cualitativa es necesario conseguir que se piense de una manera diferente acerca del trabajo de investigación antes de que éste empiece, ya que el investigador va a ser el principal instrumento de comprensión de la realidad social y cultural, con el fin de entender las personas más como sujetos que como objetos.”⁵⁸

E incluso, los investigadores cualitativos no utilizan el término “sujetos” investigados, ya que no se trata de una *acción sobre*, sino de una *interacción con ellos*.

3.1.1. Puntos teóricos de partida

El enfoque de la investigación es holístico (estudio global de la realidad), inductivo (no parte de teorías previas, sino de la realidad observada) e idiográfico (analiza e interpreta la realidad singular).

- El foco de la investigación tiene carácter exploratorio y descriptivo;
- El diseño es emergente, se elabora sobre la información recogida;
- El muestreo es interaccional, se apoya en criterios internos, no pretende generalizar resultados;

⁵⁸ Maykuk y Morehouse, 1999: 3. Subrayado mío.

- La recogida de datos tiene lugar en situaciones naturales, no modificadas;
- Enfatiza el papel del investigador como instrumento principal de la investigación;
- Los métodos de recogida de información son cualitativos, de naturaleza interactiva;
- El análisis de datos es inductivo: categorías y patrones emergentes se construyen sobre la base de la información obtenida;
- El informe de la investigación sigue el modelo de estudio de casos.⁵⁹

3.1.2. Proceso de investigación

El proceso de investigación cualitativa admite una gran flexibilidad, dado que pivota sobre el investigador y las diversas estrategias de investigación cualitativa (etnografía, teoría fundamentada, etc.). No obstante, se basa en estas características:

- Es holístico. Estudia la situación de una manera global;
- Es contextualizado. Analiza los hechos dentro de su contexto;
- Es interactivo. Se realiza en la inmediatez del contacto;
- Analiza los hechos, no realiza predicciones;
- El investigador es un nativo asociado;
- El análisis de la información requiere tiempo suficiente;
- El investigador desarrolla una microteoría de lo investigado concretamente;
- El investigador es el instrumento base de la investigación;

⁵⁹ Maykut y Morehouse, 1999: 51-56

- La investigación tiene en cuenta el criterio ético;
- El investigador pone cuidado en controlar los sesgos;
- Se investiga hasta que existe un índice de saturación.⁶⁰

3.1.3. Etapas del proceso de investigación

Nuestra investigación se configuró en dos momentos fundamentales:

Tabla 8
Momentos fundamentales de la Investigación

PROCESO:	
a) Preparación y Documentación	- <i>Revisión de todo material documental y fuentes orales.</i>
b) Demarcación del Campo	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Elección de una comunidad concreta, delimitada y observable (los trabajadores de la Constructora Barcon);</i> - <i>Delimitación progresiva del objeto o problema a investigar (depresión);</i> - <i>Redacción de un diseño provisional de acción: objeto (depresión), lugar (constructora Barcon); tiempo (2 semestres de investigación);</i>
c) Investigación de Campo "in situ"	<ul style="list-style-type: none"> - La observación participante realizada a los 97 trabajadores; - Las entrevistas en profundidad realizada a los 7 trabajadores identificados con depresión; - <i>Codificación o Clasificación;</i> - <i>Triangulación</i> { Cuestionario CET ; Cuestionario CVPS - <i>Despedida.</i>
PRODUCTO:	
a) Categorización, Interpretación e Informe Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Categorización;</i> - <i>Interpretación,</i> - <i>Informe Diagnóstico (transformación de la hipótesis final en microteoría - tesis).</i>

⁶⁰ Cfr. Janesik, 1994:212

3.1.4. Hipótesis

Es importante recalcar que existen dos perspectivas a la hora de enunciar las hipótesis:

“En la literatura sobre la relación entre hipótesis e investigación encontramos dos posiciones: la de quienes no aceptan que se dé investigación sin hipótesis y la de los que clasifican la investigación con o sin hipótesis. Desde este punto de vista, las investigaciones sin hipótesis se denominan exploratorias y/o descriptivas, y las investigaciones con hipótesis, explicativas o causales.”⁶¹

La hipótesis fuimos *construyendo y perfilando a partir de una conjetura inicial provisional* que nos referido en la primera parte de este trabajo.

“En contraste con la mayor parte de los métodos, en los cuales las hipótesis y los procedimientos de los investigadores están determinados a priori, el diseño de la investigación en la observación participante permanece flexible, tanto antes como durante el proceso real. Aunque los observadores participantes tienen una metodología y tal vez algunos intereses investigativos generales, los rasgos específicos de su enfoque evolucionan a medida que operan”.⁶²

Es importante dejar claro, para evitar malentendidos, que cuando utilizamos la metodología cualitativa en el trabajo de campo, partimos de una “conjetura inicial provisional” que fue perfilándose y concretándose a lo largo de la investigación y que alcanzará ya algún grado importante de formulación a partir de la codificación.

⁶¹ Latorre et alt. 1996:67

⁶² Taylor y Bogdan, 1998:30

3.2. Experiencia inicial y observacional de campo en la empresa constructora Brique - Brasil

La construcción es uno de los motores más potentes de nuestra economía, un sector que genera riqueza, genera un movimiento de dinero que luego puede invertirse en el sector de servicio y por lo tanto es un motor económico de consistencia. La construcción emplea una gran cantidad de mano de obra directa, un factor fundamental para cualquier economía.

En Brasil, en el año de 2001, el número de trabajadores trabajando en esta rama de la industria, era de 1.091.744 trabajadores, lo que correspondía a 19,26% de los trabajadores de toda la industria. La construcción es, todavía hoy, también responsable por gran parte del empleo de los considerados mas pobres de la población masculina. Por otro lado es una actividad considerada de un significativo riesgo, una de las más peligrosas en todo el mundo, liderando tasas de accidentes de trabajo fatales o no fatales y de años de vida "perdidos".

Alrededor de 43% de los trabajadores de este sector de actividad piensan que su seguridad y salud están en riesgo debido a su trabajo, preocupación que se ve respaldada por las alarmantes estadísticas. El número de accidentes en el sector de la construcción en Brasil es significativamente mayor que en otros sectores de actividad en tierra firme. El numero de accidentes declarados, según el SINDUSCON/Ce/Brasil (que comporta una baja de tres o más días) prácticamente duplica la media de todos los sectores.

En este sector de actividad es grande el número de riesgos ocupacionales, como el trabajo en grandes alturas, el manejo de maquinaria, equipamientos y herramientas de perforación y cortantes, instalaciones eléctricas, uso de vehículos automotores, posturas antiergonómicas como la elevación de objetos pesados, así como el estresse debido a la transitoriedad del trabajo y de la alta rotatividad.

Además del alto nivel de siniestralidad, los trabajadores de la construcción de Brasil pueden verse expuestos a agentes químicos, biológicos y físicos, así como a riesgos psicosociales y físicos advenidos del estilo de vida asumido, trabajando en esta actividad.

Los trabajadores de este sector de actividad construyen casas, pero ven muy lejos concretizar el sueño de un día poder tener sus propias viviendas. Muchos de estos trabajadores de la construcción civil brasileños son emigrantes internos, que salen de pequeños pueblos con el objetivo de descubrir oportunidad en las grandes ciudades. Con el pasar del tiempo, estos trabajadores se casan y quedan a vivir en grandes núcleos urbanos. Intimidados

por el tamaño, por la nueva vida y por la diferencia cultural impuesta por la gran ciudad donde asumen sus nuevos trabajos, idealizan la cultura del lugar de acogida que les da el empleo, mismo que las condiciones ambientales, simbólicas y culturales del nuevo lugar y del nuevo trabajo sean desfavorables y hostiles. Revelan una revuelta silenciosa e impotente contra esta nueva hostilidad psíquica impuesta por estos cambios y alejamiento de los suyos que han quedado en los pequeños pueblos, promoviendo un *sufrimiento psíquico* representado por enfermedades, como la depresión y *sufrimiento físico* todavía más grandes.

a) Presentación de la empresa

Nuestra experiencia profesional está asociada al trabajo de más de 15 años en el RRHH dentro de la industria de la construcción de Brasil, así como en la empresa Brique.

Esta empresa está situada en el nordeste brasileño, más específicamente en la ciudad de Fortaleza-Ceará.

Brique nació en 1969 y desde su inicio, ha impulsado en su organización una cultura basada en la calidad y en la mejoría continua. Dispone de su central en Fortaleza y de importantes obras en el nordeste brasileño. Actualmente posee 5 obras en ejecución (cuatro en Fortaleza y una en Recife).

Son más de 450 empleados directos, llegando a una plantilla de más de 1000 empleados de acuerdo con el porte de la obra y también con el desarrollo de las mismas.

En lo que se refiere a equipamientos, cuenta con un importante parque de maquinaria de movimiento de tierras, talleres, grúas, etc. En definitiva, todos los elementos necesarios, en constante modernización y actualización, para apoyar a las obras de los clientes.

La administración es hecha por tres socios, uno que ejerce la función de Director Presidente (mayorista de las acciones), otro que ejerce la función de Director Administrativo-Financiero y el último con el mismo total de acciones del anterior que ejerce la función de Director Técnico.

Brique es una empresa familiar y tiene organizada su gestión en base al sistema de Gerencia de Calidad ISO 9002 (La primera certificación fue del año 1998) con evaluaciones anuales. A pesar de todas las crisis enfrentadas por el sector, hoy todavía Brique es una constructora que tiene solidez y buena imagen en el mercado.

b) Nuestra estancia en el RRHH de Brique, principales problemas detectados en los trabajadores de la construcción, sobre todo depresión

Por ejemplo, durante nuestros años trabajando en las obras, los “operarios” brasileños declaraban sufrir dolores crónicos de cabeza, de enlentecimiento motor y psíquico. Más de la mitad declaraban estar expuestos a altos niveles de ruido en parte de su horario laboral. Los trabajadores manifestaban con mayor frecuencia características de sentirse marginalizados socialmente, relatando algunos, que habían empezado a trabajar cuando todavía eran niños, sin muchas oportunidades de cambio. Lamentaban también tener un bajo nivel educacional y analfabetismo y se consideraban viviendo dentro de un bajo nivel socio económico. En estos trabajadores constatábamos una baja autoestima. Presentaban una visión de mundo estrecha y empobrecida, con aspiraciones modestas, no esperando grandes cambios en sus vidas, solamente repitiendo modelos de comportamiento de sus padres.

Encontrar un trabajo en la construcción para ellos, no era consecuencia de los atractivos del sector, sino de la necesidad de garantizar el sustento personal y de sus familias. En este sector, los trabajadores eran conscientes de que había muchos problemas de salud ocasionados por la mala calidad en las condiciones en que desarrollaban su labor.

En el caso, por ejemplo, de operarios de maquinaria, se observaban lesiones corporales directamente relacionadas con malas posturas, con condiciones inadecuadas en el puesto de trabajo. Además, muchas de las máquinas no estaban en las mejores condiciones y como en aquel momento no había una formación preventiva, había repercusiones muy negativas para los trabajadores. Muchos operarios trabajaban en unas condiciones pésimas, ante las incidencias del tiempo con lluvia o de un sol y calor intensos, con máquinas y accesorios preventivos en condiciones poco aceptables relacionados con las condiciones del puesto de trabajo.

En nuestro trabajo dentro de las constructoras hemos constatado que los trabajadores de pie de obra encontrábanse, en general, vulnerables e inseguros delante de la rotatividad existente en la filosofía de las empresas brasileñas, que muchas veces eran negligentes con sus derechos y les exigían una alta productividad. El sufrimiento era visible y constatado por los síntomas de malestar, desgaste físico y mental, falta de reconocimiento, enfrentados mediante estrategias de mediación defensiva de negación y control. En nuestro departamento constatábamos una de cada diez bajas laborales de estos trabajadores por síntomas depresivos.

No es lo mismo el trabajador de la construcción que está a pie de obra, respecto a otros que están en la oficina, en un despacho proyectando o haciendo labores administrativas.

En una obra de construcción brasileña trabajan juntos muchos profesionales: ingeniero, jefe de obras, supervisor de proyectos, coordinador de asuntos de seguridad, trabajadores administrativos y operacionales. Hay que admitir que las condiciones generadas internamente, en los llamados “canteiros de obra”, no siempre eran buenas: puede haber una organización mal delimitada que ocasiona un desorden completo en el ambiente de trabajo; los trabajos de manipulación numerosos, no siempre justificados, pueden provocar un tercio de los accidentes laborales, así como muchos otros factores capaces de provocar o agravar enfermedades como el caso del estrés, ansiedad y la depresión asociadas directamente o no al campo laboral.

Por nuestra experiencia en las obras brasileñas, podemos decir que los trabajadores de la construcción de la empresa Brique estaban expuestos a altas prevalencias de factores de riesgo, como el hábito de fumar o consumir bebidas alcohólicas, asociadas a problemas de sobrepeso, percepción de poca salud y síntomas de fatiga músculo- esqueléticos.

Las cuestiones como las de salud en el trabajo son en muchos países, determinantes de los costes y calidad de productos, teniendo en cuenta el rigor con que las penas son aplicadas aquellos que no cumplen las normativas legales. En Brasil, el derecho a salud es garantizado a todos los ciudadanos por el art. 196 de la Constitución Federal. Con la aprobación de la portaría nº 3.214 (de 08/07/1978), conforme art. 200 da CLT (Consolidación de las Leyes del Trabajo), las normas reguladoras (NR) relativas a la Seguridad y medicina del trabajo, fue dada especial atención a la prevención de los accidentes de trabajo a través de la realización de programas de condiciones de seguridad y salud laboral.

A través de la NR7, el programa de control médico de salud ocupacional, ha promovido trabajos con la intención de promover la preservación

de la salud del trabajador. Este trabajo tenía por objetivo priorizar la preservación de la integridad física y psíquica de todos los trabajadores a través de acciones de salud que privilegian el diagnóstico precoz de los daños a salud, ocasionados por las agresiones de las actividades laborales. Pero, para el desarrollo de este programa, que actúa sobre los posibles riesgos sobre la salud del trabajador, era necesario un comprometimiento de las empresas de grande, medio y pequeño porte, en la busca de soluciones viables a partir de diagnósticos adecuados de estas cuestiones, actitud que no hemos visto posible concretizar en las diferentes organizaciones del sector de la construcción civil de Brasil, mas precisamente en la constructora Brique, que hemos conocido y participado efectivamente durante nuestro proceso como observadora participante.

Existen muchas políticas de prevención y de calidad, prácticamente asociadas a riesgos físicos laborales, pero en general tienen implantadas las grandes y algunas medianas empresas. Son en general las medianas, pequeñas y en las cadenas de las subcontratadas donde se focalizan los principales incumplimientos. En estas organizaciones laborales es difícil erradicar el desconocimiento que existe en referencia a las normativas de seguridad y salud laboral debido a la falta de formación, de información adecuada y de medios que permitan su cumplimiento, como es la necesidad real que existe de un mayor número de inspectores de trabajo, un sector de prevención de riesgos de salud que funcione dentro de las empresas de construcción y los RRHH.

La evaluación de los problemas de salud no accidentales relacionados con el trabajo de la construcción es bastante complicada. Los sistemas nacionales y estatales de reconocimiento de las enfermedades profesionales de Brasil están vinculados, al menos indirectamente, con los sistemas de seguridad social y presentan muchas diferencias en los sistemas nacionales de recopilación dentro del campo de enfermedades declaradas. En el momento de nuestra observación participante en la empresa Brique de Brasil, no era posible realizar de forma armonizada un estudio basado en datos fidedignos a los problemas de salud relacionados con el trabajo, así como de encontrar datos precisos sobre la causalidad laboral de su problema de salud, mas específicamente dentro del contexto de la construcción.

Son también raros los estudios sobre riesgos e enfermedades ocupacionales en la construcción civil de Brasil, posiblemente debido a alta rotatividad, el alto grado de informalidad en los contratos de trabajo y en la subnumeración de los registros ocupacionales, lo que hace difícil la identificación de la población definida, o el uso de datos secundarios, comunes en la epidemiología ocupacional.

La falta de métodos de análisis de estos problemas que hemos redactado anteriormente nos hizo optar por realizar la tesis doctoral en España, sobre la empresa Barcon. Por los hechos retratados y constatados desde una intensa observación participante en Brasil, hemos considerado importante dar continuidad al retrato de una realidad a través de una nueva visión, de la busca de un modelo de investigación, de la perspectiva de un otro país (España) que, como Brasil, ha tenido un intenso desarrollo en la construcción urbanística.

Una investigación inicial sobre el tema en Brasil podría ser un tanto endogámica y por esto, carecería de una perspectiva comparativa exterior que con el doctorado podría ser concretizado.

En esta nueva perspectiva tendríamos la oportunidad de conocer una nueva realidad laboral, y en ella verificar, junto a una empresa constructora española, la incidencia de depresión. Los logros que alcanzaremos con el análisis de la depresión en la actividad de la construcción en España, nos llena de un deseo de aplicarlos más adelante en un nuevo estudio en Brasil.

La vivencia del tema en otra realidad social-cultural “similar” pero “exterior”, nos aportará garantías de “objetividad”, para una siguiente investigación comparativa sobre el tema en Brasil.

3.3. Trabajo de campo en la empresa constructora Barcon - España

Ya expusimos al comienzo de este trabajo doctoral, las motivaciones personales y profesionales que nos llevaron a investigar la incidencia de la depresión entre los trabajadores de la construcción.

También expusimos la “conjetura inicial provisional” (“hipótesis inicial”) desde la que pusimos en marcha este trabajo de investigación en la empresa Barcon:

Existe una importante incidencia de depresión entre los trabajadores de la empresa Barcon, que trataremos de concretar cuantitativamente (grado de incidencia) y cualitativamente (etiopatología, tetradimensionalidad sintomática) para obtener una “microteoría” (tesis)

Y cómo, de acuerdo con esta hipótesis inicial conjetural, nos marcamos los siguientes objetivos:

- Investigar la incidencia epidemiológica de la depresión entre los trabajadores de la empresa constructora Barcon;
- Investigar la etiopatología y tetradimensionalidad del síndrome depresivo en los trabajadores de la empresa constructora Barcon;
- Investigar y conocer los principales factores (psicológicos, sociales, laborales) relacionados a la depresión de los trabajadores de base de la empresa constructora Barcon.

3.3.1. Demarcación del campo

En la demarcación del campo, señalaremos en primer lugar, el escenario y la población sobre la que vamos trabajar y la realización de un “diseño mínimo emergente”. Pasamos por alto, por razones obvias (tal como se realiza en otros trabajos de investigación), el tema de la presupuestación y su aprobación.

3.3.1.1. Escenario de la investigación

En una breve introducción y sin más pretensiones que la de configurar un marco de referencia, describiré brevemente el “mundo de la construcción” en general y, en particular, el de la empresa Barcon, objeto de nuestra investigación.

a) *Estructura laboral del sector de la construcción*

Una de las características que singularizan la construcción respecto a otros sectores es que cada producto se edifica en un lugar determinado, cada nueva obra suele presentar, incluso legalmente, como una nueva empresa. Por esto es importante destacar la movilidad resultante de la mano de obra que produce este tipo de localización.

Como nuestro trabajo de investigación trata de los trabajadores de base (peón y oficial), es conveniente que hagamos una breve aclaración previa de la estructura laboral de la construcción.

En la construcción, junto con el tipo de contratación, influye el nivel de cualificación real que se tiene, es decir, el conocimiento del oficio, el tamaño de la empresa y otros factores. Teniendo todo esto en cuenta, Miguélez ⁶³ diferencia cuatro tipos principales: *el peón, el oficial (Oficial 3, Oficial 2, Oficial 1), Encargado del grupo y encargado general y el sumergido.*

⁶³ Miguélez, 1990:35

Tabla 9
Estructura laboral de la construcción

El peón	<p>Es el segmento que se sitúa en la posición más baja de la escala de precariedad. Suele ser una persona con escasa formación y muy baja calificación laboral. Según la edad, hay dos tipos de peones: los de edad adulta y los jóvenes, a menudo sin ocupación anterior, que han ingresado recientemente, porque en la construcción hay más oportunidades de trabajo que en otros ramos. En ambos casos se suele tratar de personas profundamente golpeadas por la crisis económica. Son los trabajadores que más fácilmente pueden tener contratos eventuales de breve duración. Generalmente también son contratados a días o a horas, para carga, descarga o traslado de material.</p>
El oficial	<p>Los oficiales obedecen a una estructura que va del oficial de 3ª a oficial de 1ª, con una diferencia de sueldo y de responsabilidad entre estas estructuras. Actualmente los salarios varían de 1000 a 1300 euros. El oficial de la construcción que no está en la plantilla estable de una empresa tiene un doble origen que le distingue en sus condiciones de trabajo. En primer lugar el oficial altamente cualificado que durante años pudo haber trabajado como autónomo, porque las empresas le exigían ese <i>status</i> para darle trabajo, o que trabajaba como fijo en una empresa pequeña o en una cooperativa. En el momento actual este trabajador tendría ocasión de convertirse en fijo en una empresa más grande. A menudo prefiere no hacerlo así, puesto que los contratos eventuales, por ejemplo de un año, le permiten negociar individualmente unas condiciones salariales y de trabajo óptimas. No necesita ya mantenerse como autónomo o puede ser que lo haga a efectos de seguridad social. En general es un asalariado eventual que sabe que durante cierto tiempo va a tener en el mercado una importante ventaja respecto a otros, derivada del profundo conocimiento del oficio.</p> <p>En la realidad actual este tipo de oficial está llamado a desaparecer por la fuerza creciente de la especialización que pondrá sus conocimientos, aunque parcelados, al alcance de muchos otros trabajadores.</p>
Los encargados	<p>También llamados de jefes de obra, son los responsables por coordinar las tareas generales de la obra, repartir los servicios entre los encargados de grupo y operarios, supervisar los trabajos y solucionar los problemas que surgen en el día a día de trabajo. Cuentan con la ayuda de la administración de la empresa que semanalmente acompaña sus trabajos. Actualmente estos reciben un sueldo medio de 2000 mil euros al mes.</p> <p>Los encargados generales, también tienen a un ayudante, llamado encargado de grupo (<i>capataz</i>) que son los responsables de llevar los pequeños grupos de trabajo en la obra. Actualmente los encargados de grupos reciben el salario de 1500 euros al mes.</p>

Los trabajadores sumergidos	Hace algunos años era habitual que si un inspector laboral llegaba a una obra de una cierta envergadura sin previo aviso asistiera al espectáculo de la fuga precipitada de unos cuantos de los trabajadores presentes en la misma. Era la mano de obra que no tenía contrato, los sumergidos. No hay estudios específicos en la construcción, pero algunos indicios señalan una proporción notable de trabajadores ocultos en el sector. Hoy las cosas han cambiado un poco en la obra grande, puesto que las empresas contratantes, en orden de evitarse frenazos en la actividad y problemas legales, exigen que todas sus empresas tengan a los trabajadores en regla. En las pequeñas empresas, no obstante, el personaje no cualificado suele ser sumergido.
------------------------------------	--

Fuente: Miguélez ,1990: 129, adaptación mía)

Evidentemente, hemos dejado fuera de esta consideración, por ser ajena a nuestro trabajo, a las figuras del arquitecto, del aparejador, del promotor, del encargado y de los trabajadores administrativos.

b) Condiciones de trabajo en la construcción

“Las actividades realizadas en el ámbito de la construcción requieren mano de obra, cualificada, semicualificada y mucha no cualificada. La reparación y el mantenimiento de los edificios existentes exigen más mano de obra que las nuevas construcciones, razón por la cual en los países más desarrollados con un alto nivel de actividad en la construcción y las obras de mantenimiento y reparación -- por ejemplo, el Japón -- los trabajadores ocupados en el sector pueden representar hasta un 10% de la mano de obra, mientras que otro 10% trabaja en empresas conexas”. (Oficina Internacional del Trabajo, 2000. Edición de Internet)

El sector no es solamente un empleador muy importante, sino también uno de los pocos que en las economías postindustriales más desarrolladas ofrecen trabajo a las personas menos cualificadas y menos instruidas.

Una preocupación creciente del sector de la construcción es la inestabilidad del empleo. Las fluctuaciones en la demanda, el proyecto de base de la construcción y el extenso uso del sistema de contratación lo hacen más difícil para los empleadores la continuidad del lazo entre el trabajo y el empleo. Por esto hay una fricción constante entre las necesidades de los empleadores por

demandar mayor flexibilidad en el empleo y las de los trabajadores que buscan empleos fijos. La mayoría de los trabajadores de la construcción son empleados por empresas subcontratadas lo que contribuye a la inestabilidad del empleo.

Según los datos de la Oficina Internacional del Trabajo la falta de seguridad del empleo y de protección social constituyen la preocupación mayor de los trabajadores de la construcción. El predominio del trabajo por contrato tiene también un impacto negativo sobre la formación cualificada y unas implicaciones graves para la salud y la seguridad en el sector.

La industria de construcción también tiene una larga tradición de empleo de mano de obra inmigrante. Cuando escasean los trabajadores nacionales dispuestos a trabajar en la construcción, se contrata mano de obra de otros países. Los trabajadores de la construcción inmigrados suelen proceder de economías menos desarrolladas en las que escasea el empleo. Las condiciones de estos trabajadores están a menudo muy por debajo de las de los peones que nos referimos con anterioridad. Los trabajadores inmigrantes han rebajado, de hecho y ante el aumento de oferta, el nivel de los sueldos y hasta el nivel de exigencia de los derechos laborales.

c) Escenario: la empresa Barcon

Después de haber introducido el tema laboral de la construcción, a través de un breve bosquejo, pasamos a analizar la empresa Barcon que constituye nuestro escenario de trabajo de campo.

Esta empresa está situada en Barcelona (España). Barcon nació en 1998 de la experiencia de su socio mayoritario como Director General en otras empresas constructoras, con el objetivo de desarrollar trabajos a empresas y organismos oficiales y del Estado, así como la promoción de viviendas.

Según se fue afianzando, tanto en resultados, como en experiencia de obras, Barcon fue presentándose a concursos que no necesitaban clasificación previa. Al paso de los años fue elegida para realizar contratos, por grandes empresas y organismos importantes, consolidando su buena imagen en el mercado español.

Con la finalidad de ser cada día más competitiva, tanto en precios como en calidad, Barcon está constantemente invirtiendo y dotando a la empresa de un buen equipo técnico. Además ha renovado los esfuerzos en función de

optimizar sus estándares de calidad. La empresa comienza, en 2008, a trabajar dentro de las normas ISO 9000 a fin de lograr la plena satisfacción de los clientes.

Sobre la movilidad funcional y geográfica de la empresa, podemos decir que lleva (2008/2010) 6 obras en Barcelona y 4 obras fuera. En este caso es la administración, la oficina central de la empresa, la que regula toda la movilidad de los trabajadores.

Barcon afirma que con la dedicación y el esfuerzo de todos sus trabajadores, las constantes y recientes inversiones en instalaciones y maquinaria de última tecnología, la potenciación de los recursos humanos y su formación, y los diferentes cambios y adaptaciones a las nuevas exigencias de edificación se ha conseguido una empresa líder y preparada para afrontar los retos propios del futuro.

d) Recursos humanos

La empresa está compuesta por 3 socios, aunque solamente uno es el mayorista. Con una planta administrativa de 20 personas y un grupo oscilante de 80 a 150 trabajadores de base, que en este momento son 97, además del personal necesario para la ejecución de las diversas obras. Los profesionales de BARCON están estructurados en las siguientes áreas:

- Área de atención personal y procesos administrativos;
- Área de estudios y diseños y política de compras;
- Área de producción;
- *Staffs* especializados;
- Dirección general.

En el área de la producción (personal de base) la edad media de los trabajadores es de 31,81 años, sus edades están entre los 25 y los 35 años. No hay analfabetos en la empresa, pero los niveles de instrucción varían de la escuela primaria hasta el nivel superior. Los operarios en un 64,9% son extranjeros, mientras que el 35,1% es de nacionalidad española.

La procedencia laboral es prácticamente del paro, de otras empresas del sector y de fuera del sector. Sobre la vinculación de los trabajadores con la empresa, según la administración, el 100% de los trabajadores tiene contrato de trabajo. En relación a área de producción el nivel de salario es el que sigue:

Tabla 10
Nivel de salario

Peón	900 euros
Oficial 3	1000 euros
Oficial 2	1100 euros
Oficial 1	1300 euros
Encargado GRUPO	1500 euros
Encargado General	2000 euros

Fuente: Datos de la investigación

La media salarial de los trabajadores de Barcon en los años 2008/2010 es de 1100 euros

Aparte del salario, el trabajador recibe dietas y es costeadado su traslado en el caso de que la obra esté fuera de Barcelona. Todos están adscritos al Régimen de la Seguridad Social.

Los trabajadores de Barcon obedecen a las siguientes condiciones de trabajo: Horarios de 8 horas diarias (8:00 a las 17:00; 1 hora p/ comer) + extras (2 horas diarias cuando es necesario); Descansos: 2 días a la semana (sábado y domingo). Las condiciones ambientales/seguridad de trabajo de la empresa son las habituales del sector de la construcción, con todos sus factores de riesgo inherentes. Hay formación obligatoria sobre la normativa de seguridad para todos los trabajadores, recibiendo la empresa y los trabajadores un certificado conforme han pasado por la formación.

El trabajo en las obras se organiza de la siguiente manera: el trabajo es realizado por equipos de dentro de la empresa o provenientes de subcontratas, con un encargado que acompaña al grupo (por ejemplo: pladuristas, paletas, soldadores, fontaneros, electricistas, etc., cada uno tiene su grupo y cada grupo tiene su encargado y siendo todos los grupos coordinados por un encargado general y por el arquitecto o el aparejador. El control de las actividades es realizado y evaluado por los encargados, diariamente. Hay una visita semanalmente a la obra por parte de la gerencia.

En cuanto a disciplina laboral, en la empresa se admite llegar con retraso hasta dos veces por cada operario y mes, pero si hay reincidencia, la administración realiza un descuento en el sueldo de las horas perdidas. Si el trabajador está de baja, se exige certificado médico.

e) Medios mecánicos

La empresa presta sus servicios dentro de España desde hace ya casi diez años. Su oficina central está situada en la c/ Balmes, en Barcelona ocupando actualmente 500m² de superficie de oficina y más 1000m² dedicados a almacén en L'Hospitalet. Barcon cuenta con un almacén donde concentra las maquinarias y todo el equipamiento necesario para cada obra. Cuando es necesario, arrienda y contrata grúas, andamios y maquinaria pesada, de acuerdo con el tipo de obra y la tecnología necesaria para el desarrollo del emprendimiento. Aparte, durante estos últimos años, adquirió equipamiento informático actualizado, disponiendo de aplicaciones informáticas para diseño y gestión avanzada de las técnicas más modernas relacionadas a construcción (por ejemplo, Plotter motorizado para diseños gráficos; trabajan con los programas: autocad, inventor, 3D, solid word, etc). La mayoría de los equipamientos y programas técnicos están concentrados en el área de estudios y diseños de la empresa.

3.3.1.2. Poblamiento de la investigación

En las metodologías cualitativas se trabaja sobre poblamientos pequeños y completos (una tribu, los trabajadores de base de una empresa, una comunidad rural pequeña, etc.). Debido a la naturaleza de este estudio, se ha escogido como muestra representativa, a todos los 97 trabajadores de base actuales de la empresa Barcon. Este número de la muestra permitió concentrarme en la profundidad y en la riqueza de los datos estudiados en un tiempo suficiente para que pudiera observar la conducta interactiva de todos los miembros de la organización estudiada.

3.3.1.3. Diseño mínimo emergente

Aunque en una investigación cualitativa el proceso de investigación es abierto y flexible, para poder organizar el trabajo de investigación se necesita, no obstante, un diseño mínimo, que podrá reformularse cuando los datos obtenidos lo requieran.

En metodología cualitativa el diseño de investigación es “emergente”, o sea:

“(…) el diseño de un estudio naturalista por lo general, no se establece completamente antes de que empiece el estudio, sino que emerge al tiempo que se recogen los datos, se lleva a cabo el análisis preliminar, y pasa a describirse de modo más completo”⁶⁴

Pero, si bien es necesaria una investigación “flexible y abierta”, para poder cambiar el diseño si los datos recogidos a lo largo de la investigación así lo requieren (decisiones de diseño), sin embargo, cuando previamente el investigador se la sumergido en la temática, el diseño deja de ser completamente emergente y se transforma en “diseño mínimo” que contenga en primer lugar la “formulación del problema investigable”, en nuestro caso, “la incidencia de la depresión entre los trabajadores de la empresa constructora Barcon”.

En segundo lugar, el diseño ha de conllevar una “decisión muestral” o poblamiento que se va a estudiar, que incluye la accesibilidad al poblamiento y la decisión de selección del investigador siguiendo criterios de saturación y redundancia, aunque cuando se investiga sobre poblamientos pequeños y cerrados, se hace sobre la población total (en la metodología cualitativa no se trabaja con muestreos estadísticos aleatorios). Nosotros trabajamos sobre la población total, es decir, sobre los 97 casos de trabajadores base de Barcon.

En tercer lugar, el diseño contempla la selección de estrategia de obtención de datos: observación participante, entrevistas en profundidad, estudios de casos, etc. Exploremos a continuación las estrategias referidas en nuestro trabajo.

⁶⁴ Erlandson et al., 1993:66

3.3.2. Documentación

Para realizar este estudio nos hemos documentado fundamentalmente en las fuentes siguientes:

a) *Como marco teórico inicial de la Metodología Cualitativa, Observación participante, las entrevistas en profundidad y triangulación los autores:*

Aguirre, A. (1995). *Etnografía – Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*, Barcelona: Marcombo;

Aguirre, A. (2011 en prensa). *Metodología cualitativa etnografica*.

Anguera T. (1995). *Metodología cualitativa*, en ARNAU y Otros. *Métodos de investigación en psicología*, Síntesis, Madrid.

Hammersley M, Atkinson P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós;

Olsen, W. (2004). *Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed*. En: Holborn, M.: *Development in Sociology*. Causeway Press (En prensa);

Oppermann, M. (2000). *Triangulation - A Methodological discussion*". *International Journal of Tourism Research*. Vol. 2. N. 2. , 141-146;

Taylor y Bogdan (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós;

Vallés, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

b) *Sobre el tema de la depresión, depresión laboral y la evaluación de esta enfermedad:*

Achotegui L., J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*, Barcelona: Ediciones Mayo;

Aguirre, A. (2001). "Psicopatología del trabajo – La depresión laboral", Barcelona: *Revista Anthropologica de psicología cultural tercera época nº 8/2001*. Centro de psicología INFAD.

Aguirre, A. (2009). "*Antropología de la depresión*", Malestar e Subjetividad, Fortaleza: UNIFOR;

Alonso Fernández, F., F. (1988). *La depresión y su diagnóstico – Nuevo modelo clínico*, Barcelona: Editorial Labort S. A.;

Alonso Fernández, F., F. (1994). *Vencer la depresión*, Madrid: Temas de hoy;

Alonso Fernández, F., F. (1996). "Psicopatología – El modelo de la depresión en función de la personalidad", Madrid: *Psicopatología*16, 119;

Alonso Fernández, F., F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edikamed.;

Alonso Fernández, F., F. (1998). *Cet-de: cuestionario estructural tetradimensional para la depresión*, Madrid: TEA Ediciones;

Badillo, I. (2002). *Psicopatologías en la migración – Duelo y depresión en la población migrante*. Ciudad Autonómica de Ceuta: Instituto de Estudios Ceutíes;

Berdullas, S., De Vicente A., Magán, I. (2009). "Salud mental y absentismo laboral: Cuando el trabajo no da la felicidad", Madrid, Infocop nº41 (enero – febrero);

Conde, V. (2003). "Clasificación de las depresiones. Mesa redonda: El DSM-IV y las enfermedades del estado de ánimo", Palma de Mallorca, *Congreso Nacional de Psiquiatría*;

Rojas, E. (2004). *Las nuevas modalidades de depresión*, Colegio de médicos de Madrid, Madrid: Congreso Internacional sobre Estrés Postraumático;

Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión – En busca de la felicidad razonable*, Madrid: Artes Graficas Huertas, S.A.;

Rojas Malpica, C.A., Esser Diaz, J. (1999). "Psicopatología - ¿La depresión en el contexto laboral", Madrid: *Revista Psicopatología* (Abril - Junio);

Sánchez Márquez, G., López Miguel, M. J. (2008). "Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante". Sevilla: *Apuntes de Psicología*, Vol 26, nº 3, 399-410.

Tizón García, J.L. y otros. (1993). *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*, Barcelona.

c) *Sobre el tema de la construcción en España y la empresa Barcon:*

Actis, W. (1992). *La inmigración extranjera en Catalunya – Balance y perspectivas*, Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis;

Aguirre, A. (2002). *La identidad cultural en la migración*, Ciudad autónoma de Ceuta: IEC;

Miguel, F. (1990). *El trabajo precario en Catalunya – Transformaciones laborales en la industria de la construcción en Catalunya*, Barcelona: Comissio Obrera Nacional de Catalunya;

Tizón García, J.L. y otros. (1993). *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*, Barcelona;

GVU's 8th WWW user survey. (N.d.) . Extraído el 13 de septiembre de 2006 <http://www.ilo.org/public/spanish/support/publ/intro/index.htm>;
<http://www.ilo.org/public/spanish/support/lib/dblist.htm#statistics>

Benitez de Lugo, Maria Teresa. "Salut Mental – Informe de la OIT - Uno de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad o estrés", Extraído el 26 de enero de 2007 desde: <http://www.elmundo.es/2000/10/10/sociedad/10N0082.html>;

Serra, Jordi, (2004). "Laboral - La empresa también provoca depresión". Extraído

el 21 de enero de 2007 desde:
<http://polar.comfia.net/modules/news/article.php?storyid=67>

d) *Técnicas Cuantitativas:*

Álvarez, C. R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica*, Díaz de Santos, Madrid:

Domènech, J.M. (1977). *Bioestadística*, Barcelona: Herder;

Fina Sanz (1998). *Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica*, Barcelona;

Pagano, R.R. (1999). *Estadística para las Ciencias del Comportamiento* (5ª ed.). Mexico: Thompson.

3.3.3. Entrada en el campo y recogida de datos

La entrada en el campo como hemos dicho anteriormente, conlleva, además de la preparación previa (física y mental) tres momentos de acceso al campo: la llegada, la negociación del propio rol y el establecimiento del rapport de confianza.

a) Recogida de datos a través de la metodología cualitativa

Este proceso consta de las técnicas clásicas de la metodología cualitativa: Documentación, Observación Participante y entrevistas en Profundidad. No obstante, los cuestionarios CET y CVPS, como luego veremos, fueron utilizados como prueba de “triangulación” complementando el proceso de recogida de datos.

a) Documentación (ya comentada);

b) Observación Participante;

c) Entrevistas en profundidad;

d) CET-DE (Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión);

e) CVPS (Cuestionario con Variables Psicosociales y Situacionales) CVPS;

Con las técnicas *no sistematizadas* (observación participante y entrevistas en profundidad) que utilizamos en la investigación, hemos recogido los datos realizando, de paso, una descripción densa e interpretativa del fenómeno estudiado. En la triangulación, con las técnicas *sistemáticas* (cuestionarios: CET y CVPS) completamos la investigación corroborando los resultados anteriores.

Tabla 11
Estructura de recogida de datos en la empresa Barcon
Investigación de Campo

<p>b) Observación Participante;</p>	<p>En nuestra observación participante interactuamos de dos maneras: conviviendo plenamente con los trabajadores de Barcon, adaptándonos al contexto de la construcción y por otro lado nos distanciamos interiormente para objetivar los modos de comportamiento de cada trabajador.</p> <p>Hicimos una <i>observación participante directa</i>, ya que estábamos allí y construimos una representación directa de la realidad, captando presencialmente la realidad de los sujetos observados.</p> <p>Al utilizar la <i>Observación Participante</i>, realizábamos observaciones con la intención de captar lo que sucedía de forma espontánea en la actividad de los trabajadores. En este primer momento observábamos todo lo que nos llamaba la atención dentro de la obra. De entrada realizamos una observación abierta a todo lo que ocurría, cada comportamiento iba siendo contextualizado y situado en su espacio y tiempo.</p> <p>Poco a poco, nos fuimos centrando en el objetivo de nuestra investigación, focalizando nuestra observación en las manifestaciones de tristeza y depresión de algunos trabajadores concretos, cuyo comportamiento contrastaba con el de los que no las tenían.</p> <p>Es evidente que, en la escucha de los relatos, llevábamos <i>in mente</i> el esquema tetradimensional de la depresión, con lo cual la "interpretación densa" que seleccionaba los relatos y las personas depresivas estaba basada en la conexión de la perspectiva <i>emic</i> de quien escucha los relatos y en la perspectiva <i>etic</i> de quien los interpreta (al menos provisionalmente) y los selecciona.</p>
--	--

<p>c) Entrevistas en Profundidad;</p>	<p>Seguimos nuestros estudios con la realización de entrevistas en profundidad con los trabajadores de la empresa constructora en los cuales habíamos “detectado” (<i>etic</i>) síntomas depresivos. La utilización de esta técnica nos permitió ahondar en la biografía de los que “presentaban” un cuadro depresivo, así como en la manifestación de los síntomas de su depresión.</p> <p>Para obtener alguna homologación de los datos y sin menoscabar la libertad y espontaneidad de sus manifestaciones, elaboramos un guión de preguntas, relativo a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Encuadre biográfico- Valoración temporal de su pasado, presente y futuro- Sintomatología depresiva- Somera evaluación de la interacción en la entrevista. <p>Obtuvimos interesantes relatos, de los cuales hemos transcrito una muestra de los más significativos.</p>
--	--

<p>d) Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (versión breve) – CET-DE</p>	<p>Elegimos del <i>Cuestionario</i> para diagnóstico de la depresión (CET-DE) la versión breve. Hemos escogido este cuestionario porque constituye un procedimiento eficaz utilizado para la identificación y diagnóstico de la depresión, así como para la elaboración de un perfil depresivo. No elegimos la escala, ya que el objetivo de nuestro estudio en este momento no era el de evaluar el seguimiento de la evolución de cuadro depresivo y tampoco de constatar las mejorías del enfermo en un tratamiento, si no únicamente obtener el propio diagnóstico.</p> <p>Aparte del diagnóstico, esta técnica nos permitió distinguir en la sintomatología depresiva las cuatro dimensiones del síndrome depresivo. Cada una de las dimensiones con una significación en el conjunto y su importancia, fueron medidas por un sistema de subvariables. El punto de corte para el CET-DE: positivo es una puntuación igual o mayor que 32. Se admite como depresión cuando al menos en una de las 4 dimensiones el resultado es superior a 8 puntos.</p> <p>Los otros cuestionarios o escalas que se utilizan para la cuantificación de la depresión, no tienen en cuenta las cuatro variables fundamentales. Además hay que señalar que el CET es un buen método diagnóstico para el síndrome depresivo, como ya se ha señalado en diferentes trabajos de validación realizados en España.</p> <p>La validez respecto al diagnóstico se basa en:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sensibilidad: porcentaje de sujetos depresivos que tiene una puntuación global superior o igual al umbral;- Especificidad: porcentaje de sujetos no depresivos que tienen una puntuación global inferior al umbral;- Valor predictivo positivo: el grado de probabilidad de que un sujeto de puntuación superior o igual al umbral presente una depresión;- Valor predictivo negativo: el grado de probabilidad de que un sujeto con una puntuación inferior al umbral no tenga una depresión.
---	---

<p>e) Cuestionario con Variables Psicosociales y Situacionales - CVPS</p>	<p>Otra técnica sistematizada, validada y utilizada en este trabajo fue el cuestionario con variables psicosociales y situacionales.</p> <p>Este cuestionario fue utilizado para complementar las informaciones conseguidas con la herramienta anterior (CET-DE).</p> <p>Es un cuestionario global con variables que enfocan la estructura familiar actual, la estructura familiar de procreación y los cinco grandes grupos de acontecimientos: Situación familiar, pérdida, situación de aislamiento, situación de sobrecarga y de desarraigo.</p>
--	--

3.3.3.1. Acceso al campo

Entrar en el “campo” no me resultó difícil. Por una parte, los directivos de la empresa me dieron facilidades para que hablara con los trabajadores, advirtiéndome que si surgía algún conflicto se lo comunicara; por otra parte, los trabajadores me aceptaron como “la universitaria que está haciendo un trabajo para fin de carrera”.

Los trabajadores adoptaron conmigo una actitud de protección y ayuda, tal vez por ser estudiante universitaria, quizá pensaron que era un poco ingenua, y porque ellos me dijeron que preguntara lo que quisiera, ya que “para ellos la construcción no tenía secretos”.

Me sentí, sobre todo al principio, cómoda con este rapport de aceptada y hasta de protegida, que les daba protagonismo, adoptando por mi parte un rol de “estudiante que quiere aprender”. Cuando alguno me preguntaba para qué quería saber sobre la construcción, les contestaba que estaba haciendo el trabajo de fin de carrera. Algunos me decían tener conocidos que también estaban haciendo este tipo de trabajos.

A las pocas semanas, ya podía moverme por la obra sin llamar la atención, sintiéndome “miembro asumido” por el grupo, lo que me permitía observar la “cotidianeidad de su comportamiento”. Algunas veces me invitaron a “tomar algo”, pero reiteradamente rechacé la invitación, diciéndoles que tenía algunas molestias en el estómago.

Las primeras semanas transcurrieron entre la presentación, el aprenderme sus nombres y el moverme con en el rapport y el rol, arriba mencionados. Al ser masculinos todos los 97 trabajadores de base, tenía al principio un leve temor de que se centraran sólo en mi condición femenina, pero fueron muy respetuosos conmigo. Algunos estaban casados, aunque la mayoría eran separados o solteros. Muchos vivían juntos en pisos alquilados, por lo que la camaradería en la vivienda quedaba reforzada en el trabajo.

Los dos primeros problemas de los que me hicieron partícipe, fueron: la baja cotización laboral, económica y social de los peones de la construcción y el hecho de que la construcción fuera un lugar a donde iban a parar (junto a la agricultura) los que no encontraban otro trabajo mejor.

A partir de ahí, se esmeraron en enseñarme “cómo” se trabajaba en la construcción, mostrándome las botas con puntas de acero, invitándome a llevar un casco en la obra, haciendo hincapié en el arnés y las redes de seguridad, los auriculares contra el ruido, los guantes, la mascarilla, etc.

De vez en cuando, aparecía el encargado urgiendo a llevar las botas (que se les hacían pesadas), el casco (que les daba calor), el arnés y las redes de seguridad, etc., increpándoles: “si os pasa algo, quien recibe las broncas y las multas de los inspectores soy yo”.

El trabajo era “alegrado” con la sintonía de emisoras tipo “Radio Taxi” (de canciones populares) y con los “piques” del fútbol los lunes, las historias (“echándose “faroles”) sobre ligues, etc.

La hora de la comida es la hora de “hablar”, aunque algunos comían rápido para “echarse una siesta”. Antes, iban a los bares a comer, ahora cada vez más, se traen “tupers” con comida hecha en casa. La bebida más popular es la cerveza, aunque algunos siguen tomando “carajillos”, “sol y sombra”, etc. El encargado les repite que con algunas cervezas o copas no se puede “pasear” por el andamio sin grave peligro.

En los momentos de discusión se escuchan palabras malsonantes y se critica el trabajo de los otros (“esa pared está tan torcida que si tiras un sombrero se queda colgado”, “yo soy paleta desde que me parió mi madre y tú no tienes nada que enseñarme”, y otras frases parecidas). Incluso, una vez me llegaron a decir cuando estaban discutiendo y pasaba por allí: “los estudiantes deberían trabajar en la construcción para saber lo que es la vida”.

En este clima de acceso al mundo de los trabajadores de la construcción en Barcon, comencé mi “observación participante”.

3.3.4. Observación participante.

Como muchos trabajadores no sabían al principio cuál era realmente el objetivo de mi trabajo, me hablaban de técnicas de la obra y de otras cosas similares, temas que no me interesaban demasiado para mi trabajo de investigación, pero que escuchaba atentamente.

Poco a poco fui introduciéndoles en el “tema de mi estudio”. Al principio les dije que quería estudiar los “problemas psicológicos de los trabajadores”, a lo que uno me respondió enseguida: “es muy fácil saberlo, nos pagan poco y nos machacan mucho”.

Pero, ya casi al final del primer trimestre de trabajo de campo fui comentándoles el tema del “estrés y la depresión” (lo del estrés lo planteé conjuntamente para no focalizar demasiado al principio el tema de la depresión). Me seguían respondiendo con explicaciones vagas sobre preocupaciones económicas, lejanía de la familia, cansancio, pocas horas de sueño, etc.

A mitad del segundo trimestre de observación participante se produjo un giro importante: los que más se acercaban a hablar conmigo eran personas que, a veces, se aislaban de los demás en los ratos de comida y descanso. Algunos me decían que les gustaría hablar “con la psicóloga” y hasta un trabajador me hizo la pregunta de si era muy caro un tratamiento.

Mi posición inicial no fue la de “aislarme” hablando sólo con los que “se acercaban”, sino que intentaba relacionarme con todos. No obstante, poco a poco, se iba reduciendo el círculo de los que, según mi observación, tenían frecuentes manifestaciones de tristeza y de estados depresivos.

Llegado a este punto, debía ya centrarme en el tema específico de la depresión, para lo cual necesitaba un “criterio clínico” definitorio de a quién debía considerarsele “depresivo”, por lo que tuve en cuenta dos aspectos de la definición clínica:

Para centrarme en los sujetos potenciales de sufrir depresión, tuve que asumir un criterio clínico definitorio, a sabiendas de que “la presentación del cuadro depresivo *completo*, capaz de abarcar el conjunto de la semiología, es un hecho raro en la clínica. Lo que abunda son los cuadros incompletos, con una sintomatología más o menos dispersa por las cuatro dimensiones o concentrada sólo en una de ellas. No existe ningún dato clínico absolutamente *constante* en el síndrome depresivo. Por otra parte, el cuadro depresivo constituido, que podemos llamar estado depresivo, se aglutina en torno al ‘hundimiento del potencial energético-vital’ (Störring)” (Alonso Fernández, 1988:33).

Otro dato clínico importante que tuve presente es que las manifestaciones psicopáticas han perdido actualmente el carácter extrovertido e histeroide de antaño y se han vuelto más larvadas, sobrias y discretas en sus manifestaciones sintomáticas. De la misma manera, hay que tener presente que el diagnóstico del síndrome depresivo se extiende principalmente a la consideración de la presencia de, humor “negro”, discomunicación, anergia y ritmopatía, y esto al menos, según la mayoría de expertos, “a lo largo de un mes”, criterio que asumo en el presente trabajo. No es que hiciera un control rígido en un mes concreto, sino que a cada sujeto presunto depresivo le hacía un seguimiento mínimo de cuatro semanas.

Estos dos aspectos significaban:

- Que no es habitual un cuadro depresivo completo (tetradimensional);
- Que lo más habitual son los cuadros incompletos, bien polarizados en uno de los aspectos del cuadro tetradimensional, o bien como una mezcla de los síntomas de dicho cuadro;
- Que era de una gran importancia la consideración de la etiopatología depresiva, ya que allanaba, no pocas veces, el sentido y orientación de los cuadros depresivos.

Por lo cual, podía considerar como depresivos a aquellos trabajadores que presentaran un cuadro central de “hundimiento vital” con una constelación de síntomas, más o menos completa (síndrome) de humor disfórico, anergia, discomunicación y ritmopatía, y unos perfiles, más o menos polarizados en la etiopatología situacional, neurótica o sintomática.

Con este posicionamiento de criterio diagnóstico, podía ya establecer el corte definitorio de quienes y quienes no podrían considerarse trabajadores depresivos.

El trabajo de campo sobre los trabajadores lo intensifiqué entre los meses de noviembre a marzo, fechas estacionales donde se da una mayor y más clara manifestación sintomática en los sujetos presuntamente depresivos.

Durante estos dos semestres de observación participante obtuve tres resultados importantes:

- El primer lugar, registré algunos relatos depresivos de tipo “estacional”, ya que estos meses resultan especialmente propicios para este tipo de narrativas;
- En segundo lugar, procuré, a la vez, recoger los relatos sintomáticos depresivos, de una manera abierta y flexible, codificándolos provisionalmente, según el modelo sintomático tetradimensional que he adoptado;
- En tercer lugar, llevé a cabo la “identificación de los trabajadores depresivos, de acuerdo con los criterios clínicos que acabo de exponer.

Los relatos que transcribo, tan sólo son una pequeña muestra representativa del abundante material recogido a lo largo de la observación participante, a veces muy reiterativo en su demostración sintomática.

a) Relatos “depresivos” de tipo estacional:

Estos relatos están tomados, como hemos dicho, principalmente entre los meses de noviembre a marzo, donde se da una temporalidad cíclica especialmente depresiva:

“En otoño caen las hojas de los árboles. Parece que todo se muere. Me acuerdo de mi madre muerta y lloro. Pero ella ya descansa y yo estoy sufriendo”.

“Me gusta que los días sean más cortos, no me gusta la luz del verano. Cuando llega octubre y noviembre me acuerdo de eso que se dice de los muertos, ‘descanse en paz’. No me desagrada pensar en esto, aunque luego pienso que tengo que trabajar para mis hijos”.

“Me gustaría llevarle flores a mi madre el día de los difuntos. Ella está ‘enterrada’ y yo ‘desterrado’ y ‘aterrado”

“Mi madre pone mucha ilusión en la ‘comida de Navidad’. Nos juntamos más de quince personas, entre hermanos y sus parejas, niños, etc. Ella se harta de trabajar desde algunos días antes, comprando cosas, arreglando la casa. Cuando llega el día de la comida parece que todos estamos felices, saludándonos y deseándonos felicidad. Mi madre, sin poder evitarlo, habla de los que faltan, de los que han muerto... y nos pone a todos tristes. Pero, lo peor viene cuando algunos ya han bebido un poco y hablan de política, de herencias, o quieren demostrar que son y tienen más que los otros. Entonces viene la discusión y hasta algún insulto que otro. Algunos, enfadados, se van y mi madre se pone a llorar. Acaba todo mal. ¡Tanta ilusión en la fiesta y el vino saca las ‘verdades’ que cada uno lleva dentro!. La felicidad es una mentira y el amor de la familia, una pura ilusión. La Navidad siempre me pone triste. El año que viene no iré a la comida, me encerraré en mi casa para no ver a nadie. Cuando mi madre muera se descubrirá que mi familia es una farsa”.

“Dicen que la primavera, la sangre altera. En diciembre y enero, comienzo a coger catarros, alergia en la nariz, me encuentro alterado... No se qué me pasa, pero estos meses me alteran y me deprimen. Cuando llega la primavera es como la mañana del año y no me gustan nada las mañanas”.

“Eso de que la primavera (como la adolescencia) es el tiempo del amor, es un puro cuento. Siempre pasan catástrofes y follones. Cuando llega la primavera, habría que irse a otro país”.

b) Comentario:

He escogido estas seis narrativas de entre las muchas que anoté, porque son una muestra importante de las manifestaciones depresivas en la “temporalidad estacional” a que hemos aludido.

En primer lugar, aunque muchos de los trabajadores vivan en la ciudad, tienen un pasado no muy lejano (abuelos, padres...) cercano a la cosmovisión rural, en la que se hacen especialmente presentes los ritmos estacionales (solsticios y equinoccios). Especialmente depresiógenas son las estaciones de otoño y primavera. El otoño, con su prolongación en el invierno, porque “duerme” la naturaleza y la hace estar “muerta” bajo las hojas caídas y la nieve; la primavera porque la naturaleza lucha por la vida que renace y esto (al igual

que las “mañanas”) hace sufrir al depresivo, ya que “no quiere vivir”.

Ir al trabajo cuando todavía no ha terminado de amanecer y marcharse a casa cuando anochece “prematuramente”, produce en los depresivos “estrechamiento vital”. El frío también ensombrece las ganas de vivir.

El tema de la fiesta de Navidad (para los inmigrantes ortodoxos, suele acontecer en la primera quincena de enero) es especialmente significativo. La Navidad, situada entre las estaciones depresiógenas de otoño y primavera, supone la llegada de los días más cortos y las noches más largas (solsticio de invierno). La Navidad es vista por muchos trabajadores como un recuerdo de la ilusión infantil del amor y la unidad familiar, simbolizados en la “comida (materna) de Navidad, lo cual contrasta con la cruda realidad “depresiva” que tiene la vida en adultos desarraigados, faltos de afecto y, en cierto modo, fracasados.

c) Relatos depresivos ordenados, de acuerdo con el modelo tetradimensional.

Aunque la observación participante es abierta y flexible, no obstante, el investigador recoge lo que cree más significativo, de acuerdo con su interpretación densa. A lo largo pues de la Observación Participante, por una parte he escuchado los relatos depresivos, pero por otra no podía menos de realizar una codificación provisional de acuerdo con el modelo tetradimensional, modelo que considero útil y eficaz para una posterior codificación final y su consiguiente categorización e interpretación.

Estos relatos corresponden, en su mayoría, a los siete trabajadores que presentaban cuadros depresivos bastante completos, aunque algunos relatos parciales y circunstanciales fueron detectados en una docena más de trabajadores.

Esta recogida de narrativas me permitió, pues además, identificar como depresivos a los siete trabajadores que presentaban cuadros depresivos más o menos completos, de acuerdo con el criterio clínico asumido sobre los cuales, realicé también en estos meses las entrevistas en profundidad, como veremos más adelante.

d) Ordenación de los relatos sobre alteración de ritmos circadianos:

La alteración de los ritmos circadianos (*circa diem*, a lo largo del día) se prolonga en alteraciones estacionales y en trastornos de la temporalidad. Ya hemos aludido a algunos trastornos estacionales detectados. Ahora, me referiré a los propiamente circadianos.

Cuando llegaba por la mañana, solía preguntar, de una manera general, y sobre todo a los trabajadores con síntomas depresivos: “¿Qué tal has descansado?”, “Te veo ojeras, ¿es que estuviste de fiesta?”, “¿Qué tal el fin de semana?”, y otras preguntas parecidas, recabando amistosamente sus reacciones.

Obtenía todo tipo de respuestas, sobre todo, las referentes al fin de semana (diversión, aburrimiento, descanso, etc.). Pero, me llamaron especialmente la atención las respuestas de algunos trabajadores, que ya tenía focalizados como potencialmente depresivos:

"Me acuesto muy tarde, a veces me duermo en el sofá con la tele puesta. Me suelo despertar hacia las tres o las cuatro y me voy a la cama, pero ya no puedo dormir. Me levanto cansado".

"No me apetece ir a la cama, si estoy en el sofá y con la tele puesta, es como si estoy con gente. Le daría la vuelta al día, dormiría de día y haría mis cosas de noche".

"Por la mañana, me cuesta mucho levantarme y vestirme. A veces, me pongo siempre los mismos pantalones y jersey, porque me cuesta decidirme qué me pongo. Los fines de semana me levanto al medio día, aunque estoy despierto desde las seis o las siete. Me quedo como muerto en la cama, con lágrimas en los ojos y con las persianas bajadas".

"Odio la mañana, odio la luz, odio la vida. Por la tarde estoy un poco mejor".

"A veces, el encargado me dice que no rindo por las mañanas. Es que no puedo ni concentrarme".

Estos y otros muchos relatos recogidos delataban la presencia de rotura de ritmos circadianos, de noches con sueño quebrado y mañanas difíciles de soportar.

Al escuchar estos relatos, me percaté de que algunos trabajadores venían cansados al no poder realizar un sueño “reparador”. La “depresión” les

producía un sueño escaso y fragmentado que no les permitía relajarse.

Observé que estos trabajadores rendían poco por las mañanas y que caminaban con un andar cansino, que no se concentraban en el trabajo y que su “enlentecimiento” y falta de concentración les procuraban reproches por su escaso rendimiento y que podían crear riesgos laborales, sobre todo en el uso y transporte de materiales con máquinas.

El tema del escaso rendimiento por las mañanas era evidente que no se debía por haber “trasnochado” por fiesta o diversión. Estos trabajadores pasaban de fiesta y de conectarse con gente. Su problema era la dificultad de “encarar” la mañana, la luz, la creatividad, la vida. En la depresión, decíamos al principio, “se sufre por vivir”.

e) Ordenación de los relatos sobre anergia depresiva:

Muy vinculados a los relatos sobre rotura de ritmos circadianos, encontré en los trabajadores depresivos, los estados generalizados anergia corporal y psíquica.

En los trabajadores “manuales”, a veces, es más detectable el “enlentecimiento motor” (apatía, cansancio, pesadez, bajo rendimiento, etc.), mientras que, supuestamente, en los trabajadores “mentales” prevalecería el “enlentecimiento cognitivo” (pérdida de memoria, de atención, de concentración, etc.). Sin embargo, en la anergia depresiva de estos trabajadores, pude comprobar que se daban a la vez ambos aspectos:

"Me siento vacío, no tengo vida dentro".

"Parece como si la fuente de mi energía interior se hubiera secado, no me salen fuerzas de dentro, estoy apático y cansado".

"Cuando trabajo, me canso mucho, aunque haga poca cosa. Hasta la digestión parece que me cuesta hacerla demasiado tiempo"

"En la empresa me dicen que parece que arrastro los pies y que rindo poco en el trabajo. Me cuesta el doble de tiempo que a mis compañeros hacer un tabique o cualquier otra cosa".

"Siento el cuerpo pesado, a veces no tengo ganas de comer y mucho menos de sexo".

"Tengo sequedad en la boca, por eso bebo tanta agua durante el día. También siento que mi cabeza da vueltas. Por nada, me pongo a lloriquear".

"Ya no me acuerdo de las fechas de cumpleaños de la familia, pero a veces, tampoco me acuerdo de lo que me ha dicho por la mañana el encargado".

"He perdido mucha memoria, me da miedo tener Alzheimer"

"Mi jefe me echa broncas porque me olvido de cosas importantes que me ha mandado. Me da bronca cada vez que me las recuerda".

"No consigo concentrarme cien por cien en mi trabajo, a veces tengo descuidos que me pueden costar lesiones con las máquinas".

"Me cuesta pensar y me da miedo pensar porque le doy vueltas a las mismas cosas".

"Me esfuerzo para entender los chistes y cuando los entiendo, casi nunca me hacen gracia".

"Cuando voy de compras, a veces me vengo casi sin nada, porque no consigo decidirme a comprar algo concreto".

"Los telediarios están llenos de desgracias. El mundo está fatal. Ya sólo me interesa el fútbol".

"No rindo, estoy para jubilarme aunque sea joven".

"Tengo mucha pereza a salir de casa, pero también a hacer las cosas de la casa. Si no fuera por los compañeros, ni lavaría la ropa, ni haría la comida, ni nada".

"El mundo se me estrecha como un túnel y me oprime".

"Siento a veces, que estoy como en un pozo y que veo la vida como ese poco de luz que me entre por la boca del pozo".

Como puede observarse, esta anergia depresiva tiene dos formas de manifestarse: por una parte, estos trabajadores "depresivos" presentan un "enlentecimiento físico" (fatiga, movimientos lentos, descoordinación motriz, etc.); y por otra parte, es patente el "enlentecimiento mental y emocional" (pasotismo, aburrimiento, apatía, desinterés por lo exterior, pero también "estrechamiento mental", falta de memoria, dificultad en concentrarse, disminución de la capacidad de atención, etc.).

f) Ordenación de los relatos sobre "discomunicación" depresiva:

En mis observaciones, percibí una estrecha relación entre el "enlentecimiento mental" y la "discomunicación" que manifiestan los depresivos. Por cuantificar un poco, diría que sólo parece que emiten un tercio de su "información" y se abren a otro tercio de la información que les intentan transmitir. El tema de la comunicación en los trabajadores depresivos de Barcon, se manifestaba con una especial gravedad:

"Me gusta comer solo en la obra, a la hora de comer. No puedo soportar las conversaciones y risas tontas de mis compañeros. No tengo ganas de hablar y tampoco, de que hablen conmigo".

"Sí, ya no me afeito cada día y me ducho una o dos veces a la semana. Es igual, a veces debo hacer mal olor".

"Siempre voy vestido de la misma manera, así no tengo que pensar".

"Me molesta que digan que hago mala cara. Dicen que pongo cara de vinagre ...".

"Me he acostumbrado a caminar mirando al suelo, así no tengo que aguantar ni sonrisas, ni saludos".

"Tengo un amigo muy "tocón", siempre me está dándome palmaditas de ánimo. Le he dicho muy seriamente que no soporto que nadie me toque".

"El otro día, mis compañeros me dijeron que una chica "me tiró los tejos". La verdad es que no me enteré, ni me importa. No entiendo a las mujeres".

"Antes, escribía cartas a mi familia, ahora me cuesta hasta hablar por teléfono".

El déficit de comunicación no sólo es verbal (hablar con los demás), sino también "corporal" (vestimenta, lavarse, gestos, proxemia, kinesia, protesia). El trabajador depresivo se aísla del mundo que le rodea, no se introduce en la dinámica del trabajo.

g) Ordenación de los relatos sobre “humor depresivo”:

Al analizar el “humor depresivo” de algunos de los trabajadores, comprobé en ellos un estado de desesperanza destructiva, un deseo de huir del lugar o de la vida (suicidio). Sufren como un “estrechamiento vital” y ven la muerte como solución final. Es a causa de este “coqueteo con la muerte” lo hace que pueda definirse la depresión como “una vivencia existencial de la muerte”.

Estos relatos, entresacados de otros muchos y sobre todo, expresados con el fatalismo de quien lucha contra la vida han dado lugar a las definiciones de la depresión como “humor negro”, “melan-colía” y “atra bilis” (bilis negra, en gr. y en lat.), tal como lo expresan:

"Un día leí en un periódico que un hombre dijo que iba a comprar tabaco y no volvió a casa. Años más tarde, la policía lo localizó en Argentina, donde había rehecho su vida. A veces pienso que sería una forma de ser yo de nuevo y darme la oportunidad de una nueva vida".

"Pensé una vez que si me tomaba un frasco de somníferos me moriría durmiendo y no sufriría. Tirarme desde una ventana y quedar aplastado como un huevo frito me da mucho miedo, porque podría quedar destrozado y no morirme".

"Creo que soy gafe y que todo lo que hago en la vida me sale mal. Mejor hubiera sido no haber nacido".

"No quiero tener hijos porque 'echarlos a esta vida", que es un asco, sería hacerles una 'p...".

"Los que viven en la calle con cartoneros, por lo menos pasan de todo y nadie les exige nada".

Este “humor negro y ácido” que caracteriza al depresivo le hace manifestarse como destructivo hacia sí mismo y hacia los demás. Para el depresivo, la muerte es más “placentera” que la vida, porque aporta una “salida”, una “solución” al sufrimiento vital.

En los depresivos siempre aparecen momentos de intenso “humor negro” (en algunos humoristas depresivos es sintomático que siempre tratan el tema de la muerte en sus trabajos), de ironía hacia la vida, de incredulidad en la felicidad, de “estafa vital”.

h) Ordenación sobre las “depressiones por pérdidas”

Aunque esta temática es etiopatológica y no incluíble en el modelo tetradimensional, sin embargo, la refiero aquí, por la importante producción de relatos depresivos que ha aportado.

Un dato importante ante la “pérdida” es que, a pesar de que de los siete trabajadores identificados como depresivos, seis son inmigrantes, sin embargo todos tienen una misma “civilización” cristiana (valores de respuesta) ya que entre ellos no hay islámicos, ni de otros credos. Por lo tanto, no se trata de una “pérdida cultural” en profundidad, sino más bien de una “pérdida afectiva”, de una “pérdida por desarraigo” y una ansiedad ante el futuro.

Algunos relatos escogidos son significativos a este respecto:

"Por la noche lloro al acordarme de la casa de mis padres en el pueblo, donde vivía con mi mujer y mis hijos. No se si ha valido la pena tanto sufrimiento por ganar unos euros"

"Estoy viviendo en un piso compartido para ganar dinero y sacar mi familia adelante. Pero no veo a mis hijos crecer y que cuando vuelva les parezca un extraño. Sólo faltaría que algún día mi mujer se vaya con otro y se lleve a mis hijos".

"Tenía ganas de recibir cariño de una mujer y me fui con una prostituta. La tristeza y la culpabilidad me impidieron hacer el sexo. Salí de allí triste y sin un dinero que debiera haber enviado a mis hijos".

"Hablo con mi mujer por teléfono y no para de hablarme entristecida, de cómo se comportan nuestros hijos, del rendimiento escolar, de que está muy sola, de que no me vaya con otra mujer. Cuando cuelgo el teléfono me siento triste y hasta culpable, pues apenas me dice algo que me alegre y es como si me echara las culpas de todo lo que le pasa".

"Me acuerdo mucho de mi tierra, de las fiestas, de las comidas. Aquí, a pesar de mis estudios soy un mero trabajador que gana poco dinero".

"En el fondo, nosotros los inmigrantes somos unos extraños que hemos venido a hacer los trabajos que nadie quiere hacer. Yo creo que pronto, cuando ya no nos necesiten, nos darán una patada y nos echarán fuera".

"Cuando he vuelto algunas semanas de vacaciones a mi país, tengo la impresión de que soy diferente. Por una parte, los que quedaron allí creen que hemos ganado mucho dinero (de lo contrario nos tratarían como "fracasados"); pero yo pienso que nuestra mentalidad ha cambiado, que ya no somos del todo, ni de aquí, ni de allí. Hasta mi mujer me ve diferente".

"Hay otros días en que pienso hacer algún dinero y traer a toda mi familia aquí, pero creo que les costaría mucho adaptarse, además de lo que cuesta aquí todo, sobre todo la vivienda. Entonces, pienso que lo mejor es ahorrar dinero y comprarme allí una casita y ser feliz con mi familia".

"He ido a la iglesia ortodoxa, pero tampoco me he encontrado cómodo, pues el cura es ruso (hay desencuentros entre la Iglesia Ortodoxa rusa y otras iglesias ortodoxas por el pasado político respecto a georgianos, rumanos, armenios, etc.). No he encontrado, pues, comprensión y ayudas en la iglesia, como sucedía en mi país".

"Muchas veces quedo triste cuando me comunican que algunas personas parientes o conocidas han fallecido en mi ausencia y no me he podido despedir de ellas".

"Estoy descontento con este trabajo de la construcción, pero tengo miedo a que me despidan. Sin el dinero de mi salario no puedo pensar en resolver los muchos problemas que tengo (pagar préstamos, ayudar a mi familia, que no les falte lo necesario a mis hijos, etc.)."

"Volver a mi país para ganar una miseria de dinero y seguir toda la vida "sobreviviendo" económicamente, comienza a no ilusionarme. Ya no se de donde soy. Aquí se vive mejor, pero no te "regalan nada", hay que rendir como un esclavo".

"Me gustaría el dinero ahorrado, si fuera necesario, para ir a ver a mi madre antes de que muera. A su entierro no faltaría por nada del mundo. Si quedara enterrada allí, sería el recuerdo más grande de mi patria".

"Cuando muera mi madre, gran parte de mi vida se acabará de derrumbar. No se si tendré fuerzas para sobrevivirle".

"Estoy pensando en que talvez sea más importante mirar al futuro que al pasado. Mi pasado (mi país no despega, mis padres se moriron) no tiene futuro. El futuro de mis hijos está aquí. Resistiré y me sacrificaré para que estudien y tenga una vida mejor. Este es un tema, el de volver o quedarme, que no para de darme vueltas en la cabeza".

"Ya tengo amigos aquí y mis hijos han hecho amigos en la escuela. Cuando saiga de la construcción tendré una mejor vida. Pero mi madre está enterrada allí... No todo es el dinero".

La referencia a las "pérdidas", sobre todo afectivas, ha sido un tema vehicular de hablar de su depresión, para algunos trabajadores, por lo que reproducimos estos relatos como "sintomáticos".

3.3.5. Las entrevistas en profundidad

La entrevista es una conversación en profundidad con alguien que quiere y puede informar. Básicamente, la entrevista se efectúa a los informantes, cuya información supone un complemento o una hermenéutica de lo observado en la observación participante.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas ya a los siete trabajadores en los cuales percibí clara sintomatología depresiva de acuerdo con el criterio clínico adoptado. Las entrevistas fueron realizadas en el ámbito del trabajo, no de una vez, sino espaciadas en los tiempos disponibles. Todos los siete trabajadores se mostraron receptivos. Muchas veces reiteraron temas que ya habíamos analizado a través de la observación participante.

Algunos de los entrevistados acabaron haciendo un resumen de sus propias vidas. Aquí relataremos sucintamente los puntos más importantes de estas entrevistas en profundidad realizadas a los siete trabajadores en los que hemos observado clara sintomatología depresiva.

Lo *primero* que define a las entrevistas en profundidad es su carácter de encuentro (en los ámbitos del trabajo). El encuentro ordinario llevará a un reencuentro extenso e intenso, focalizado en el problema. La *segunda* característica de la entrevista en profundidad es su carácter interactivo. La interacción, no obstante, mantiene los dos roles explícitos (el uno pregunta y el otro contesta). En *tercer lugar*, las variedades de la entrevistas van, desde la conversación informal hasta la basada en un “guión implícito de entrevista” que construí aplicado de una manera flexible, que consta de los siguientes apartados:

- a) Encuadre biográfico;
- b) Contraste entre temporalidad, pasado, presente y futuro, tal como es percibido por el entrevistado (reflexión sobre su biografía);
- c) Sintomatología depresiva (implícitamente nos guiábamos por el modelo tetradimensional);
- d) Evaluación de la interacción en la entrevista.

a) *Encuadre o “ficha biográfica”*

El encuadre biográfico constituye una “ficha” de datos sobre su vida, qué han surgido a lo largo de las entrevistas y que nos permiten enmarcar significativamente los demás aportes de la entrevista.

Hemos concretizado estos datos biográficos para que nos sirvan de “identificación biográfica” del sujeto entrevistado.

b) *Reflexiones sobre su propia biografía o “temporalidad”*

Hemos preguntado a los siete trabajadores presuntamente depresivos sobre:

- Pasado:* { - Los recuerdos de su niñez;
 - La convivencia con sus padres (en especial con la madre) y hermanos;
 - Matrimonio e hijos;
- Presente:* - Ámbito laboral, afectivo, estado de ánimo;
- Futuro:* - Qué perspectivas tiene de futuro.

c) *Sintomatología depresiva o “Tetradimensionalidad” de la sintomatología depresiva:*

- { - Ritmopatía;
- Humor depresivo;
- Enlentecimiento;
- Comunicación (encargado, compañeros, etc.);
- Presunciones básicas (política, religión, etc.);
- Suicidio.

d) *Evaluación de la entrevista*

¿Cómo valora la interacción de la entrevista, al preguntar sobre temas tan vitales?

Los textos que presentamos a continuación constituyen, en primer lugar, un resumen biográfico, seguido de *una selección significativa de lo narrado más extensamente*. Las frases más significativas han sido transcritas literalmente, para conservar su valor emocional y semántico. Estas frases escogidas, entre un amplio material recogido, no pocas veces reiterativo, son de por sí altamente significativas y presentan toda la carga que hace posible la interacción densa.

Sujeto 1

a) Ficha biográfica

Perfil sujeto 1	<p>Tiene 21 años, está casado, es extranjero, estudiante y trabaja ejerciendo la función de peón.</p> <p>Revela que de niño y adolescente se llevaba muy bien con sus padres. De la madre nos revela que murió antes de que él cumpliera los 15 años y que justo en seguida también perdió su abuela. Fue criado por su padre, que en la época de la antigua URSS ejercía en su país la profesión de economista. Hoy su padre está en el paro y tiene pequeños trabajos para sobrevivir y ayudar a sus dos hermanos. Relata que desea traer su padre y sus hermanos a España, cuando mejoren las cosas. Sobre sus hermanos, comenta que eran tres, pero que el más grande sufrió un accidente en los últimos seis meses, lo que acabó con su vida. Relata todo esto con los ojos llenos de lágrimas contenidas, en una mirada muy triste. Le cuesta respirar.</p> <p>Dice que su vida siempre ha sido muy difícil. Ha llegado a España para intentar una nueva vida. En su país trabajaba como ayudante administrativo en un pequeño despacho. El sueldo no permitía que la familia pudiera vivir dignamente. Comparte piso con otros compañeros de trabajo.</p> <p>Comenta que a su mujer no le ha parecido bien que él viniera solo a intentar la vida en España y que la dejase con sus hijos. El intentó convencerla y enseñarle que era una buena opción para todos, pero ella todavía no está convencida y por esto todavía se pelean continuamente cuando contactan por teléfono. Cree que su vida continúa siendo muy dura, al final necesita trabajar mucho por su supervivencia y la de los suyos.</p> <p>Después que ha pasado tantas cosas en su vida ya no ve alegría en la vida. Siéntese constantemente cansado como si su cuerpo pesase muchísimo para trabajar. En este momento y principalmente después que llegó a España está más vulnerable y sensible que cuando vivía en su país. Tiene miedo y no sabe definir bien esta sensación. Tiene ganas de hablar con su mujer, ya que cada vez que se hablan por teléfono siempre acaban peleándose. Su vida pasa, pero no sabe bien dónde va a llegar.</p> <p>Su aspecto físico es bastante descuidado y él confiesa que hace mucho que no tiene ganas de arreglarse. Para él, el peor momento del día es por la mañana. Siente como si una ansiedad que se concentra prácticamente en su estómago. Confiesa que cuando se siente así, la única alternativa que encuentra para relajarse y conseguir trabajar es fumando un porro (hachís), que justifica diciendo que su día tarda mucho en pasar. Revela que ha perdido mucho peso, principalmente con el trabajo duro de la obra, pero que las comidas de aquí saben raro, no tienen sabor y que no tiene mucho apetito.</p>
-----------------	---

b) Temporalidad

- “¿Como recuerdas tu niñez y tu adolescencia?”

“Pues pienso que no tuve una niñez feliz y que la adolescencia vino marcada por la muerte de mi madre”.

- “¿Que importancia tuvo tu madre en tu vida?”

“Con su pérdida el mundo se me vino abajo. Nadie a podido llenar su vacío. Era todavía un niño. También perdí a mi abuela. Desde entonces, soy un huérfano afectivo. También perdí a mi hermano mayor.

- “¿Quién te apoya hoy?”

“Mi padre y mis hermanos siempre están conmigo y me comprenden. Mi mujer me quiere, pero no me entiende. He tenido ganas de separarme de ella, pero mis hijos han sido siempre una poderosa razón para mantener el matrimonio. Hay veces que mi mujer me da pena pues está sola y me necesita. Pero, yo también la necesito y sus continuos reproches me deprimen”.

- “¿Cómo ves el futuro de tu vida?”

“ Mi padre está en el paro yo en este trabajo... Dejé mis estudios para casarme y trabajar, pero ni el matrimonio me ha dado alegría, ni el trabajo me ha dado suficiente dinero. Ahora he vuelto a estudiar, pero veo el futuro como un muro que no me deja pasar. Creía que España era un lugar de futuro y aquí también hay muchos problemas. En toda Europa hay muchos problemas, sobre todo para los inmigrantes”.

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- “¿Duermes y descansas bien?”

“Duermo pocas horas porque por la noche tengo que hacer mis tareas (lavar ropa, cocinar, llamar por teléfono, etc.). Pero, lo peor de todo es que duermo con

el sueño quebrado y cuando me levanto tengo la sensación de no haber descansado. Voy al trabajo por necesidad y durante la mañana no estoy muy activo”.

- “Te veo un poco despreocupado con tu vestir y tu aspecto personal...”

“Me cuesta mucho levantarme, no sé qué ponerme por la mañana para vestir. A veces me lavo y a veces no; me afeito sólo los fines de semana. En realidad no tengo ganas de arreglarme para nadie, ni para mi mismo. Por la tarde tengo mucha ansiedad, sobre todo cuando voy llamar por teléfono a mi mujer, entonces me duele la boca del estómago, porque siempre se queja y hasta me echa bronca. Solo consigo relajarme fumándome un porro”.

- “Me imagino que te resulta difícil la soledad...”

“Cuando estoy solo, sobre todo en la cama, lloro mucho. Me veo sin futuro. No me puedo concentrar en nada.

- “¿Cómo es tu trabajo en la obra?”

“A pesar de mis estudios, sólo me consideran un peón, sin muchas posibilidades de mejorar, ni el sueldo, ni la calidad de trabajo. Casi siempre estoy cansado, muy cansado, como arrastrando los pies”.

- “¿Cómo son tus relaciones con el encargado?”

“Me dice que soy fuerte y tengo que rendir más, pero que a veces no me concentro en el trabajo y me olvido de lo que me ha mandado por la mañana”.

- “¿Cómo te llevas con los compañeros?”

“En general son buena gente y se portan bien conmigo, pero me gusta estar solo y me molestan bastante sus risotadas y bromas. No tengo humor y muchos veces no les aguanto”.

- “¿Que piensas de los que gobiernan en tu país, porque parece que les echas la culpa de que hayas tenido que emigrar?”

“Los políticos son todos unos ladrones y no hacen nada por los trabajadores. Amo a mi país, pero al país de la gente, no al país de los políticos. Al final, será del país que me deje vivir”.

- “Te ayudan tus creencias cuando estás triste?”

“Creo en Dios, pero algunas veces me siento muy dejado de su mano, como si no se acordara de mi. Los curas me ayudan”. (Es ortodoxo)

- “¿Que piensas del suicidio?”

“He pensado que sería la forma de acabar todo de una vez, pero luego pienso en mis hijos y en mi familia. ¡Nunca me suicidaré! Además es un gran pecado, jamás sería perdonado! Mi madre me lo reprocharía”

d) Evaluación de la entrevista

- “¿Qué has sentido en esta entrevista?”

“Te he sentido como una amiga que me comprende, pero me has hecho sufrir destapándome todas las heridas que llevo en mi alma. Por los menos, no me has machacado con reproches como hace mi mujer”.

Sujeto 2

a) Ficha biográfica

Perfil sujeto 2	<p>Tiene 43 años, está casado, tiene 4 hijos, es español, operario y trabaja ejerciendo la función de oficial de 1º.</p> <p>Desde pequeño, siempre si llevó muy bien con todos sus familiares. Ha perdido a la madre y un grande amigo cuando jovencito. En los últimos tiempos pasó por dificultades financieras ya que su mujer estaba sin trabajo por una enfermedad y él tampoco conseguía encontrar nada. En este periodo llevaron un tiempo separados por las peleas y discusiones continuas por dinero. El fue a vivir un tiempo con unos amigos.</p> <p>En esta misma época de la separación, dos de sus hijos intervinieron y él también cortó la relación con los dos. La relación se desgastó mucho y aún hoy no habla bien con los dos. Ha vuelto a trabajar y también a vivir junto con la mujer, pero todavía se pelean y hay muchas discusiones por cualquier tontería.</p> <p>Antes, en otra empresa, trabajaba como encargado de grupo y ganaba mucho más, pero cuando llegó a esta empresa no había plazas para esta ocupación, entonces se puso a trabajar como oficial. No está satisfecho, pero acepta las actuales condiciones de vida. Enfatiza que tiene 4 hijos para terminar de criar. Empezó a trabajar con 21 años y siempre ha estado en constructoras. No conoce otro tipo de trabajo.</p> <p>Lleva ya muchos años de trabajo excesivo y continuado y siempre surgen en su cabeza pensamientos como si de verdad vale a pena vivir. Se queja de una sensación constante de agotamiento mental y que muchas veces, aparte de este cansancio, tiene que continuar haciendo pequeños trabajos de fin de semana para vivir.</p> <p>Relata que en su casa no tiene ganas de arreglar nada de lo que se estropea. La mujer y los hijos se enfadan con él por esta postura apática. Sólo tiene un hermano, pero vive en Andalucía y casi no se hablan.</p> <p>Su padre es vigilante. Rehízo su vida después de la muerte de su mujer y también vive fuera, en Zaragoza, por lo tanto casi no tiene contacto con él. Ni se acuerda si tiene su número de teléfono.</p> <p>En este trabajo, en general, se lleva bien con todos sus compañeros, pero últimamente se enfada por cosas que antes dejaba pasar. Comenta que por las noches no duerme bien y que a veces, por más que esté cansado, necesita tomar algo de bebida alcohólica para relajarse y conseguir dormir. Muchas de las peleas con la mujer, confiesa él, tienen el origen en la bebida. Ha dejado de fumar unos cuantos años, pero ahora ha vuelto por los nervios</p>
-----------------	--

b) Temporalidad

- “¿Cómo recuerdas de tu niñez y tu adolescencia?”

“Mi madre murió y yo era casi un niño. Yo creo que entonces se me cayó todo el suelo (llanto). Mi madre me quería de verdad. La echo a faltar mucho”.

- “¿Y con tu padre?”

“Como en los estudios básicos no era buen estudiante, mi padre me dijo que no quería vagos en casa. Como tampoco tenía un oficio aprendido, me dijeron que lo mejor era que fuese a la construcción, donde pagaban bien como encofrador y no pedían experiencia. Mi juventud fue trabajar en la construcción, ganar dinero y pasármelo bien.

Al principio me gustaba ganar dinero en la construcción porque era joven y no tenía responsabilidades. Ahora me da un poco de vergüenza decir que estoy en la construcción, trabajo del que la gente piensa que es cosa de inmigrantes”.

Cuando me da bronca el encargado me acuerdo de mi padre. A él solo le interesa que me espabile y me gane la vida. Mi padre ha sido recto, pero poco cariñoso. Aún así, le agradezco que me haya hecho un hombre”.

- “¿Como ves el futuro de tu vida?”

“La construcción es muy dura y cualquier día, esto de construir tantos pisos va a petar. En este trabajo cuando cumples 50 años ya no vales nada. Espero para entonces sacar adelante mi familia. Ese es mi proyecto, pero a veces, lo veo todo muy negro”.

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- “¿Duermes y descansas bien?”

“Cuando llego a casa cansado mis cuatro hijos y mi mujer me llenan la cabeza con sus problemas. A veces me pongo a ver el fútbol en la TV y paso de todos. Yo creo que con ganar el dinero con el que come y viste mi familia, ya hago

bastante. Mi mujer dice que siempre estoy cansado y que no me gusta salir. Si sales, gastas dinero y además estoy cansado”

- “¿Cómo es tu trabajo en la obra?”

“Ya llevo mucho tiempo en la construcción. Soy oficial de 1ª, pero estoy estancado. He pensado ponerme por mi cuenta, pero esto lleva una inversión y un dinero que no tengo. Por otra parte, si vas de autónomo, unos días puede que cobres mucho y otros nada. Me gustaría cambiar de trabajo, pero a mis años es muy difícil”.

- “¿Cómo son tus relaciones con el encargado y compañeros?”

“Con los compañeros me llevo bien. Algunos de ellos tienen estudios superiores y saben más que yo, pero yo soy el oficial y de la construcción sé más que ellos. De vez en cuando se los tengo que recordar.

Un día me compré una camisa moderna de color rosa y algunos compañeros me dijeron se era maricón y incluso uno me dijo ‘cómprate un bolso ya’. Aquel día hubiera podido matar a alguno.

El encargado quiere, a veces, echarme toda la responsabilidad y que las cosas estén todas a punto, pero él gana el doble que yo y él es el que tiene que gobernar a la gente.

Cuando me pega broncas le digo que cuando gane lo que él gana podré tener las mismas responsabilidades que él.

Un día que estaba enfadado me dijo que me iba a echar. A veces pienso que sería la manera de dejar este trabajo duro”.

- “Te veo quejarte, a veces, de que la culpa de cómo están las cosas, la tienen los que gobiernan...”

“Los políticos y los jefes de sindicatos viven como millonarios y roban todo lo que pueden. Sólo se preocupan de los trabajadores el día de las elecciones, prometiendo cosas que nunca cumplen. Cuando oigo hablar en la tele un político, cambio de canal”.

- “Veo que te apoyas, a veces, en la religión...”

“Yo creo en algo superior, pero no voy a la misa. A mi mujer le gusta bautizar y hacer la primera comunión a los hijos. En casa, mi mujer ha puesto un cuadro con la virgen de su pueblo y no me molesta. Está bien creer en algo. Mi madre era muy religiosa y me dijo que siempre rezara a la Virgen por las noches y en la hora de la muerte. Mi madre me ha influido mucho en esto y ella seguro que está en el cielo”.

- “¿Qué piensas del suicidio?”

“Cuando estoy encofrando en lo alto de la obra, a veces pienso en lo fácil que sería lanzarme al vacío y acabar con todo. Este trabajo no te da futuro y la sociedad te desprecia si estás en la construcción.

La primera novia que tuve me dejó cuando le dije que había dejado los estudios y me ponía a trabajar en la construcción. Ahora pienso en mis hijos y a veces pienso que no me tiro de lo alto de la obra o no me pego una castaña con la moto porque me acuerdo de ellos”.

- “¿Estás a veces triste?”

“Por la mañana me cuesta mucho levantarme y trato de animarme bebiendo varias cervezas y algún carajillo. Me dice el encargado que un día me voy a caer del andamio y que él va a cargar con la culpa ante los jefes. Pero, la verdad es que bebo para salir del pozo en el que estoy metido.

Tengo 43 años y parece que mi vida ya no tiene proyecto, es como si estuviera mentalmente jubilado.

Creo que mi mujer me quiere a su manera y también que se queja porque no es feliz. Tal vez estamos juntos por los hijos.

Hay una cosa que me da mucha vergüenza y es que cuando a veces estoy solo, lloro mucho. No quiero que mis hijos me vean así”.

d) *Evaluación de la entrevista*

- “¿Qué te ha parecido la entrevista?”

“Un día mis amigos al verme tan hundido me dijeron que fuera a un psicólogo e yo les contesté que no estaba loco.

Ahora que te he visto tan amable, como psicóloga, me ha gustado decirte algunas cosas de mi vida que no comento con nadie, y si tienes un poco de tiempo, te explicaré otras que me rondan por la cabeza.

Cuando voy a casa estoy bien, pero sólo descanso un poco cuando van todos a la cama. El mejor rato de sueño es el par de horas que me quedo en el sofá durmiendo. Luego en la cama me despierto muchas veces. Me pondría un programa de fútbol de estos en la radio, pero mi mujer se despertaría. Así que no paro de pensar. En el fondo he fracasado y ya no se si quiero a mi familia, ni a mi mismo.

Como muchas veces no me puedo concentrar en el trabajo, un día me caeré y me mataré y todo habrá acabado. Me imagino la comedia del día del entierro y me gustaría en este momento levantarme de la caja y decirles a los que están allí lloriqueando ‘sois unos hipócritas’ porque a la media hora mis amigos estarán tomando unas cervezas y mi mujer tirando mi ropa al contenedor. ¡Qué asco de vida! Al menos, he podido contar esto a alguien y ese alguien eres tu”.

Sujeto 3*a) Ficha biográfica*

Perfil sujeto 3	<p>Tiene 28 años, está casado, 4 hijos, es extranjero, estudiante y trabaja ejerciendo la función de oficial de 3°.</p> <p>Confiesa que cuando era adolescente no se llevaba muy bien con los padres, más específicamente con el padre. El principal tema de conflicto entre los dos es porque a él siempre le ha gustado fumar, actitud reprochada por el padre. Su padre era un camionero muy trabajador, que cuando estaba en casa quería enterarse de todo y controlar el comportamiento de sus hermanos, de la madre y de él. Por este motivo se enfadaba mucho y montaba peleas.</p> <p>La pérdida significativa que recuerda cuando joven es de un vecino muy amigo suyo. “Me ha dolido un montón”, relata él. Hace 5 años ha perdido un hermano de una enfermedad que los médicos no han podido explicar. Murió justo cuando dormía. En el momento que me cuenta lo de su hermano, no consigue contener un breve llanto.</p> <p>Desde que llegó a España ha cambiado mucho de empresa y de trabajo, pero confiesa que aprendió mucho de los oficios de la construcción. En su país estudiaba la carrera de ingeniero. Ha conseguido traer a su mujer y sus dos hijos. Él vino primero y luego los ha traído a todos. En el piso vive la pareja con los hijos, más algunos familiares cercanos. La justificación es que necesitan de muchos en el piso para disminuir los gastos con el alquiler y ahorrar dinero. Su mujer todavía tiene la ilusión de regresar y su vida es trabajar para poder comprar un piso allí y regresar con todos. Ella tiene mucho carácter y por esta característica siempre y continuamente se pelean. Pero él piensa quedarse más tiempo por aquí, de lo que intenta convencerla.</p> <p>Su padre ha pasado por una enfermedad muy grave del corazón el año pasado y le pidió que volviera. Ahora mismo no puede cumplir la promesa porque espera conseguir más dinero para pagar las deudas que dejó allí, así como espera ahorrar un poco más de dinero. Su padre por esta actitud quedó ofendido y han vuelto a pelearse. Comenta que el padre tomaba antidepresivos y en muchos de los viajes que hacía, mezclaba la medicación con otras drogas.</p> <p>Relata que trabaja mucho y que incluso casi todos los fines de semana sale a hacer “chapuzas” como electricista. Relata que busca alegría en su vida, en su matrimonio, en sus dos hijos, pero no la encuentra. Comenta que una vez ha pensado en suicidarse, pero no lo hizo por la religión.</p> <p>Tiene la sensación de estar solo y esta sensación le abate y le deja todavía más cansado. Cree que a cualquier momento le puede pasar algo. No tiene ganas de salir, tampoco de arreglarse. Le da igual lo que se ponga. “¿Para que?” Se auto pregunta él.</p> <p>Confiesa que en los últimos tiempos su memoria es muy débil, casi no consigue acordarse de las cosas importantes que tiene para resolver durante el día y que en los últimos tiempos tampoco tiene apetito como antes y que</p>
-----------------	---

	también le cuesta mucho dormir con todas las preocupaciones dando vueltas por su cabeza. Continúa fumando mucho y no tiene planes de dejar el tabaco.
--	---

b) Temporalidad

- “En tu vida has tenido muchas pérdidas: la de tus amigos, la de tu hermano y ahora la enfermedad de tu padre. ¿Que piensas de la muerte?”

Cuando murió mi hermano en la cama sin despertarse, lloré mucho y pensé que me gustaría morir así. Ahora cuando mi padre está grave y puede morirse, siento culpabilidad porque más de una vez he deseado su muerte cuando era tan duro conmigo en mi juventud.

Cuando te ilusionas con un amigo y se muere, te das cuenta que la muerte es lo único real”.

- “¿Cómo ves el futuro de tu vida?”

“He conseguido traer a mi mujer y a mis hijos a España para que estén conmigo mientras haga dinero para volver, pero vivimos en un piso con otras parejas y otros niños y es para volverse loco.

Yo creo que los que hemos nacido pobres, tenemos un futuro muy negro y esto sin contar que haya nuevas enfermedades y muertes”.

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- “¡Te veo un poco cansado!”

“Duermo mal y me levanto cansado porque en el piso hay mucho ruido y porque por la noche tengo que acostar a mis hijos, vestirlos y llevarlos al colegio. Mi

mujer no puede con todo y, a veces, dice que quiere ponerse a trabajar para que ahorremos el dinero y marcharnos antes a nuestro país.

No tengo tiempo para mí y caigo rendido en el sofá. Allí duermo un rato hasta que voy a la cama”.

- “¿Te gusta comunicarte con otra gente?”

“En el trabajo hablo poco porque no tengo nada que decir y además no me interesa lo que hablan. En mi casa se discute demasiado. Ya no me intereso ni por las noticias de mi país”.

- “¿Cómo es tu trabajo en la obra?”

“Cuando me casé dejé los estudios y ahora lo único que puedo hacer es aprender un poco más de español, por lo tanto, mi nivel laboral es bajo y gano poco dinero. Es como si estuviera condenado a ser un simple peón.

He aprendido cosas en el trabajo y me gustaría que me fueran útiles cuando vuelva a mi país. Pero, en el fondo no soy un especialista en nada y con el poco dinero que gano, apenas puedo ahorrar y llevar adelante mi familia”.

- “¿Cómo son tus relaciones con el encargado?”

“Es fuerte como mi padre que era camionero. Él es muy trabajador y quiere que todos rindamos como él. Si hago algo mal, me hecha sermones y tengo ganas de escaparme a otro sitio”.

- “¿Qué piensas del suicidio?”

“Una vez pensé en suicidarme, pero no lo hice por la religión (Es cristiano).

A pesar de estar con la familia me siento solo y fracasado. Mi mujer me preguntó porque no tengo relaciones sexuales con ella, si es que hay otra. Yo le digo que he perdido todas las ganas de hacerlo. El médico dice que es cosa de la depresión.

Cuando lloro procuro ocultarme, porque si ella me ve, se hundirá más.

A veces me acuerdo de un compañero que el año pasado, delante de su mujer y

sus hijos se tiró al tren y luego su mujer desesperada se tiró de la ventana de su piso. Yo no tengo valor para esto y además creo en Dios y él es el dueño de mi vida”.

d) Evaluación de la entrevista

- “¿Qué te ha parecido esta entrevista?”

“Nunca había hablado con una psicóloga o psicólogo. Siempre había imaginado un psicólogo como un señor calvo con gafas y bigote que, como las películas, te echan en un diván y te hacen preguntas, pero hablar así, cara a cara, es más interesante.

En mi pueblo no hay psicólogos, pero hay mucha gente que necesita hablar. Muchas veces lo hace con el cura.

Me ha costado decirte cosas, pero lo que más siento dentro de mi, es que no veo salida a mi vida, que nunca seré nada en el trabajo, que lloro, que no me atrevo a suicidarme, aunque a veces lo deseo y que dudo que me quiera nadie”.

Sujeto 4

a) Ficha biográfica

Perfil sujeto 4	<p>Tiene 30 años, es extranjero, está casado, sin hijos, es abogado y trabaja como operario ejerciendo la función de oficial de 1º.</p> <p>No ha conocido a su padre. Cuando nació el padre había abandonado a la madre con dos niños pequeños. Nunca les procuró ayuda y tampoco ha llegado a saber algo de él. Su madre ha tenido que trabajar mucho para sacar los dos niños adelante. Hace poco más de seis meses, su madre murió en un accidente de tráfico en Armenia. No ha podido viajar para despedirse de ella y este es un dolor todavía difícil de cicatrizar.</p> <p>Tiene una pareja, pero ahora mismo están peleados y ella sigue en su país de origen. Comenta que ella es buena persona, pero que él si es una persona con la que es muy difícil convivir. Piensa muchas veces en volver con esta pareja porque se siente muy solo, además no tiene hijos. Está pensando en pedir para que venga a vivir a Barcelona.</p> <p>En Armenia trabajaba como abogado dando clases en una universidad, pero el sueldo era muy bajo. Un amigo suyo paisano le brindó la posibilidad de tentar la vida en Barcelona, pero confiesa que es una vida muy dura, muy difícil.</p> <p>Comenta que tiene la sensación que el trabajo duro de la construcción ya hizo con que el envejeciera significativamente. No quiere pasar toda su vida así. A él le hace mucha ilusión volver a trabajar en lo suyo, en su profesión. Comenta que pensó en convalidar su título de abogado aquí, pero es muy difícil, además tendría que hacer exámenes de todas las asignaturas, casi como volver a hacer un curso de derecho otra vez. Esto para él es un sueño casi imposible y muy lejano.</p> <p>Habla de su único hermano, diciendo que es muy nervioso y agresivo. La familia incluso pensó en ingresarlo por unos tiempos en un psiquiátrico, pero esto nunca se concretó. Relata que en estos últimos tiempos tiene frecuente sensación de sentimiento de inferioridad en relación a otros compañeros suyos, principalmente los que han conseguido cumplir el sueño de verse realizados y felices en sus profesiones.</p> <p>Muchas veces piensa en lo difícil que es seguir viviendo y comenta que busca una alegría que no sabe dónde esta. Le cuesta trabajo pensar y cree que es por el cansancio del trabajo. Para él los días tardan mucho a pasar. Confiesa que fuma y bebe cuando sale del trabajo.</p>
-----------------	--

b) Temporalidad

- “¿Cómo recuerdas tu niñez y tu adolescencia?”

“Mi padre nos abandonó y nunca he llegado a saber nada de él. Hace poco mi padre murió en un accidente. Han sido 30 años sin vida familiar, con grandes carencias afectivas y esto pesa mucho en mi vida.

Me enamoré de una chica que es una persona un poco dura, queriendo encontrar en ella afecto y seguridad que me falta, pero creo que es un proyecto que no tiene futuro.

Estoy aquí solo, con mi título de abogado, que aquí no me sirve de nada, trabajando de oficial de la construcción. Es muy duro!

- “¿Cómo ves el futuro de tu vida?”

“Familiarmente, sólo tengo un hermano, que tiene problemas mentales y que acabará en un psiquiátrico y tengo una mujer que en el fondo no cree en nuestro proyecto de pareja pues yo le dije que viniera a estar conmigo y ella se quedó en Armenia.

No sé si tendré ilusión de vivir, ni siquiera para ir a Armenia”.

- “¿Por qué estás tan triste?”

“Soy abogado, pero hasta ahora esto no me ha servido de nada. Estoy llevando ladrillos en vez de libros. Soy una persona que quiere formar un hogar y parece que mi tristeza ahuyenta las mujeres.

Sólo tengo los recuerdos de mi adorable madre muerta y un odio profundo a mi padre que nos abandonó. Es todo lo que tengo en el maletín de mi memoria para viajar por mi vida.

Casi me atrevería a decir que nunca he conocido la alegría, lo más que he hecho ha sido llorar junto a mi madre”.

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- “¡Te noto un poco cansado!”

“Tengo 30 años y siempre he intentado hacer ejercicio corporal, pero ahora mi cuerpo me pesa. Se me caen las cosas de las manos. Es como se estuviera petrificado. Duermo algo, pero no descanso. Mi cabeza no para de dar vueltas”.

- “¿Qué haces en la obra?”

“Yo creo que me han hecho oficial de primera porque tengo un título universitario y para que sirva de intermediario entre el encargado y los demás extranjeros. Ser oficial da un poco de autoridad, pero en el fondo no se hacer gran cosa de albañil. Sin embargo, esto me permite ahorrar un poquito más de dinero”.

- “¿Precisamente cómo son tus relaciones con el encargado?”

“Él me respeta y me trata con cordialidad y educación, aún que suele decir ‘No sé que pintas aquí’. Dice que soy inteligente, pero que mi rendimiento físico es bajo”.

- “¿Cómo te llevas con tus compañeros?”

“Un compañero me llamó una vez ‘el abogado triste’. No le contesté, pero estoy seguro que les doy la impresión de solitario, infeliz, que no sabe reír de las bromas de los peones cuando hablan de chicas o de fútbol. De todas las maneras les tengo estima y les ayudo en todo lo que puedo”.

- “¿Qué piensas de los que gobiernan tu país?”

“Pues, que los políticos están allá y nosotros aquí y esto ya lo dice todo”.

- “¿Te ayudan tus creencias?”

“Mi madre era muy religiosa y yo quiero seguir por su camino, aunque a mi aire.

Estar deprimido es como morir un poco cada día. Llorar es como consumirse
Nunca haría nada contra mi madre”.

d) *Evaluación de la entrevista*

- “ ¿Qué piensas de la entrevista?”

“Creo que necesitaré de mucha terapia para poder rehacer mi vida. Al menos, contigo, he podido desahogarme”.

Sujeto 5

a) Ficha biográfica

Perfil sujeto 5	<p>Tiene 38 años, es extranjero, está separado, tiene tres hijos, es profesor y trabaja como operario ejerciendo la función de peón.</p> <p>Comenta que hace poco ha perdido a un familiar muy cercano, falleció después de una fiesta al entrar en coma etílico.</p> <p>En los últimos tiempos ha pasado por una situación financiera muy difícil en Georgia y sólo pudo sobrevivir con la ayuda de un primo que vivía en Barcelona y que le enviaba algo cada mes. Este primo decidió ayudarlo y le ha traído a España. Todavía paga la deuda, cada mes, por los trámites del visado, billetes y su mantenimiento en los primeros momentos de la llegada.</p> <p>Poco antes de salir de Georgia se separó de su mujer. Sus tres hijos viven actualmente con ella. Comenta que su ruptura es definitiva, sin vuelta. Descubrió que su mujer le estaba engañando. Según él, esto no se perdona. Pueden pasar 100 años, y no la perdonará.</p> <p>Sus hijos tienen muchas ganas de venir a España, pero todavía no tiene condiciones de traerlos. Por esta razón, ahora mismo los niños están muy tristes con esta situación y él más todavía, al no poder tenerlos cerca.</p> <p>Tiene más preocupación todavía con uno de sus hijos que sufre de convulsiones frecuentes. Él confiesa que tiene mucho miedo de lo que le pueda pasar. De aquí, cada mes le envía el dinero para la medicación y la alimentación de los suyos.</p> <p>En Georgia daba clases de matemáticas en una escuela.</p> <p>Aquí su primo le ayudó a encontrar un trabajo como operario y el sueldo para él, es el único punto positivo de esta ocupación.</p> <p>Comparte el piso con varios paisanos. Se queja de que hay mucha gente en el piso, de que no se puede descansar, de que no hay tranquilidad. En los días que no hay trabajo sus compañeros de piso hacen fiestas, con mucha bebida y nadie puede dormir. Comenta que todo es muy sucio y desordenado en este piso, pero era el único que podía pagar cuando llegó. Ahora piensa en buscar algo más tranquilo, con menos personas para que pueda tener un poco de tranquilidad en su cabeza, así como un lugar donde se pueda comer dignamente ya que con toda la suciedad, no tiene ningún apetito.</p>
-----------------	---

b) Temporalidad

- “¿Cómo recuerdas de tu infancia y de tu adolescencia?”

“No lo pasé mal, a pesar de que mis padres no tenían mucho dinero. No me acuerdo de nada desagradable”.

- “¿Qué piensas de tener que emigrar a los 38 años?”

“Pues, por una parte estoy saliendo de mis problemas económicos (mis deudas, ayudar a mis hijos) y por otra parte ha sido la ocasión de romper con mi mujer, que me estaba engañando con otros.

Como ahora gano un poco de dinero, mis hijos quieren venir a vivir conmigo, pero todavía no tengo condiciones económicas para traerlos.

La parte más negativa de migrar a los 38 años y de pasar de ser profesor de matemáticas a peón de la construcción.

- “¿Cómo ves el futuro de tu vida?”

“He oído decir a un colega español que si el dinero no entra por la puerta de la casa, el amor sale por la ventana. Espero ganar un dinero para traer a mis hijos y se es posible encontrar una buena mujer.

Mi mujer anterior me ha hecho mucho daño y todavía estoy superando la separación. Me siento culpable, aunque no he tenido culpa de nada.

Si no tienes dinero o posibilidad de tenerlo, en esta sociedad actual, parece que no tienes futuro”.

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- “¿Te cansas mucho en el trabajo?”

“Hay una gran diferencia entre escribir los números en la pizarra y llevar de un lado a otro los materiales de la construcción en la obra. Aunque ya voy para los

40 años, todavía tengo fuerza. Me canso físicamente el trabajo, pero lo que mas me agota es la soledad.

Muchas veces me tumbo cansado en la cama y aunque logre dormir, no descanso nada”.

- “¿Cómo te llevas con el encargado?”

“ El encargado dice que somos buena gente, más nobles que los marroquíes y mejores trabajadores que los sudamericanos. Por esto, aunque nos echa broncas, se comporta como nuestro protector. Un día me dijo: ‘ no hace ni 30 años que los españoles éramos emigrantes como vosotros, es bueno recordar el pasado para no equivocarse con la gente”.

- “¿Cómo te llevas con tus compañeros?”

“Aun que soy un poco viejo para ellos, con mis 38 años, me quieren llevar a las fiestas de discotecas y a las que organizan en el piso para que encuentre una mujer que me vaya bien. Yo les digo que no, que las mujeres cuestan mucho dinero y dan muchos disgustos.

Por otra parte, en el trabajo nos consolamos mutuamente de ser personas de un nivel cultural, aunque hayan tenido que llegar a ser peones e inmigrantes.

- “¿Qué piensas de los gobernantes de tu país?”

“Georgia es un bocado apetecible para los rusos y para los americanos. Si nos han de dominar, prefiero que nos dominen los americanos porque nos traerán más mejoras económicas. Aunque ya se sabe, siempre hay que pagar favores”.

- “¿Te ayudan tus creencias?”

“En mi tierra el pueblo está muy unido alrededor de los curas ortodoxos porque defienden y ayudan el pueblo. Mi madre era muy religiosa y yo quiero hacer que mis hijos sigan esta tradición”.

- “¿Por qué estás a veces tan triste?”

“Yo, a veces, hago cara de estar contento, pero tengo muchas preocupaciones. Un hijo mío sufre convulsiones frecuentes y le mando medicamentos. He perdido un familiar cercano, no hace mucho, y sobretodo no me cabe en la cabeza que mi mujer, después de todo lo que he hecho por ella me haya dejado. En los malos momentos pensé en matarla y suicidarme después, pero amo a mis tres hijos y debo seguir los mandamientos religiosos”.

- “¿Qué piensas del suicidio?”

“Cuando se lleva una vida tan dura y a veces no se ve futuro, siempre piensas que podrías tener un punto final para este sufrimiento, pero ya he dicho que mis hijos lo son todo para mi y que la religión me prohíbe el suicidio.

d) Evaluación de la entrevista

- “¿Qué piensas de esta entrevista?”

“Si fueses georgiana te haría una propuesta porque me gusta tu manera de ser, pero tengo que ser realista, tal como estoy hoy no me merezco a una mujer como tú. No pareces psicóloga, o por lo menos no te imagino como lo que pensaba que era un psicólogo. A ti te puedo contar que sufro mucho por culpa de mi ex mujer, y que aún pienso a veces que la mataría.

También te puedo decir que me siento humillado ejerciendo de peón de la construcción, tanto delante de mis hijos, como de mi familia y esto me da vergüenza, tristeza y hasta depresión cuando voy a visitarlos y que preguntan en que trabajo.

Nunca me había sentido tan cansado psicológicamente y con tan pocas ganas de comunicarme con los demás. Yo creo que le caigo bien al encargado y me perdona mi poco rendimiento por las mañanas.

Siempre me acordaré de España, que aunque me dio un trabajo humilde, me ayudó a tener dinero para mis hijos.

A veces me veo metido en una gran tristeza, lloro mucho, pero quiero creer que hay una luz al final del túnel”.

Sujeto 6

a) Ficha biográfica

Perfil sujeto 6	<p>Tiene 39 años, es extranjero, está casado, tiene tres hijos, es economista y trabaja como operario ejerciendo la función de peón.</p> <p>En su infancia ha perdido más de un amigo cercano en conflictos de la calle en su país de origen. Sigue teniendo hoy recuerdos muy fuertes de este periodo.</p> <p>Hace muy poco, ha recibido la noticia del fallecimiento de una pareja de amigos. Murió toda la familia en un accidente de coche. Conocía muy de cerca a todos y ha sentido muchísimo que ocurriera esta tragedia a toda esa familia. Varias veces pensó que esto podría haber pasado con él y su familia, ya que tenía la costumbre de acudir siempre, en las vacaciones, a este mismo sitio donde ha pasado el siniestro.</p> <p>Relata que su país pasa por un momento muy difícil económicamente. Hay mucha corrupción y desigualdad social. Muchos con muchísimo, otros con casi nada. El comenta que es casi imposible vivir dignamente en un lugar así, y le da mucha pena, porque es justamente donde tiene sus raíces.</p> <p>Ha pasado por muchos momentos difíciles allí. Abrió una empresa, junto con su mujer, tomó un préstamo, pero no salió bien y no han podido seguir adelante con el negocio. Hoy, todavía, tiene la deuda originada por esta inversión fallida. Cada mes envía dinero para amortizar la deuda. Sueña cada día como saldarla completamente. Ya no le falta mucho.</p> <p>Cuando vino a España trajo a su esposa y a cuatro de sus seis hijos. Los otros quedaron con los abuelos, padres de su esposa.</p> <p>Según él, su mujer es una buena madre, le cuida mucho y le quiere mucho, pero no sabe explicar porque se pelean tanto entre ellos, muchas veces por tonterías sin importancia.</p> <p>Relata que tiene hijos en la adolescencia y que con estos tiene muy difícil la educación. En la escuela, aquí en España, tienen unas amistades con las que él confiesa no estar muy contento. Cree que están involucrados en el tema de drogas. Enfatiza que principalmente el comportamiento del mayor en casa es raro, no como antes. Está muy agresivo con la mujer, los hermanos y él. Pide cada vez más dinero y cuando no se lo dan él saca del bolso de la madre a escondidas. Cree que es para el vicio. Todo esto le deja muy triste e impotente.</p> <p>Confiesa que ya no sabe muy bien qué hacer. Su mujer también está muy preocupada con esta situación. Se queja de que por el trabajo no tiene mucho tiempo para poder vigilar y acompañar muy de cerca la educación de sus hijos.</p> <p>De su trabajo, comenta que las relaciones con los demás compañeros son normales, pero no tiene aquí ninguno amigo cercano. Relata que</p>
-----------------	--

	<p>simplemente llega, hace su trabajo y se marcha al final de cada día. Lo único que quiere es vivir para su familia.</p> <p>Dice que con la edad que tiene, ya se siente cansado con el trabajo pesado, pero la construcción es la única posibilidad de trabajar aquí y esto le posibilita la supervivencia y la liquidación de su deuda.</p> <p>Comenta que, muchas veces, por todas estas dificultades ahora vividas llora mucho. Comenta que ha tenido momentos de llorar en su trabajo, motivo de preocupación de su jefe. Contrasté la información y el superior me confirmó que esto ocurrió más de una vez, pero que ya hace un tiempo que no ocurre.</p> <p>No sabe si su cuerpo va aguantar por mucho tiempo el esfuerzo físico del trabajo y el peso de tantos problemas. Se siente agotado y muy irritado últimamente. Fuma bastante. Tiene problemas con el sueño. Algunas noches toma pastillas por que el sueño no le llega y al otro día es consciente de que tiene que salir temprano para una jornada laboral.</p>
--	--

b) Temporalidad

- "¿Cómo recuerdas tu infancia y tu adolescencia?"

"Recuerdo a mis padres trabajando y sin mucho tiempo para los hijos. Me crié, por decirlo de alguna manera, con mis amigos en la calle".

- "¿Qué importancia han tenido las muertes de amigos en tu vida?"

"Cuando era niño tuve amigos muertos en conflictos de bandas juveniles, pero esto ya lo tengo superado, aunque tengo miedo de que estos problemas se repitan con mis hijos adolescentes.

El fallecimiento de una pareja de amigos y su familia en un accidente de coche, no hace mucho, me afectó porque pensé que me podía haber pasado a mi y a mi mujer. Éramos amigos y sentí mucho su pérdida. Es como se yo fuera culpable de vivir, mientras ellos están muertos".

- "¿Qué es lo que te hizo venir a España?"

"Tengo mujer y hijos que alimentar y educar y esto en mi país me hubiera resultado imposible, sobre todo porque tengo préstamos que pagar.

Aquí, a pesar de ser economista, trabajo como peón. No me importa, siempre que el dinero llegue al final de mes y pueda ahorrar un poco".

- "¿Cómo vive tu familia aquí?"

"En verdad, mi mujer no se ha adaptado y mis hijos están viviendo una adolescencia fuera del ambiente de mi país, lo cual supone un desarraigo.

Me preocupa mucho un hijo adolescente que creo que toma droga y está muy agresivo con toda la familia, sobre todo con mi mujer".

- "¿Cómo ves el futuro de tu vida?"

"Yo creo que a mis casi 40 años he logrado algo y es tener una familia, pero también tengo la impresión de que estoy empezando económicamente de cero.

A pesar de las dificultades, creo que la familia saldrá adelante, pero no estoy muy seguro de que podamos ganar el dinero y la seguridad económica que mi familia necesita".

c) Tetradimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- "¿Duermes y descansas bien?"

"No sé si es porque estoy nervioso o muy triste, pero duermo muy mal. Tengo que tomar pastillas para dormir y me levanto cansado y muchas veces me entra el sueño en las horas de trabajo. Tengo miedo de sufrir un accidente trabajando. A veces, cuando estoy desvelado pienso en mi país, en mi desarraigo. Este no es mi lugar".

- “¿Cómo es tu trabajo en la obra?”

"A pesar de tener estudios, sólo puedo trabajar de peón y esto con 39 años es decir, con fuerzas reducidas. Es triste verme tan devaluado".

- “¿Cómo son tus relaciones con el encargado?”

"No me manda los trabajos más pesados, quizás por mi edad, y siempre dice que está contento con mi responsabilidad, aun que a veces tengo que reconocer que no me concentro mucho en el trabajo. Con tantas cosas en mi cabeza es difícil".

- “¿Cómo te llevas con tus compañeros?”

"En el trabajo de la construcción me respetan porque no me meto con nadie. Con la familia, y con todo que tengo para hacer los fines de semana no salgo con ellos".

- “¿Has estado muy triste estos últimos tiempos y incluso has pensado en suicidio?”

"Yo creo que siempre estoy un poco triste porque no acabo de salir a flote, en los problemas familiares y laborales. Muchas veces mi mujer me dice que si me pongo tan triste, todos van a estar tristes en mi casa.

Respecto al suicidio, yo creo que nunca me podría suicidar y que mis hijos y mi mujer tuvieran deshonor de que me hubiera suicidado".

d) *Evaluación de la entrevista*

- “¿Qué has sentido en esta entrevista?”

"Si te soy sincero, con mi mujer discuto mucho y me comunico poco. Aquí contigo he podido hablar sin que me riñas. Yo creo que me vendría bien ir a tu consulta, si es que tienes un consulta de psicóloga, para poder sacar toda la tristeza que llevo dentro y poner un poco de luz y esperanza en mi vida. Salir de mi país ha sido un trauma que no puedo superar. No hablo de esto con mi familia para que nos se pongan tristes. Pero, me muero de nostalgia. Soy como una planta arrancada y mal transplantada".

Sujeto 7*a) Ficha biográfica*

Perfil sujeto 7	<p>Tiene 34 años, es extranjero, está separado, tiene dos hijos, es ingeniero y trabaja como operario ejerciendo la función de oficial de 1ª.</p> <p>Antes de los 15 años toda la familia fue vivir en Moscú. Poco tiempo después sus padres han tenido que viajar a trabajar a Alemania y él fue vivir con unos familiares a la ciudad de Ekaterimburgo. Vivió allí algún tiempo y luego después siguió a Moscú donde terminó la carrera.</p> <p>Recién había terminado sus estudios, un amigo le propuso la posibilidad de intentar la vida en España. El aceptó, ya que el trabajo en Rusia no le daba ninguna estabilidad. Llegando a España ha tenido la suerte de encontrar trabajo.</p> <p>Sus padres siguen viviendo en Alemania y según él su madre esta enferma, necesitando de muchos cuidados. Él esta preocupado de que no sea algo muy grave. No quiere trabajar por mucho tiempo en la construcción. Le falta ahorrar un poco para ir a Alemania a ver los padres.</p> <p>Relata que el trabajo en una obra es muy duro y si va a vivir a Alemania no quiere trabajar en esto. Comparte piso con otros cinco compañeros.</p> <p>Su ex-mujer vive en Moscú con sus dos hijos. Casi no contacta con ellos. Ella, la ex-mujer, ya rehizo su vida por allí.</p> <p>Fuma mucho, desde muy joven.</p> <p>Él, todavía no encontró a nadie para rehacer su vida. En este momento no busca a nadie, no tiene ganas. Se siente aburrido y desinteresado por todo.</p> <p>Pierde el sueño con frecuencia y ha perdido peso significativamente en los últimos tiempos. Por lo que hemos observado, esta muy descuidado con su apariencia.</p>
-----------------	--

b) Temporalidad

- "¿Que importancia tiene en tu vida tu familia?"

"Por una parte mis padres tuvieron que ir a trabajar en Alemania y yo desde muy joven estudié la carrera de ingeniero en Moscú. Hace tiempo que quiero ir a Alemania, sobre todo a ver a mi madre que está enferma. Si ella muriera, se me vendría el mundo abajo. Por otra parte, estuve casado en Moscú y tengo 2 hijos de mi ex mujer. Ella ya rehizo su vida, pero la separación de mis hijos me ha hecho mucho daño.

A veces, cuando pienso en la enfermedad de mi madre y en mis hijos que quizás ya no me conocen, caigo en una profunda tristeza.

No tengo energía para buscar otra mujer y estoy aburrido, apático y desinteresado por todo. Quizás no atraigo a ninguna mujer porque ninguna mujer quiere emparejarse a una persona tan triste".

- "¿Cómo ves el futuro de tu vida?"

"No se si recuperaré a mis hijos. Lo dudo. Creo que los he perdido y esto me hunde profundamente. Por otra parte, el día que muera mi madre se agrandará mi soledad y aunque mi padre me estima, seré como un huérfano de padres e hijos, porque también los he perdido".

"No creo que pueda juntarme a otra mujer mientras mi madre, me necesita. Después ya veremos si tengo ganas de vivir y de rehacer mi vida".

c) Tetradsimensionalidad de la Sintomatología depresiva

- "¿Te comunicas mucho con la gente?"

"Mis compañeros quieren que vaya de fiesta el fin de semana, pero yo prefiero pasarlo en la cama y llamando por teléfono a mi madre. Algunos me dicen que con 34 años parezco un viejo.

Cuando me dicen de echarme una amiga o novia les contesto que no tengo ni

ganas de hablar. Como no me importa nadie, a veces voy descuidado, sin afeitarse y con pantalón chándal”.

- “¿Cómo es tu trabajo en la obra?”

"Mi trabajo es rutinario, aburrido, un poco lento y muchas veces no me concentro en él. Sólo trabajo con la ilusión de ir a Alemania a vivir con mis padres. Eso sí, trabajaré en otra cosa que no sea construcción”.

- “¿Cómo te llevas con el encargado?”

"Me dice que si no me interesa la construcción que me busque otra cosa, pero como conoce mi situación, dice que me comprende. Algunos días que estoy mejor, trabajo bien y él se pone contento y me felicita”.

- “¿Cómo te llevas con tus compañeros?”

“Sencillamente creo que estoy a margen de ellos. Se portan bien. A veces me preguntan si mi tristeza es porque me dejó la mujer y se llevó a los hijos. Trabajo solo y al mediodía estoy un poquito aislado.

En el piso vivo con cinco compañeros que, hacen mucho jaleo y quieren animarme, organizando cenas y juegos de mesa, pero yo me voy a la cama”.

d) Evaluación de la entrevista

- “¿Qué piensas de tu tristeza y depresión?”

“No sé que diferencia hay entre tristeza y depresión, a lo mejor es lo mismo. Lo que sé es que duermo mal, no me concentro, estoy siempre cansado, lloro y que la única ilusión que tengo es ver a mi madre viva. Por esto iré a Alemania a visitarla y tal vez me quede allí a trabajar.

De ver a mis hijos he perdido toda la esperanza. Si no fuera por mi madre, lo mejor sería morir y acabar con todo”.

“Perdona si no tengo muchas ganas de hablar. Eres simpática, pero a veces me cuesta no pensar que todas las mujeres son malas. A lo mejor piensan que soy un fracasado porque me dejó mi mujer.

En la única mujer que confío es en mi madre. Las mujeres cuestan mucho dinero y dan poco afecto y cuando tienen “sus hijos” las leyes las protegen y si se separan nos arruinan a los hombres. Tengo que pasar por la vergüenza de no poder ver a mis hijos, los cuales viven y son educados por su amante y no por su padre. En vez de morirme yo, debería morirse ella”.

3.3.6. Elaboración de la ruptura del proceso del trabajo de campo.

La ruptura del proceso del trabajo de campo se da cuando hay una “saturación” del material necesario para la investigación, o cuando la recogida de datos se hace ya reiterativa. Entonces, cesa la recogida de materiales y se procede a la paulatina “desvinculación afectiva”.

No obstante, antes de la retirada definitiva del campo, y a efectos de un proceso de “triangulación” (criterio de credibilidad) de cara a la validación de los resultados del trabajo de campo, realicé una pasación de dos cuestionarios, el C.E.T. y el C.V.P.S., ambos contruidos como entrevistas sistematizadas, de los cuales trataré a continuación del proceso de codificación.

3.4. Codificación de los datos recogidos a través de la Observación Participante y Entrevistas en Profundidad

Codificar significa, pues, agrupar los elementos de información, de acuerdo a atributos o propiedades comunes entre ellos, en un esquema de clasificación que nos sirva para su posterior categorización e interpretación.

Como hemos apuntado antes, hay dos tipos de codificación: una codificación secuencial que es la clasificación diaria de lo registrado en cada jornada de observación participante o de entrevistas en profundidad y una codificación temática final que nos permita, como hemos dicho, la categorización e interpretación final.

La primera codificación secuencial está presente en nuestros cuadernos de campo, donde las anotaciones diarias están agrupadas y provisionalmente clasificadas. Pero, ahora ya debemos trabajar en la construcción de una codificación temática final.

Al repasar todo el volumen de datos registrados en la observación participante constaté que una codificación temática adecuada podría estructurarme alrededor de cuatro puntos:

- Encuadre biográfico;
- Secuencia de temporalidad biográfica;
- Sintomatología depresiva;
- Evaluación de la interacción.

Estos cuatro ejes temáticos, que ya los he utilizado en las entrevistas en profundidad y están presentes implícitamente en la observación participante, permiten una adecuada codificación para mi investigación.

Redistribuiré pues, los datos más significativos sobre la depresión, recogidos a lo largo del trabajo de campo, en esta categorización que propongo.

Como ya hemos anotado también anteriormente, de los 97 trabajadores observados hallamos algunos datos parciales de depresión en 13 trabajadores y cuadros claros de depresión en 7 trabajadores. Si bien en la observación participante hemos tenido en cuenta los datos de los 20 trabajadores, en las entrevistas en profundidad solamente hemos trabajado selectivamente sobre los datos de los 7 trabajadores que presentaban cuadros claros de depresión.

Esta aclaración es importante porque la codificación que aquí presentamos clasifica los datos depresivos básicamente de estos 7 trabajadores, siendo algunas manifestaciones de las 13 restantes un tanto parciales y algunas veces, esporádicas

a) Sobre el encuadre biográfico

De los 7 trabajadores encontrados con depresión, 6 son extranjeros y 1 es español. Todos tienen algo en común, un sentido de identidad propio. Han tenido una vida de sufrimiento: los inmigrantes, en sus países de origen pasaron por guerras; pérdidas de dinero repentinas; dificultades financieras y de estabilidad, etc.) y aquí se encuentran en situación de inmigrantes laborales con todo lo que eso conlleva; el nacido aquí sufre por no haber tenido otras oportunidades de mejores trabajos, de crecimiento personal y de vida.

La edad media de los trabajadores diagnosticados varía de 36 a 40 años. De estos, cinco trabajadores eran casados y dos separados. Otra información importante es que cuatro, de los depresivos diagnosticados, tenían licenciatura y los otros tres tenían formación profesional o estudios medios completados.

Otros datos importantes de resaltar en esta ficha de datos y que enmarcamos significativamente son:

De los siete trabajadores identificados con sintomatología depresiva, tres de estos trabajadores también afirmaban haber perdido la madre antes de los 15 años. Seis de ellos comentaron que tenían o habían tenido discusiones recientes con sus actuales o últimas parejas. Tres de estos trabajadores también reclamaban de vivir o haber vivido recientemente dificultades financieras significativas. Dos de los siete trabajadores depresivos también relataron sufrir por la separación de la mujer y de los hijos que habían quedado en el país. Dos de estos relataron también haber perdido un hermano en los últimos 5 años y tener dificultades con el padre en la infancia o actualidad.

Otro dato de la ficha biográfica importante de resaltar es que cinco de estos trabajadores diagnosticados, a lo largo de sus vidas han tenido algún pensamiento suicida, a pesar de que ninguno de estos afirma que actualmente tendría coraje para suicidarse.

Aquí podríamos citar también un conjunto de características/situaciones vividas individualmente y por separado por los trabajadores estudiados y diagnosticados con la enfermedad:

- Tener actualmente la madre enferma;
- Situación familiar de un hijo con drogas;
- Muerte reciente de una pareja de amigos;
- No tener vida familiar - el desarrollo de la infancia a adolescencia en la calle;
- Enfermedad grave de un hijo;

- No poder trabajar en su profesión;
- Hermano con enfermedad mental;
- Abandono del padre a la madre y a la familia;
- Trabajar todos los días de la semana sin descanso;
- Vivir una inestabilidad laboral constante y cambiar mucho de trabajo;
- Vergüenza del trabajo que ejecuta;
- Dificultad de relacionarse con los hijos;
- Dificultades en la vida diaria por tener la mujer enferma y sin trabajo;
- Haber perdido un gran amigo en los últimos años;
- Tener el padre desempleado y en su país de origen;
- Haber sido criado por el padre.

Esta síntesis de datos no puede anular el realismo, casi trágico de los relatos biográficos individuales que hemos presentado.

b) Sobre la temporalidad

Todos los 7 trabajadores que manifestaban sintomatología depresiva presentaban un *pasado* marcado por fuertes acontecimientos en la niñez y adolescencia:

- Tres han perdido la madre antes de los 15 años y luego, el padre u otro familiar los sacaron adelante. Esta pérdida fue algo muy importante y que todavía sigue presente en sus vidas en la actualidad;
- Uno de los trabajadores diagnosticados con depresión no llegó a conocer al padre, ya que éste abandonó a su madre;
- Uno de los trabajadores ha perdido antes de los 15 años a su abuela que era como una madre para él;
- Otro trabajador recuerda tiempos muy difíciles en su infancia y adolescencia junto a su padre. Lo ha pasado muy mal en muchos momentos. No tiene buenos recuerdos de la convivencia con su padre;
- Otros, a pesar de tener a los padres, pasaron por dificultades financieras muy graves en sus primeros años. Uno de estos padres incluso ha tenido que viajar a otro país en busca de mejoras, dejando el hijo a los cuidados de familiares;

- Uno de los trabajadores identificados con depresión pasó la adolescencia en medio de la violencia y los conflictos que vivía su país. Se crió con los amigos en la calle y fue testigo de la pérdida de algunos de sus mejores amigos en estos conflictos;
- Tres de los trabajadores identificados con la enfermedad afirmaron que los recuerdos de sus tiempos de niñez no son felices. Recuerdan tiempos de dificultad para la sobrevivencia de toda la familia, así como de pérdidas significativas de familiares y amigos cercanos.

En cuanto al *presente* de los diagnosticados hemos podido observar:

- Consideran la vida difícil, en general. Es de remarcar que cuatro de los cinco que tiene pareja se pelean constantemente, no ven alegría en sus vidas y matizan ver un futuro negro por delante, pero nunca se suicidarían, a pesar de que cinco de estos trabajadores ya hen pensado en suicidarse;
- Otro dato importante del presente que tenemos que destacar relacionados con los trabajadores identificados con la enfermedad es que tres de los siete identificados han confesado tener vergüenza de trabajar en la actual ocupación;
- Uno de los trabajadores identificados con depresión enfatizó que hoy una de sus grandes preocupaciones es no tener cerca a su padre y además saber que este está desempleado, en tiempos de crisis, donde la edad del mismo dificulta encontrar un nuevo trabajo. Cada mes, envía algo de sus ahorros para cubrir los gastos del padre;
- Otro trabajador con depresión lamenta no tener ningún día de la semana de descanso. Cree que esto afecta su actual estado de ánimo y las relaciones no ámbito familiar;
- Para dos de los trabajadores identificados con la enfermedad la inestabilidad laboral del sector, o sea el tener que cambiar de obra o de empresa a todo instante afecta sus estados de ánimo;
- Otro trabajador con depresión, confiesa que en la actualidad lo que más contribuyó para su actual estado de ánimo fue la reciente pérdida de su hermano. Para otro fue la pérdida de una pareja de amigos muy cercano. Ya para otro es la situación de haber se separado, o sea de haber dejado en su país de origen el padre, la mujer y los hijos y no poder traerlos en este momento;

- Un dato muy presente en prácticamente todos los relatos, o sea, seis de los siete deprimidos confiesan discutir frecuentemente o haber discutido reciente con sus actuales parejas;
- La dificultad financiera continua presente en sus vidas y tres de los trabajadores con la enfermedad reclamaban de dificultades con este tema;
- Uno de los trabajadores identificados con la enfermedad también confesó que tener la mujer dentro de casa sin un trabajo y además con una enfermedad grave que le hace muy triste; Para otro la tristeza es oriunda de la madre que está enferma; Otro confiesa que las dificultades con un hijo adolescente, involucrado en el mundo de las drogas es lo que más le afecta.

En cuanto la visión de futuro de los diagnosticados hemos podido observar:

- Algunos sienten que sus vidas están pasando, pero no saben donde llegarán. Otros siéntense mentalmente jubilados, fracasados y sin proyectos a larga plazo; Ya otros creen que el futuro es muy negro y que están condenados a ser toda la vida un simple peón;
- Uno de los trabajadores inmigrantes diagnosticados con la enfermedad confiesa que no tiene ilusiones de continuar viviendo aquí, pero tampoco tiene planes de regresar a su país;
- Otro diagnosticado confiesa que como no tiene dinero, no ve futuro, pero que a pesar de ello, consigue todavía ver una pequeña luz al fin del túnel;
- De los diagnosticados con depresión, la visión de futuro más optimista, es de uno de los casados, que a pesar de los problemas con los hijos, cree que ya logró construir algo, ya que tiene una familia y que en el futuro, no obstante, sacará todos adelante;
- Los otros, en general, se sienten solos, pero no saben si es posible todavía encontrar a alguien para construir una nueva vida. Lo que si esperan es tener dinero y quizás, en estas condiciones, habría alguna posibilidad de cambio en sus vidas;
- Hay un común denominador de pesimismo ante el futuro.

c) *Sobre la sintomatología depresiva*

Tabla 12
Sintomatología Depresiva

Humor Depresivo	<p>Los trabajadores identificados con sintomatología depresiva tienen una baja autoestima. Piensan que no alcanzaron muchos logros y han vivido muchas pérdidas; Sus visiones de mundo, en general, son empobrecidas, sus aspiraciones son modestas, tienen vergüenza de trabajar en la construcción, no esperan grandes transformaciones en sus vidas. Muchos son pesimistas, creen que sus vidas y la de su familia no tienen mucha perspectiva de mejoría en el momento actual. Hay mucho sentimiento de incertidumbre en sus discursos.</p> <p>Se les ve mucha tristeza en los ojos, una mirada muy triste, confirmada por sus palabras llenas de preocupaciones económicas o morales, reforzada por la falta de ganas de empezar nuevos proyectos o metas y por la cual habilidad de vivir en la actual situación de vida.</p> <p>Relatan que ya no ven alegría en la vida, que siéntense muriendo un poco cada día, vulnerables, con un miedo que no saben bien definir. Cuatro de los siete trabajadores identificados con la enfermedad, confesaron que lloraban con frecuencia, en general cuando están solos, pero dos de ellos lloraron durante la entrevista. Llorar para ellos es consumirse. Se ven sin futuro. La vida sigue pasando, pero no saben bien donde llegar.</p> <p>La incertidumbre sobre, si tendrán cambios futuros en el empleo, si continuarán con la tarjeta de residencia (en el caso de ser extranjeros), llevan a estos trabajadores a manifestar explícitamente sentimientos de preocupación, cansancio y tensión. Para algunos de ellos, este tipo de trabajo no les da futuro y además la sociedad les deprecia si estás en la construcción. Los trabajadores de más edad son pesimistas respecto a los jóvenes de menos edad.</p> <p>Cinco, de los siete trabajadores identificados con depresión relataron haber pensado en suicidarse algún día de sus vidas, pero ninguno asumió tener valor para hacerlo algún día. Un factor importante que podríamos destacar, es el factor religioso, ya que la religión prohíbe el suicidio.</p>
Anergía	<p>Confiesan una sensación de sentirse solos, un cierto cansancio, una sensación constante de agotamiento mental, poca concentración, disminuyendo el ritmo de sus actividades en la constructora. Tienen miedo de sufrir un accidente por no</p>

	<p>concentrarse en el trabajo. Muchas veces no se acuerdan de las órdenes recibidas al principio del día. Les cuesta mucho trabajo pensar, porque muchas veces se sienten desinteresados por lo que está a su alrededor. En casa están apáticos, ya no tienen ganas de empezar ningún proyecto.</p>
Discomunicación	<p>Cuatro de los trabajadores diagnosticados con depresión dijeron que prefieren estar solos, que en la compañía de los otros trabajadores de la obra en los momentos de ocio. Siéntense a margen de ellos. Se enfadan fácilmente por cosas que antes dejaban pasar.</p> <p>El aspecto físico de los trabajadores identificados con depresión es descuidado. Confiesan que no tienen ganas de arreglarse, ni motivos para esto. Tampoco manifiestan ganas de salir para disfrutar de la vida.</p>
Ritmopatía	<p>Los días, a algunos de ellos, les parecen muy largos. Para uno de los diagnosticados el peor momento del día es por la mañana. Le da mucha ansiedad pensar que tiene toda una jornada por delante. El día tarda mucho en pasar. Para otros el peor momento es al atardecer y saber que todo empezará en el día siguiente.</p> <p>Además, los siete trabajadores identificados con la enfermedad, confiesan que duermen pocas horas y que despiertan con la sensación de no haber descansado. Las alteraciones en el sueño también son un gran problema para ellos. Incluso relatan que esta alteración en el sueño les causa cierta irritabilidad con los suyos en casa, así como en el trabajo. Reclaman también de no tener mucho apetito.</p>

d) Sobre la interacción

Analizamos una dobleinteracción: entre los trabajadores entre si, y entre los trabajadores (entrevistados) y la investigación (entrevistadora).

Diariamente mantienen conversaciones íntimas sobre ocio, familia, problemas y nuevos proyectos de vida. Algunas veces el vínculo creado entre ellos en el trabajo sobrepasa a los límites de la obra. Comparten durante todo el día de trabajo conversaciones, sobre ligues, fútbol, músicas, juegos etc. Algunas veces comparten también sus comidas y, fuera del ambiente laboral, hasta pueden vivir en el mismo piso, con otros compañeros.

Como hay una mezcla de nacionalidades dentro de la obra, se forman pequeños grupos, que en general están integrados por personas de misma nacionalidad. Estos, además de conversación, intercambian cds de música y películas de su mismo idioma, para luego servir de temas de conversación el día siguiente en el trabajo. Acaban aprendiendo nuevos y diferentes gestos y vocabularios, así como también intercambiando recetas de los diferentes tipos de comidas que las mujeres o ellos mismos preparan en casa.

Cuando hay oportunidad, salen juntos para beber, comer algo o pasear en los fines de semana. Algunos de estos trabajadores son invitados por los otros compañeros para ir a sus casas, salir de fiesta, pero la excusa de algunos es decir que están casados. Otros no se interesan, no lo suelen aceptar. De esta manera los encuentros entre muchos de ellos se dan prácticamente sólo dentro de la obra.

Algunas veces se irritan y discuten entre ellos, a veces por no entender los gestos por pertenecer a una cultura distinta, o mismo por no haber logrado entender lo que decía el otro compañero. Pero, en general son momentos puntuales dentro del trabajo, que luego acaban arreglándose.

La interacción observada en los trabajadores identificados con sintomatología depresiva y de alguna forma comentada en la sintomatología encontrada, retrata que hay poca comunicación entre ellos. Estaban siempre más aislados que los otros, no tenían ganas de comunicarse con los demás y siempre encontraban excusas para no participar de actividades de socialización propuestas por los otros compañeros. Por los propósitos que tienen, no pueden permitirse gastar dinero en salir, o tener alguna actividad de ocio. Según ellos, para salir hay que hacer frente de gastar dinero con ropa, bebida, comida y no están para esto. Primero porque, según algunos, no os interesa, y luego porque necesitan ahorrar.

Encuanto a relación de interacción vivida por el entrevistador y entrevistado, podemos decir que fue una relación de aceptación mutua, una relación cercana. No me veían con miedo, al revés, tenían ganas de conversar, de expresarse. Hablaron libremente de sus vidas, de sus pasados, de sus miedos, de las situaciones de rutina vividas dentro de la obra, de sus proyectos, sus ilusiones futuras, etc. En muchos momentos fui testigo de llantos y de una reflexión profunda existencial con ellos mismos. Fueron momentos de desahogo, de liberación de emociones que estaban guardadas. La impresión que daban era de que, en realidad, querían que aquel momento se repitiera. Ellos se sentían cómodos en las conversaciones. Era como si estuvieran teniendo la oportunidad de escucharse sus propias historias, de darse cuenta de sus propias vidas, y yo percibía, que esto les daba seguridad.

3.5. Categorización de los datos

a) Posicionamiento sobre la categorización

La categorización es una respuesta de comprensión teórica que el investigador da al material recogido en el trabajo de campo. En otras palabras, la categorización es la conceptualización *etic* de los relatos *emic*, desde el paradigma teórico que posee el investigador.

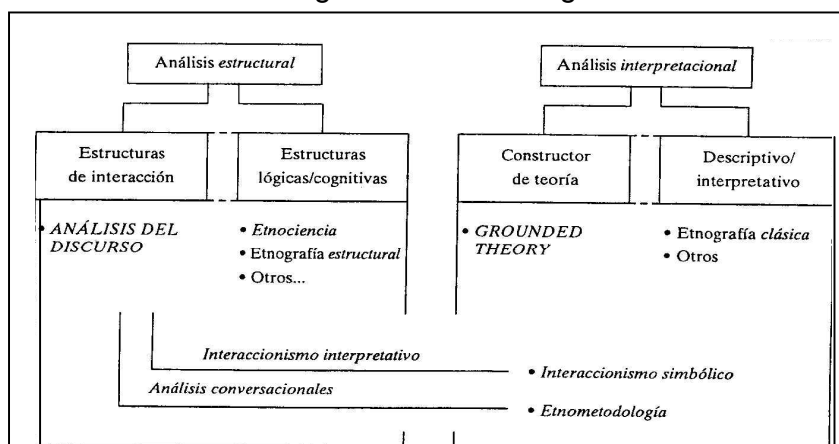
Entendemos las categorías como formas de definición semántica de la realidad investigada y no como una capacidad de trasladar seductoramente las observaciones descritas a estructuras formales y cuantificables.

Las categorías están constituidas por un núcleo semántico de identidad y exclusividad, aunque abiertas a otras categorías, con las que forman un conjunto holístico. Por otra parte, existen macrocategorías que engloban y arraciman otras subcategorías. Así, la categoría de “iniciación” contiene las subcategorías de “separación”, “noviciado” y “agregación”. Por otro lado, las categorías pueden vincularse a otras categorías, como sucede con las categorías de “iniciación” y “sociedad secreta”.

Dentro de los procesos categoriales utilizados por la metodología

cualitativa, podemos encuadrar los siguientes:

Figura 1
Procesos Catoriales Metodología Cualitativa



Fuente: Tesh (1991) adaptado por Vallés 1997:388

Es evidente que nos decantamos en este trabajo por el análisis “interpretacional” o hermenéutico, aunque no lo hacemos a través de la “teoría fundamentada” sino de la hermenéutica de corte fenomenológico y etnográfico.

Si bien tomamos coyunturalmente, elementos de la “teoría fundamentada” de Glaser y Strauss (que se inspira en la “nueva etnografía” de Goodenough, de carácter altamente “emicista”), es evidente que analizamos los datos registrados desde una perspectiva teórica “externa”, es este caso, el modelo tetradimensional para el estudio del síndrome depresivo.

Ya hemos puesto anteriormente, un ejemplo clínico ilustrativo: si un individuo acude al médico y le “narra” que tiene fiebre, lumbalgia, dificultades rinofaríngeas, tos, etc., el médico podrá preguntarle por algunos datos que acaben de configurar su categoría externa de “gripe”. La descripción sintomática escuchada, más la exploración de su cuerpo y estado de ánimo, constituirán la “narrativa del dueño del problema” (narrativa *emic*), mientras que la categorización como “gripe” desde las teorías médicas externas, constituirá la “narrativa categorial *etic*”.

b) Dinámica *emic/etic* en la categorización.

Toda vez que, a lo largo de nuestra observación participante y entrevistas en profundidad (cuyos datos hemos triangulado con los cuestionarios CET y CVPS, con resultados asertivos de conformabilidad) hemos recogido abundante material (narrativas *emic*) acerca del comportamiento depresivo, sobre todo de 7 trabajadores, nos disponemos a “categorizarlo” desde las claves diagnósticas que nos sirven de “teoría *etic*”, que son las del modelo sintomático tetradimensional y de las perspectivas etiopatogénicas que nos presenta Alonso Fernández y que adoptamos como “propias” para esta investigación, tal como las exponemos en este recuadro, que reproducimos una vez más:

Tabla 13
Principales síntomas de los trabajadores de Barcon con sintomatología depresiva

Dimensión I Humor depresivo	Dimensión II Anergía	Dimensión III Discomunicación	Dimensión III Ritmopatía
<ul style="list-style-type: none"> - Visiones de mundo empobrecidas; - Aspiraciones modestas; - No esperan grandes transformaciones en sus vidas; - Pesimismo; - Creen que su vida y la de su familia no tienen mucha perspectiva de mejoría ; - Sentimiento de incertidumbre; - Tristeza en los ojos, - Preocupaciones económicas ; - Dolores de cabeza, a parte de otras manifestaciones de mal estar corporal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Valor despreciativo de sí mismos; - Falta de ganas de empezar nuevos proyectos; - Cansancio, disminución en el ritmo de sus actividades; - Falta de ganas de empezar algún proyecto; - Falta de placer; - Les cuesta trabajo pensar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido personal; - Cierta irritabilidad; - Desinteresados por lo que esta a su alrededor; - Autoestimas bajas; - Indecisión; 	<ul style="list-style-type: none"> - Las alteraciones en el sueño; - Pérdida de apetito; - Sensación de días muy largos.

Fuente: Datos de la investigación

Este recuadro de síntomas nos permite “categorizar” que 7 trabajadores de la empresa Barcon están en situación de depresión, de acuerdo con el criterio clínico al que hemos aludido de que, “la presentación del cuadro

depresivo *completo*, capaz de abarcar el conjunto de la semiología, es un hecho raro en la clínica. Lo que abunda son los cuadros incompletos, con una sintomatología más o menos dispersa por las cuatro dimensiones o concentrada en una de ellas. No existe ningún dato clínico absolutamente *constante* en el síndrome depresivo. Por otra parte, el cuadro depresivo constituido, que podemos llamar estado depresivo, se aglutina en torno al “hundimiento del potencial energético vital” (Alonso Fernández).

Podemos, pues, hablar de 7 trabajadores de Barcon “depresivos”, ya que en ellos es patente el “hundimiento vital” y una presencia de síntomas que se reparten en las cuatro dimensiones. Por otra parte, esta “situación depresiva” la constatamos en un periodo superior a seis meses, requisito importante para hablar de “situación o estado depresivo”.

De las cuatro perspectivas etiopatogénicas consideradas por Alonso Fernández (endógena, situacional, neurótica y sintomática), hemos obviado la endógena de entrada, dada la controversia sobre su existencia, a la que aludimos al explicar el “marco teórico”, pudiendo también descartarse la causa de depresión sintomática, ante la ausencia de “secundariedad” respecto a otras enfermedades y fuera de alcohol, la ausencia también de ingesta de otras drogas o de prácticas aditivas.

Podemos afirmar que la práctica totalidad de los siete trabajadores depresivos tienen como causa principal la depresión situacional (pérdidas vitales, sucesos vitales, migración, separaciones, pérdida de la madre antes de los 15 años, etc.), aunque con algunos rasgos de vulnerabilidad en su personalidad (etiopatología neurótica).

A pesar de que, de los siete sujetos estudiados como depresivos, seis son inmigrantes y uno es nativo español, sin embargo y en comparación con los otros trabajadores inmigrantes, debemos decir que la etiología fundamental de la depresión en estos siete sujetos es la “depresión situacional *por pérdida*” (familiar, de estatus, de proyecto vital, etc.). Esta desproporción numérica entre inmigrantes y nativos responde más a la propia biografía de los 7 sujetos, que a la categoría de inmigrante (hay inmigrantes que disuelven la “pérdida de su origen” en las “ganancias” por vivir en un estado próspero y seguro, con futuro para sus hijos, como sucede con la mayoría de los 700.000 rumanos y búlgaros que viven en España y que a pesar de la crisis y de ser ya ciudadanos de la C.E., no quieren volver a sus países de origen, a pesar de los llamamientos y las promesas de sus gobiernos).

En el trabajo de campo (O.P. y E.P.) se percibe con claridad que la depresión de estos siete sujetos se engarza en su propia biografía (por ejemplo, en su manera particular de vivenciar la migración, en su modo de vivenciar la familia, en la pérdida de su estatus económico y social, en su edad, etc.).

Respecto al origen endo / exodepresivo, hemos podido constatar que la causa de la depresión en estos trabajadores es, principalmente exógena ya que los factores situacionales provienen de fuera de la empresa. No obstante, si bien no observamos etiología depresiva a partir de estrés, mobing o bournaut, la incidencia exodepresiva termina por influir en el trabajo, creando una endodepresión. A causa del enlentecimiento físico y psíquico, de la alteración circadiana, de discomunicación, etc, aparece el bajo rendimiento, el aislamiento y el su riesgo laboral, factores estos que movilizan la preocupación y el reproche de los responsables de la obra y hasta de los propios compañeros, y que acaba ahondando en la baja autoestima, produciendo ansiedad e incertidumbre laboral, lo que agranda la vivencia depresiva y el hundimiento personal.

3.6. Interpretación de los datos categorizados

a) Hermenéutica e investigación cualitativa.

La hermenéutica está cobrando cada vez más relevancia en la metodología cualitativa. El hermeneuta es un “intérprete” que desvela el significado de algo oculto, transformando no pocas veces la interpretación en “canónica”, como ha sucedido tradicionalmente en la interpretación bíblica y en la praxis jurídica (Gadamer, Betti).

La hermenéutica actual se bifurca en dos líneas principales, la “ontológica” (interpretación de la existencia, del puesto del hombre en el mundo) (Heidegger, Gadamer, Scheler, etc.) y la “metodológica” (que se concreta en “traducir el sentido”, “desvelar el orden simbólico”, etc.) (Geertz, Gadamer, Coderch, etc.).

Como dice Gadamer, “la hermenéutica jurídica es tal vez, el modelo más claro. En el caso del juez, la comprensión no es un modelo independiente, sino que ocurre con y en el juicio sobre un caso particular. Y la propia decisión del juez, en la medida que es una interpretación de la ley, no permanece aparte de la ley misma, sino que se integra en la propia realidad normativa de la ley. Este aspecto, también está reconocido institucionalmente bajo el nombre de jurisprudencia. La ley se va desarrollando con las diferentes aplicaciones que se hacen de la misma. La situación de un juez es tal que su propia comprensión de la ley se refiere al texto o al enunciado de la ley, cuando lo hay, pero está también afectada por la realidad histórica de la ley que constituyen las diferentes aplicaciones que se hacen de la misma y por la propia historia en general de todo aquello que excede a la propia ley en cuestión, incluso al derecho”.

De la misma manera, una partitura musical es interpretada de diferente forma por los diversos directores y orquestas, aunque siempre es reconocible en todas las interpretaciones. No obstante, siempre hay una interpretación “de referencia” a la que todos tienen en cuenta y que, de alguna manera se hace “canónica”.

Existen dos formas principales de interpretar:

- la de “traductor” (entregador) por la que el intérprete aclara el significado profundo de algo de lo que sólo apreciamos en “superficie”;

- y la del “dinamizador” por la cual, a través de la interpretación (como sucede, por ejemplo, en el psicoanálisis) se despiertan nuevas potencialidades de análisis.

En la observación participante ya se da un primer acto interpretativo (interpretación “densa”) ya que se investiga lo que “llama la atención”, lo que “se cree que tiene sentido investigar”.

No obstante, la interpretación final es holística y enriquece notablemente al proceso de categorización, creando orientación para el informe final.

b) Depresión y actividad laboral

Las dos consideraciones iniciales más importantes se refieren al hundimiento vital del trabajador depresivo y al peligro que entraña en el propio desempeño de la actividad laboral.

La primera interpretación del hecho de depresión laboral es la presencia del hundimiento vital que lleva al trabajador a desvincularse del proceso laboral.

La segunda interpretación que surge de nuestra investigación es la de que en la empresa, al igual que la sociedad en general, se alcanza casi un 10% de casos de depresión y que esto es especialmente significativo por los riesgos que conlleva (absentismo laboral, peligro en la conducción y manipulación de máquinas, enlentecimiento físico y psíquico (agotamiento, falta de atención, falta de concentración, pérdida de memoria), aislamiento respecto a los compañeros de trabajo, discomunicación, baja productividad y en general dificultades para organizar la vida, tanto espacial, como temporalmente.

Pero, también, merece especial atención interpretativa la procedencia exo/endo laboral de la depresión.

La exodepresión procede del entorno familiar y social y representa un padecimiento o sufrimiento depresivo, que si bien tiene una procedencia exógena, no obstante este tipo exógeno de depresión contamina el proceso laboral y el sujeto depresivo, traslada la depresión al mundo del trabajo, cuando no crea simplemente baja laboral.

La procedencia de la exodepresión es de orden psicosocial y puede darse por pérdidas, vitalmente significativas, por conflictos neuróticos, como situación “secundaria” a otra enfermedad o por injusta medicamentosa depresiógena o de drogas.

Todas estas causas están descritas en los síntesis etiopatológica que anteriormente describimos (situacional, neurótica y sintomática) por lo que hemos apreciado en nuestra investigación que un alto porcentaje de los trabajadores depresivos lo son por motivos exógenos a la empresa, aunque como veremos, muchas veces lo exolaboral y lo endolaboral son causas que se interrelacionan.

Ya hemos comentado, a propósito de la categorización, cómo en los 7 sujetos calificados como depresivos, la práctica totalidad eran exodepresivos, es decir no habían contraído su depresión en el ámbito laboral de la empresa. Al renunciar a la baja laboral por miedo al despido, la propia dificultad para ejercer bien el trabajo, los reproches del encargado, la menor comunicación con los compañeros, etc., han acrecentado los síntomas depresivos, por lo que la exodepresión se ha hecho en parte también, endodepresión.

No hemos encontrado aquí, como en otras empresas, ni depresión por un significativo estado de estrés, ni por acoso (*mobbing*), ni por “estar quemado” (*burnout*), en gran parte debido a la excelente camaradería de los trabajadores (en especial de los extranjeros), ni habían ocurrido “sucesos vitales” (accidentes mortales en el trabajo), ni “sobrecarga laboral”. Tan sólo, se ha podido apreciar un temor acusado en los depresivos a perder el empleo y encontrarse desprotegidos económica y socialmente, por ello. Una vez más la camaradería y un suave “paternalismo” del encargado han mitigado el problema.

c) Depresiones “por pérdida”.

En las depresiones por pérdida debemos resaltar: la pérdida del padre y sobretodo de la madre antes de los 15 años, la pérdida por fallecimiento de hermanos y amigos, la pérdida del consorte y a veces de los hijos por separación conyugal, la pérdida del estatus profesional (un universitario o profesional con licenciado que desciende al nivel de peón y albañil).

La pérdida por nostalgia de la geografía afectiva, casi siempre como recuerdo de una infancia mas o menos feliz junto a los padres, si bien este tipo

de pérdida por nostalgia y emigración no resulta tan determinante como a primera vista parece, ya que la posibilidad de viajar a sus lugares de origen por billetes de bajo coste es muy factible y las llamadas telefónicas son muy abundantes, realizadas a través de los locutorios o tarjeta de prepago.

Por otro lado el deseo de reconstruir la vida en otra parte hace que muchos prefieran quedarse en países como España, maxime si aquí nacen algunos de sus hijos.

Antes la inmigración, como señala Achotegui, era un fenómeno de ida sin retorno, hoy la emigración no comporta tanto desarraigo y sí está guiada por el deseo de instalarse en un país que pueda dar futuro a sus hijos.

A pesar de la crisis muy pocos inmigrantes en España retornan a sus países de origen, con lo cual queda demostrado que a pesar de que en nuestra investigación aparezca un solo español frente a los 6 extranjeros procedentes, en su mayoría del este europeo es menos determinante la pérdida del origen, cuanto la incertidumbre de poder lograr más estabilidad laboral en España.

Por otra parte la homogeneidad cultural europea y cristiana de los casos estudiados hace que las diferencias culturales no sean insalvables, siendo la lengua como barrera principal, aprendida con cierta rapidez.

En los trabajos sobre la depresión laboral se manifiesta la homogeneidad cultural europea y sudamericana siendo quizás la nota más discordante la presencia de trabajadores del malgreb.

3.7. Validación de resultados: Triangulación

Los científicos sociales han considerado que cuanto mayor sea la variedad de las metodologías, datos e investigadores empleados en el análisis de un problema específico, mayor será la fiabilidad de los resultados finales, o sea, de su validez.⁶⁵

Pero, hemos creído conveniente llevar a cabo también una validación de los resultados a través del empleo de la “triangulación. El fundamento de esta técnica subyace en la idea de que cuando una hipótesis sobrevive a la confrontación de distintas metodologías tienen un grado de validez mayor que si proviene de una sola de ellas.

3.8. La triangulación

Como hemos dicho a principios de este trabajo, de los cuatro criterios de confiabilidad, la mayoría de autores se centran, sobre todo, en el “criterio de Credibilidad”, a base control de las técnicas (documentación, observación persistente, triangulación, etc.), insistiendo especialmente en una de ellas: la “triangulación.”

Ya nos hemos referido a la documentación, la observación participante y las entrevistas en profundidad, las cuales, correctamente realizadas contribuyen a obtener una “perspectiva múltiple” de la realidad estudiada, con lo que obtenemos una mayor credibilidad en la investigación.

Pero, por su especial importancia, nos detendremos en la validación convergente que proporciona la “triangulación”⁶⁶ o uso de múltiples fuentes o estrategias en el análisis de un mismo fenómeno.

⁶⁵ Jick, 1979

⁶⁶ “El término ‘triangulación’ se deriva de una analogía con la navegación y la orientación. Para alguien que quiere localizar su posición en un mapa, una sola señal únicamente le informará sobre cuál es su punto de localización a lo largo de una línea. Con dos señales, sin embargo, se podrá definir con exactitud cuál es su posición pues tendrá dos puntos de referencia; estará en el punto donde se cruzan dos líneas. En la investigación social, si uno confía en una sola versión de los hechos, existe el peligro de que un error que no haya sido detectado en el proceso de recogida de información, tenga como consecuencia un análisis incorrecto. Si, por otro lado, diversos tipos de información llevan a la misma conclusión, uno puede confiar un poco más en las conclusiones” (Hammersley y Atkinson, 1994: 316).

El concepto de “triangulación” ha sido utilizado en la medición de superficies a base de triángulos,⁶⁷ aunque aquí trataremos, solamente, de su utilización en nuestra investigación cualitativa.

a) La triangulación en la investigación cualitativa.

“De manera más general, la triangulación de las fuentes de información conlleva la comparación de la información referente a un mismo fenómeno, pero obtenida en diferentes fases del trabajo de campo, en diferentes puntos de los ciclos temporales existentes en aquel lugar o, como ocurre en la validación solicitada, comparando los relatos de los diferentes participantes envueltos en el campo”.⁶⁸

La triangulación proporciona mayor riqueza de datos y crea una visión más global de la investigación, sin que por ello se caiga en la generalización.

La triangulación es un tanto laboriosa, pero es necesario apurar la contrastación de la información hasta donde se estime conveniente. Debería ser obligatoria para todo tipo de investigaciones cualitativas y realizarse, tanto a lo largo del proceso de campo, como a la hora de la evaluación final de dicho proceso.

“La triangulación, en definitiva, hay que entenderla como una herramienta heurística que, no sólo amplía y enriquece la investigación, sino que la fortalece y consolida”.⁶⁹

⁶⁷ Los ángulos interiores de un triángulo suman 180°. Si se conoce la suma de dos ángulos se facilita la averiguación del tercero. La triangulación es un instrumento que permite, por ejemplo, la utilización del Global Positions Systems (GPS). No se trata de un descubrimiento reciente, pues ya la utilizaron los griegos (como por ejemplo, Hiparco de Nicea, c. 150 a. JC.).

⁶⁸ M. Hammersley y P. Atkinson, 1994: 216. La importancia que el concepto de triangulación ha adquirido en la investigación cualitativa se ve reflejada en recientes publicaciones: Blaikie, N. H. (1991). A critique of the use of triangulación in social research”, *Quality and Quantity*, 25(1991)115-136; Denzin, N. K. (1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine P. C.; Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation un action. *Administrative Science Quaterly*, 24(1979)602-610; Olsen, W. (2004). Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. En, Holborn, M. *Development in Sociology*, Causeway Press; Oppermann, M. (2000). Triangulation. A Methodological discussion. En *International Journal of Tourism Research*, 2(2000)141-146; Paul, J. (1996). Between Method Triangulation. En, *The International Journal of Organizational Analysis*. 4(1996)135-153; Webb, E.J./ Campbell, D. T./ Schwartz, R. D./ Sechrest, L. (1966) *Unobstrusive Measures: Nonreactive research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally.

⁶⁹ Cfr., J.I. Ruiz Olabuénaga, 1996: 116; Taylor y Bogdan, 2002:91-92; Vallés, 2007: 104.

La realidad es poliédrica y, por tanto, la triangulación permite corregir las limitaciones que, a veces, produce la acción de un solo investigador, a la vez que amplía la visión holística de la realidad investigada.

Si bien el núcleo central de nuestra investigación cualitativa de campo está presentado por la documentación, la observación participante y las entrevistas en profundidad, en cuyos procesos comparamos los resultados, no obstante, antes de abandonar el campo y de acuerdo con la técnica evaluativa de la triangulación, he querido “contrastar” los resultados obtenidos con los procedentes de dos encuestas sistemáticas: CET y CVPS.

3.9. El “producto” de la investigación de campo

Una vez que ha finalizado el “proceso” de la investigación de campo, realizado a través de la observación participante y entrevistas en profundidad y que ha concluido con el abandono del escenario de la investigación y la codificación de los datos, pasamos a la segunda parte de nuestra búsqueda, es decir, a construir el producto resultante del trabajo de campo, a través de la “categorización de los datos”, de la “interpretación de los datos” y del “informe diagnóstico final” (tesis).

La investigación de los datos va a “producir”, pues, una respuesta teórica *etic* que categorice los datos y una interpretación del sentido de los datos categorizados, para, finalmente, reflejar el resultado del “proceso de descubrimiento”: la transformación de la hipótesis en tesis.

3.10. Triangulación a través de las encuestas sistemáticas

Después de haber introducido el concepto de triangulación como herramienta metodológica de validación, pasamos a utilizar el doble cuestionario (CET y CVPS) para triangular los resultados de la Observación Participante y de las Entrevistas en Profundidad que han constituido el núcleo principal de nuestra investigación.

Estas encuestas sistemáticas las realizamos, sirviéndonos de:

- La versión breve del cuestionario estructural sobre depresión CET- DE de Alonso Fernández. Es importante enfatizar que hemos optado por este instrumento porque se adapta mejor a la línea de nuestra investigación;
- El Cuestionario de Variables Psicosociales y Situacionales – CVPS;

Análisis de los cuestionarios CET y CVPS:

Tabla 14
Encuestas sistemáticas utilizadas en la investigación

a) La versión breve del Cuestionario Estructural para la Depresión – CET- DE	<p>Elegimos la versión breve del <i>Cuestionario</i> para diagnóstico de la depresión (CET-DE). Hemos escogido este cuestionario porque constituye un procedimiento eficaz utilizado para la identificación y diagnóstico de la depresión, así como para la elaboración de un perfil depresivo. No elegimos la escala, ya que el objetivo de nuestro estudio, en este momento, no era el de evaluar el seguimiento de la evolución de cuadro depresivo y tampoco de constatar las mejorías del enfermo en un tratamiento, si no únicamente obtener el propio diagnóstico.</p> <p>Aparte del diagnóstico, esta técnica nos permitió distinguir en la sintomatología depresiva las cuatro Dimensiones del síndrome depresivo. Cada una de las Dimensiones con una significación en el conjunto y su importancia, fueron medidas por un sistema de subvariables. El punto de corte para el CET-DE: positivo es una puntuación igual o mayor que 32. Se admite como depresión cuando al menos en una de las 4 Dimensiones el resultado es superior a 8 puntos.</p> <p>Los otros cuestionarios o escalas que se utilizan para la cuantificación de la depresión, no tienen en cuenta las cuatro variables fundamentales. Además hay que señalar que el CET es un buen método diagnóstico para el</p>
---	---

	<p>síndrome depresivo, como ya se ha señalado en diferentes trabajos de validación realizados en España.</p> <p>La validez respecto al diagnóstico se basa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad: porcentaje de sujetos depresivos que tiene una puntuación global superior o igual al umbral; - Especificidad: porcentaje de sujetos no depresivos que tienen una puntuación global inferior al umbral; - Valor predictivo positivo: el grado de probabilidad de que un sujeto de puntuación superior o igual al umbral presente una depresión; - Valor predictivo negativo: el grado de probabilidad de que un sujeto con una puntuación inferior al umbral no tenga una depresión. <p>El CET es un cuestionario de 16 preguntas, distribuido en cuatro bloques, o sea, en las 4 Dimensiones (<i>humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía</i>). Cada bloque corresponde a una Dimensión distinta y exige una evaluación independiente. Cada ítem se puntúa entre 0 y 4 puntos dependiendo de la frecuencia e intensidad del síntoma. El punto de corte se sitúa en una <i>puntuación 32</i>.</p> <p>Aparte del diagnóstico, esta técnica nos permitió distinguir en la sintomatología depresiva las cuatro Dimensiones o sectores del síndrome depresivo.</p>
<p>b) Cuestionario con Variables Psicosociales y Situacionales - CVPS</p>	<p>Otra técnica sistematizada, validada y utilizada en este trabajo fue el cuestionario con variables psicosociales y situacionales. Este cuestionario fue utilizado, por triangulación, para complementar las informaciones conseguidas con las herramientas anteriores.</p> <p>Es un cuestionario global con variables que enfocan la estructura familiar actual, la estructura familiar de procreación y los cinco grandes grupos de acontecimientos: Situación familiar, pérdida, situación de aislamiento, situación de sobrecarga y de desarraigo. El paso siguiente fue buscar la fundamentación y el origen de la enfermedad, o sea, los factores de riesgo asociados a la depresión de los sujetos estudiados.</p> <p>Para esto hemos formulado, validado y aplicado un cuestionario con 37 variables psicosociales y situacionales distribuidas en preguntas informativas, enfocando cinco grandes grupos de acontecimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Situación familiar;</i> b) <i>Situación de pérdida;</i> c) <i>Situación de aislamiento;</i> d) <i>Situación de sobrecarga;</i> e) <i>Situación de desarraigo.</i>

	<p>En este cuestionario situacional hemos asignado una puntuación ascendente de bueno a malo, donde los valores empezaban desde el 01, pudiendo llegar hasta 08, dependiendo del factor de riesgo evaluado.</p> <p>Una vez aplicado el cuestionario, ya sabiendo que una mayor puntuación coincidía con una persona que presentaba mayor factor de riesgo, hemos detectado un grupo de 20 personas con una puntuación mayor o igual a 41. De estas 20 personas, hemos visto que 7 coincidían con los 7 sujetos que habíamos identificado con depresión por la observación participante, entrevistas en profundidad y por la versión breve del Cuestionario Estructural para la Depresión –CET.</p> <p>De las 37 variables aplicadas hemos llegado al resultado de que 11 de estas variables influyen directamente en el desarrollo de la enfermedad depresiva. Por el análisis estadístico, los resultados muestran que las otras variables estudiadas, interfieren, pero no directamente en la depresión diagnosticada en los trabajadores de Barcón.</p>
--	--

Fuente: Datos de la investigación

3.11. Análisis Estadístico de la aplicación de los cuestionarios

3.11.1. Técnicas utilizadas

En el análisis estadístico se utilizó el análisis descriptivo de las variables. Para el análisis de las asociaciones de variables puestas en categorías se utilizó el examen de independencia y el examen de diagnóstico (Sensibilidad y Especificidad). El nivel de significancia utilizado en los exámenes fue igual a 5%.

- En el cuestionario CET el principal objetivo fue identificar factores de prevalencia de la depresión y, para esto, hemos utilizado la técnica de examen diagnóstico (Sensibilidad y Especificidad) y el examen de independencia entre el diagnóstico y el status de la enfermedad, dividido en cuatro categorías (Dimensiones): Humor depresivo; Anergía; Discomunicación; Ritmopatía.

- Para el cuestionario CVPS el principal objetivo fue identificar factores psicosociales e situacionales que pueden ocasionar depresión en los trabajadores de la Constructora Barcon, y para este análisis utilizamos la técnica del examen de independencia (basado en proporciones), donde verificamos la dependencia o independencia del factor. Si el factor presentar dependencia, concluimos que el factor podrá ocasionar depresión. Ya en el caso de presentar independencia, concluimos que no ocasionará depresión.

a) Análisis estadística del cuestionario CET

El análisis del cuestionario CET se basó en tests diagnósticos: de sensibilidad y especificidad

Principios básicos de los exámenes diagnósticos:

Los exámenes diagnósticos son instrumentos importantes que facilitan las decisiones que los psicólogos están obligados a realizar, como parte intrínseca de su actividad. Generalmente obedecen a diversos tipos de decisión, por ejemplo: confirmar la presencia de una enfermedad; evaluar la gravedad de

un cuadro clínico; precisar el pronóstico de una enfermedad; monitorear una conducta de una respuesta terapéutica.

Es importante destacar que, el desempeño de los exámenes de diagnóstico, es evaluado por la apreciación de su sensibilidad y especificidad.

La *Sensibilidad* es definida por la proporción de personas con la enfermedad que tiene el resultado del examen positivo. Es eficaz en la identificación de los individuos enfermos.

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP} / \text{VP} + \text{FN}.$$

La *Especificidad* es la proporción de personas sin la enfermedad, o sea es quien tiene el resultado del examen negativo. También es muy eficaz en la identificación de los individuos enfermos.

$$\text{Especificidad} = \text{VN} / \text{VN} + \text{FP}, \text{ donde:}$$

Precisión es la evaluación del desempeño de un examen y con el, se puede evaluar si la enfermedad es verdaderamente presente o ausente.

Prevalencia es el examen de manifestación de la enfermedad en la población. Cuanto más rara es la enfermedad, más específico deberá ser el examen.

- El examen es positivo y el paciente tiene la enfermedad – Verdadero Positivo (VP);
- El examen es positivo pero el paciente no tiene la enfermedad – Falso Positivo (FP);
- El examen es negativo y el paciente tiene la enfermedad – Falso Negativo (FN);
- El examen es negativo y el paciente no tiene la enfermedad – Verdadero Negativo (VN);

b) Análisis estadístico del CVPS

El análisis estadístico del CVPS se basó en el examen de independencia entre variables con las siguientes hipótesis:

- H_0 – existe independencia (no asociación) entre la variable línea (psicosociales) y la variable columna (diagnóstico);
- H_1 – existe dependencia (asociación).

Podemos definir el H_0 como siendo la hipótesis a ser testada (conocida también como hipótesis nula) y H_1 como la hipótesis alternativa a la hipótesis nula.

Queríamos comprobar si las proporciones de individuos analizados según las variables dentro de cada categoría (depresivos y no depresivos) eran las mismas. En otras palabras queríamos comprobar si las dos variables eran independientes (o sea, no existe asociación entre las mismas). Siempre se analiza por las mayores proporciones.

Sería muy importante destacar la cuantificación de esta asociación, donde Karl Pearson propuso el llamado coeficiente de contingencia representado por la letra C, definido por:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

n es el número total de observaciones.

χ^2 es el valor del Qui-quadro

$$f_{ei} = \frac{(\text{Total de la línea}) \times (\text{Total de la columna})}{\text{Total general}}$$

f_{oi} = frecuencia observada

No podemos calcular el valor del χ^2 debido al hecho de que las tablas de reparto no obedecen a los requisitos exigidos para tal examen, se usará la prueba exacta de Fisher, la cual no requiere que las celdas tengan un valor esperado mayor a cinco.

3.11.2. Validación de los Cuestionarios

a) Datos de validez del cuestionario CET - Alonso Fernández

La sistematización del cuadro depresivo genérico obedeciendo a estas cuatro Dimensiones (humor depresivo, estado de ánimo; discomunicación o falta de sociabilidad; ritmopatía o distorsión de los ritmos biopsíquicos; anergia o vaciamiento energético) parte de los pasos sucesivos que exponemos a la continuación:

- El estudio de los cuadros depresivos mediante el método fenomenológico estructural, donde se toma el cuadro clínico como una totalidad estructurada en distintas partes interrelacionadas entre sí. En esta vía se obtuvo la evidencia de que la estructura propia del estado depresivo se componía de cuatro partes interdependientes, caracterizado cada uno de ellos por obedecer a un trastorno común distinto;
- También se ha confirmado el postulado anterior mediante la observación de cuadros depresivos parciales y unilaterales, acumulados entre los estados depresivos de grado ligero y moderado.

A pesar de su distribución en cuatro sectores, el CET-DE no deja de ser una prueba unitaria y homogénea, ya que, ofrece un resultado global (si hay o no depresión y el subtipo de depresión en caso afirmativo).

Alonso-Fernández (1990) describe este cuestionario como un instrumento homogéneo o uniaxial hetero-administrado compuesto de cuatro sectores, cada uno de los cuales corresponde a una Dimensión y exige una evaluación independiente.

El CET-DE se trata de un cuestionario por estar compuesto por cuestiones o preguntas directas adecuados para fines diagnósticos y clasificadores. Está dotado de una consistencia interna de fiabilidad entre excelente y aceptable en las pruebas de test-retest y una fiabilidad inter-observador alta.

En tanto la validez se sistematiza en:

- Validez constructiva o teórica - Se refiere al carácter de instrumento útil y eficiente para el estudio y la investigación del cuadro clínico de la depresión, sistematizado en las cuatro Dimensiones fundamentales. La construcción y las sucesivas reconstrucciones del CET-DE se han hecho a la luz de concepción tetra-Dimensional de la depresión;

- La validez empírica, de este cuestionario fue establecida a través de los resultados obtenidos con la aplicación del CET-DE a tres series de sujetos: doscientos depresivos, cien enfermos mentales hospitalizados y cien familiares de enfermos somáticos, entre las edades de dieciocho y sesenta y nueve años, distribuida cada serie en una muestra computadorizada inicialmente y una muestra de control.

El estudio de la validez empírica del CET-DE fue subdividido, como ocurre habitualmente en: validez predictiva y validez concurrente:

- Validez predictiva se aprehende la capacidad de la prueba para predecir algo por fuera de si misma. Fundamentalmente se refiere al diagnóstico de la depresión y la tipología depresiva;

- Para la validación empírica diagnóstica se han realizado tres estudios sucesivos, los dos últimos corresponden a la actual versión del CET-DE.

La fiabilidad del instrumento o consistencia interna (consistencia de la validez, estabilidad y fiabilidad) constituye la segunda cualidad general primaria de las escalas de estimación y pruebas afines. El coeficiente de consistencia o fiabilidad de este cuestionario ha sido determinado basandose en el registro de las diferencias de puntuación (de cero a cuatro puntos) obtenidas en cada ítem por el mismo enfermo en dos ocasiones distintas (fiabilidad de test-retest) con la finalidad de establecer la correlación de Pearson existente en las dos series de puntuaciones.

La estabilidad alcanzada en el test-retest, según las correlaciones de Pearson, referida a las puntuaciones globales de cada Dimensión, se recoge en el cuadro abajo.

Tabla 15
Coeficientes de correlación de Pearson registrados en el test-retest
(24 horas de diferencia)

	r=0,55-0,69	r=0,70-1,00	r coeficiente global
Dimensión I	9 ítems	12 ítems	0,86 (excelente)
Dimensión II	3 ítems	11 ítems	0,88 (excelente)
Dimensión III	5 ítems	9 ítems	0,83 (excelente)
Dimensión IV	6 ítems	8 ítems	0,61 (aceptable)
TOTAL	23 ítems	40 ítems	0,87 (excelente)

Tabla 11 (Alonso-Fernández, 1990:28)

Para constituir una equilibrada versión breve del CET-DE se eligió cuatro ítems por Dimensión, de modo que no se produjesen entre ellos coincidencias

semánticas. Con este objetivo se seleccionaron dos ítems muy representativos de la Dimensión en la perspectiva fenomenológica, a la vez con una sensibilidad para la depresión suficientemente alta, acompañados de otros dos ítems más específicos, para dejar cubiertas las referencias de cada Dimensión a la vertiente psíquica y a la vertiente corporal.

Con este criterio la versión breve del CET-DE ha quedado integrada así:

Tabla 16
Dimensiones - validación

	Dimensión I	Dimensión II	Dimensión III	Dimensión IV
Ítems Globales	1 (97%) y 4 (70%)	5 (94%) y 7 (92%)	9 (89%) y 10 (75%)	13 (73%) y 14 (56%)
Item psíquico	3 (70%)	6 (69%)	11 (56%)	16 (84%)
Item corporal	2 (57%)	8 (92%)	12 (79%)	15 (74%)
Sensibilidad media	74%	87%	75%	72%

Tabla 12 (Alonso-Fernández, 1990:29)

El cuestionario abreviado, también llamado de "screening" ofrece la ventaja frente a otros instrumentos análogos de que no sólo puede ser útil como procedimiento diagnóstico de cribado o pantalla, sino para efectuar la tipificación clínica de la depresión de acuerdo con su distribución en quince subtipos distintos.

Los instrumentos de selección (cribado o screening) para la depresión suelen ser pruebas breves empleadas, en una primera aproximación diagnóstica, para detectar enfermos depresivos en el seno de la población global o en centros médicos generales. La validez de estos instrumentos, sobre todo a causa de su mediana especificidad, nunca equivale al establecimiento de un diagnóstico definitivo. Mientras que la versión breve de este cuestionario presenta la ventaja de ofrecer una especificidad muy consistente y permitir tipificar la depresión.

La asignación de puntos a cada uno de los ítems se atiende a las mismas normas que el CET-DE original. Se admite como resultado a favor del diagnóstico de depresión cuando al menos en una de las cuatro Dimensiones el resultado es igual o superior a 08 puntos.

b) Validación del Cuestionario CVPS

- Muestra: La muestra utilizada para la validación del instrumento CVPS (Cuestionario de Variables Psicosociales y Situacionales) fue compuesta por 97 trabajadores de la empresa Barcon (90 no Depresivo y 7 Depresivo). Los respondientes tenía edad media de 32 años (error-padrón = 7,6) y nivel de escolaridad variando del Estudio Instituto (43,3%) hasta Técnico (1,0%).

- Análisis de los datos: Con el fin de verificar la Dimensionalidad del instrumento, fue realizada un análisis exploratorio de los datos y análisis psicosociales y situacionales. Posteriormente, se utilizó la técnica descriptiva de la puntuación total de los datos. El presupuesto inicial fue que la escala era de valorización categórica. Con el fin de asegurar que cada ítem representara el constructo subyacente al factor, fue estipulada una escala de 1 a 2 para aceptar el ítem. El cálculo de la necesidad de la escala fue realizado por medio de los coeficientes de Kuder-Richardson. Los mismos presentaran varias formas para estimar la confiabilidad de los exámenes con los ítems dicotómicos. Ítems dicotómicos son aquellos que pueden ser categorizados como: acierto-error, sí-no, etc. Y, por lo tanto pueden ser codificados como 1-2.

Validad y Confiabilidad - La consistencia para CVPS en el cual fue respetado el escore total. El coeficiente de Kuder-Richardson fue de 0,97.

Fórmula:

$$KR_{21} = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\bar{X}(K-\bar{X})}{KJS^2} \right)$$

Siendo K el número de ítems (k=40), \bar{X} ($\bar{X}= 38,43$) media de las puntuaciones y S^2 ($S^2 = 28,92$) la su variancia.

La fiabilidad de un test es la constancia o estabilidad de los resultados que proporciona un instrumento de medida. El coeficiente de Kuder-Richardson es interpretado como una correlación para que el test sea fiable (CVPS), su coeficiente de fiabilidad debe ser el mas alto posible, sin que pueda ofrecer normas concretas a titulo de orientación. Se considera que coeficientes superiores a (0,75) son altos, o sea que el objetivo fue logrado (0,97), a priori

queda entendido que para aumentar la fiabilidad es necesario aumentar el número de ítems del instrumento.

La validación del cuestionario fue hecha procurando examinar la eficiencia de las medidas del CVPS, comparando grupos y los ítems seleccionados utilizados en el cuestionario. Fueron contestados los criterios de validación de contenido, ya que son representativos de los aspectos importantes identificados en el decorrer del análisis.

Conforme la evaluación de fiabilidad, la consistencia para el CVPS sobre el score total y las Dimensiones fue considerada alta, por lo tanto son necesarios cuidados metodológicos cuando se pretende evaluar resultados complejos.

Este resultado enseña que el CVPS es un instrumento fidedigno y amplio para evaluar las variables que influyen en el diagnóstico de la población de depresivos y no depresivos que trabaja en la Constructora Barcon. Las características psicosociales y situacionales fueron evaluadas por procedimientos estadísticos que contemplaron aspectos de validación y contenido.

3.11.3. Análisis estadístico de los cuestionarios

a) Análisis estadístico del Cuestionario CET

Tabla 17
Dimensión 1 -Humor depresivo

		Status de la Enfermedad - Humor Depresivo		Total
		Presente	Ausente	
Examen Diagnóstico	Positivo (Depresivo)	Verdadero Positivo=4	Falso Positivo=3	7
	Negativo (No depresivo)	Falso Negativo=1	Verdadero Negativo=89	90
Total		5	92	97

Fuente: Datos de la investigación / SPSS.15

Prevalencia = $7/97 = 7.2\%$

Precisión = $92/97 = 94,8\%$

Sensibilidad = 80%

Especificidad = 96,7%

Los resultados indican que la proporción de personas con depresión que tiene el resultado del examen positivo es de (57,1%) y que la proporción de personas sin la enfermedad es de (98,9%).

Por la Tabla 18, existe asociación (dependencia, $p < 0.0001$) entre diagnóstico (depresivo y no depresivo) y el status de la enfermedad (Humor depresivo). Siendo que en el factor depresivo presenta una prevalencia (80%) y en el factor no depresivo presenta la prevalencia (96,7%).

Tabla 18
Dimensión 2 - Anergía

		Status de la Enfermedad - Anergía		Total
		Presente	Ausente	
Examen Diagnóstico	Positivo (Depresivo)	Verdadero Positivo=6	Falso Positivo=0	6
	Negativo (No depresivo)	Falso Negativo=1	Verdadero Negativo=90	91
Total		7	90	97

Fuente: Datos de la investigación / SPSS.15

Prevalencia = $7/97 = 7,2\%$

Precisión = $91/97 = 93,8\%$

Sensibilidad = 100%

Especificidad = 98,9%

Los resultados indican que la proporción de personas con depresión que tiene el resultado de lo examen positivo es de (85.7%) y que la proporción de personas sin la enfermedad es de (100%).

Por la Tabla 19, existe asociación (dependencia, $p < 0,0001$) entre diagnóstico (depresivo y no depresivo) y el status de la enfermedad (Anergía). Siendo que en el factor depresivo presenta una prevalencia (100%) y en el factor no depresivo presenta la prevalencia (98,9%).

Tabla 19
Dimensión 3 - Discomunicación

		Status de la Enfermedad - Discomunicación		Total
		Presente	Ausente	
Examen Diagnóstico	Positivo (Depresivo)	Verdadero Positivo=7	Falso Positivo=0	7
	Negativo (No depresivo)	Falso Negativo=0	Verdadero Negativo=90	90
Total		7	90	97

Fuente: Datos de la investigación / SPSS.15

Prevalencia = $7/97 = 7,2\%$

Precisión = $90/97 = 92.8\%$

Sensibilidad = 100%

Especificidad = 100%

Los resultados indican que la proporción de personas con depresión que tiene el resultado de lo examen positivo es de (100%) y que la proporción de personas sin la enfermedad es de (100%).

Por la Tabla 20, existe asociación (dependencia, $p < 0,0001$) entre diagnóstico (depresivo y no depresivo) y el status de la enfermedad (Discomunicación). Siendo que en el factor depresivo presenta una prevalencia (100%) y en el factor no depresivo presenta la prevalencia (100%).

Tabla 20
Dimensión 4 - Ritmopatía

		Status de la Enfermedad - Ritmopatía		Total
		Presente	Ausente	
Examen Diagnóstico	Positivo (Depresivo)	Verdadero Positivo=5	Falso Positivo=2	7
	Negativo (No depresivo)	Falso Negativo=0	Verdadero Negativo=90	90
Total		5	92	97

Fuente: Datos de la investigación / SPSS.15

Prevalencia = $7/97 = 7.2\%$

Precisión = $92/97 = 94,8\%$

Sensibilidad = 100%

Especificidad = 97,8%

Los resultados encima indican que la proporción de personas con depresión que tiene el resultado del examen positivo es de (71,4%) y que la proporción de personas sin la enfermedad es de (100%).

Por la Tabla 21, existe asociación (dependencia, $p < 0,0001$) entre diagnóstico (depresivo y no depresivo) y el status de la enfermedad (Ritmopatía). Siendo que en el factor depresivo presenta una prevalencia (100%) y en el factor no depresivo presenta la prevalencia (97,8%).

b) Análisis estadístico del Cuestionario CVPS

Tabla 21
Diagnóstico x Edad

Faja de Edad	Diagnóstico		Total
	Depresivo	No Depresivo	
20 - 25	1 (4,6%)	21 (95,4%)	22
26 - 30	2 (6,2%)	30 (93,7%)	32
31 - 35	1 (6,7%)	14 (93,3%)	15
36 - 40	2 (20,0%)	8 (80,0%)	10
41 - 46	1 (8,3%)	11 (91,7%)	12
46 - 51	0 (0%)	6 (100,6%)	6
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

La Tabla 22, independiente de la faja de la edad, con las distribuciones distintas por diagnóstico (depresivo o no depresivo) observamos una disparidad muy acentuada en las proporciones que parece tener mayor concentración de no depresivos en la faja de la edad de 20 a 25 años (95,4%) y de depresivos en el intervalo de edad 36 a 40 años (20,0%). En este caso, las variables edad y diagnóstico no resultan estar asociadas (independientes, $p=0,689$).

Tabla 22
Nivel de Instrucción x Diagnóstico

Nivel de Instrucción	Diagnóstico		Total
	Depresivo	No depresivo	
Estud. Instituto	1 (2,4%)	41 (97,6%)	42
Formación profesional	2 (6,3%)	30 (93,7%)	32
Licenciatura	4 (17,4%)	19 (82,6%)	23
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

La Tabla 23, el nivel de Instrucción según diagnóstico, con las distribuciones distintas por diagnóstico (depresivo o no depresivo) se observa una disparidad muy acentuada en las proporciones, hay una mayor concentración de depresivos en el nivel de instrucción de licenciados (17,4%) y de no depresivos en el nivel estudio instituto (97,6%). Por lo tanto, en este caso, las variables nivel de instrucción y diagnóstico están asociadas (dependientes, $p=0,005$).

Tabla 23
Estado civil x Diagnóstico

Estado civil	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
Casado	5 (10%)	45 (90%)	50
Soltero	0 (0%)	39 (100%)	39
Separado	2 (25%)	6 (75%)	8
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

La Tabla 24, nos muestra que según estado civil se observa hay una mayor concentración de depresivos en aquellos individuos separados (25%) y de no depresivos en los solteros (100%). Por lo tanto, en este caso, las variables estado civil y diagnóstico están asociadas (dependientes, $p=0,02$).

Tabla 24
Diagnóstico x Muerte madre < 15 años

Muerte madre < 15a	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	4 (4,4%)	86 (95,6%)	90
Si	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

Según la Tabla 25, el 4,4% de los que declaran no haber perdido la madre antes de los 15 años han sufrido depresión en cambio el 42,9% de los que han perdido a su madre han declarado sufrir de depresión. Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están estar relacionados (dependientes, $p=0,007$).

Tabla 25
Diagnóstico x Muerte familiar o
ser querido últimos tiempos

Muerte familiar o ser querido últimos tiempos	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	2 (2,6%)	76 (97,4%)	90
Si	5 (26,3%)	14 (73,7%)	7
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

De la tabla 26 se observa un diagnóstico más alto de depresión (26,3%) en aquellos que han sufrido la muerte de un familiar o ser querido en el último tiempo versus aquellos que no han perdido algún familiar (2,6%). Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,003$).

Tabla 26
Diagnóstico x Últimos tiempos
ocurrió pérdida de vivienda

Ultimos tiempos ocurrió pérdida de vivienda	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	5 (5,3%)	89 (94,7%)	94
Si	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

De la tabla 27 se puede concluir que los que han perdido en el último tiempo su vivienda presentan un diagnóstico mayor de depresión (66,7%) versus aquellos que no han perdido su vivienda. Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,013$).

Tabla 27
Diagnóstico x Últimos tiempos
ocurrió pérdida de empleo

Últimos tiempos ocurrió pérdida de empleo	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	3 (4%)	72 (96%)	75
Si	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

De la tabla 28, se observa que el 18,2% de los que han perdido su empleo presentan un diagnóstico de depresión versus aquellos que no han perdido su empleo (4%). Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,045$).

Tabla 28
Diagnóstico x Últimos meses
ocurrió separación

Últimos meses ocurrió separación	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	3 (3,4%)	86 (96,6%)	89
Si	4 (50%)	4 (50%)	8
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

En cuanto el haber tenido una separación en el último tiempo, tabla 29, se observa que el 50% presenta depresión, a diferencia que los que no han tenido separación solo el 3,4% está con depresión. Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,001$).

Tabla 29
Diagnóstico x Últimos años ocurrió
discusiones continuas con compañera

Últimos tiempos ocurrió discusiones con compañera	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	3 (3,8%)	76 (96,2%)	79
Si	4 (22,2%)	14 (77,8%)	18
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

De la tabla 30, se observa que hay más individuos con depresión en aquellos que han discutido con su compañera(22,2%) versus aquellos que no han discutido (3,8%). Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,021$).

Tabla 30
Diagnóstico x Últimos años ocurrió
discusiones continuas con hijos

Últimos tiempos ocurrió discusiones hijos	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	4 (4,5%)	84 (95,5%)	88
Si	3 (33,3%)	6 (66,7%)	18
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

En la tabla 31 se observa que aquellos que han tenido discusiones con sus hijos tienen un riesgo más alto de ser diagnosticados con depresión (33,3%), versus aquellos que no han discutido con sus hijos (4,5%). Así, diagnóstico y respuesta (Sí o No) están relacionados (dependientes, $p=0,016$).

Tabla 31
Diagnóstico x Cambio de trabajo a otra empresa en el último año

Últimos años de cambio de trabajo a otra empresa	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	0 (0,0%)	58 (100,0%)	58
Sí	7 (17,9%)	32 (82,1%)	39
Total	7 (7,2%)	90 (92,8%)	97

Fuente: Datos de la investigación

Según la Tabla 32, el 17,9% de los entrevistados que han cambiado de trabajo se han diagnosticado con depresión, en cambio aquellos que no han cambiado de trabajo ninguno ha sido diagnosticado con depresión. Se concluye que diagnóstico y respuesta son eventos relacionados (dependientes, $p=0,001$).

Tabla 32
Diagnóstico x Antecedentes psicopatológicos

Antecedentes psicopatológicos	Diagnóstico		Total
	Depresivos	No depresivos	
No	1 (1,2%)	85 (98,8%)	86
Si	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11
Total	7(100%)	90(100%)	97

Fuente: Datos de la investigación

Según la Tabla 33, el 54,5% de los entrevistados diagnosticados con depresión tienen antecedentes psicopatológicos, mientras que el 98,8% de los entrevistados no depresivos, no tienen antecedentes psicopatológicos. Concluimos que antecedentes psicopatológicos y diagnóstico son factores relacionados (dependientes, $p<0,0001$).

Tabla 33
Diagnóstico de los 97 trabajadores investigados en la Constructora Barcon, Nacionalidad, con relación al predominio de depresión

Nacionalidad	Diagnóstico		Total
	Depresivo	No Depresivo	
Española	1 (2,9%)	33 (97,1%)	34
Extranjera	6 (9,5%)	57 (90,5%)	63
Total	7 (2,2%)	90 (92,7%)	97

Fuente: Datos de la investigación

La Tabla 34, independiente de la nacionalidad (línea de totales), con las distribuciones distintas por diagnóstico (depresivo o no depresivo) observando una disparidad acentuada en las proporciones, parece haber mayor concentración de extranjeros que presentan depresión (9,5%) y de españoles no presentan depresión (97,1%). Por lo tanto, en este caso, las variables nacionalidad y diagnóstico no están asociadas (independientes, $p=0,416$).

3.11.4. Modelos multivariados y matriz de correlaciones entre Diagnóstico vs CET y CVPS

Anteriormente se hicieron los análisis bivariados para estudiar la relación entre los ítems de los cuestionarios y sus Dimensiones con el diagnóstico. En esta sección se desea ampliar el estudio considerando modelos de regresión que permitan medir el grado de asociación entre todos los ítems y la variable dependiente que es el diagnóstico de depresión. El objetivo es estudiar la relación entre el diagnóstico (variable dependiente) y las variables independientes referidas a ítems, Dimensiones y la ocurrencia de algún evento como muerte, despidos, etc, en el último mes o año.

Los modelos de regresión utilizados son modelos de regresión logísticos porque la variable dependiente es del tipo binario, es decir, si el individuo está o no está diagnosticado con depresión.

La forma de analizar estos modelos es a través del coeficiente de la variable independiente y de su significación estadística. Se concluirá que aquella variable que presente un p-valor inferior al 5% está estadísticamente asociada con el diagnóstico.

Posteriormente se analizaron los ítems del cuestionario CET y las variables del cuestionario CVPS a través de las correlaciones que presenten entre si estas características.

Aunque la edad no resulte ser una variable asociada con el diagnóstico, se muestran a continuación los modelos anteriores incorporando la edad para ver el efecto que tienen sobre las Dimensiones estudiadas.

3.11.4.1. Modelos para CET

a) Modelo para la Dimensión Humor Depresivo

Se observa que los ítems 2, sentirse enfermo del cuerpo, y el ítem 4, no vale la pena vivir, están estadísticamente asociados con el diagnóstico de depresión ($p < 0,05$).

Tabla 34
Modelo para la Dimensión Humor Depresivo

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Edad	0.0030795	0.966	-.1426322	.1364733
Item 1 - Falta de alegría	0.3947648	0.248	-.275027	1.064557
Item 2 - Enfermo del Cuerpo	0.773193	0.041	.0312739	1.515112
Item 3 - Inferior a los demás	0.4367452	0.276	-.3497615	1.223252
No vale la pena vivir	1.069408	0.002	.3761688	1.762647
Constante	-6.166416	0.029	-11.70712	-.6257156

Fuente: Datos de la investigación

b) Modelo para la Dimensión Anergia

Solo los Items 7, disminución de la actividad habitual y 8, sentirse agotado, resultan estar asociados con el diagnóstico de depresión.

Tabla 35
Modelo para la Dimensión Anergia

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Edad	0.0380563	0.591	-.1767104	.1005978
Item 5 -Desinteresado por todo	0.1203378	0.781	-.7295101	.9701858
Item 6 -Le cuesta trabajo pensar	0.5280553	0.214	-.3045694	1.36068
Item 7 -Disminución de la actividad	0.8877244	0.013	.1839702	1.591479
Item 8 -Sensación de agotamiento	0.9639548	0.035	.0684624	1.859447
constante	-5.557372	0.039	-10.83327	-0.2814705

Fuente: Datos de la investigación

c) Modelo para la Dimensión Discomunicación

No se encontraron Items asociados con el diagnóstico.

d) *Modelo para la Dimensión Ritmopatía*

Todos los Items están asociados con el diagnóstico, es decir, tener problemas para dormir, sentirse malo por las mañanas, pérdida del apetito y sensación de días largos.

Tabla 36
Modelo para la Dimensión Ritmopatía

	coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Edad	0.0402392	0.737	-.1942472	.2747257
Item 13 – Problemas p/ dormir	2.699281	0.026	.3174545	5.081108
Item 14 – Está malo por las mañanas	3.200551	0.019	.527643	5.87346
Item 15 – Perdida de apetito	2.611159	0.025	.3335365	4.888782
Item 16 – Sensacion días largos	5.401848	0.030	.5244625	10.27923
Constante	-30.38486	0.013	-54.26014	-6.50958

Fuente: Datos de la investigación

e) *Todas las Dimensiones*

No se encuentra asociación entre diagnóstico y todas las Dimensiones de forma conjunta.

3.11.4.2. Modelos para CVPS.

a) Modelo para Relaciones, muerte, separacion

Solo resultan significativos las variables 4 y 8, es decir, muerte de la madre antes de los 15 años y la muerte de un familiar o ser querido en los últimos tiempos.

Tabla 37
Modelo para Relaciones, muerte, separacion

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Edad	0.0437396	0.575	-.1091123	.1965915
Var1 – Buena/mala relación c/ padre antes 15 años	2.719974	0.183	-1.283227	6.723176
Var3 – Muerte padre < 15 años	2.254664	0.399	-2.987142	7.49647
Var4- Muerte madres < 15 años	3.638641	0.025	.4573585	6.819923
Var7 – Muerte ser querido < 15 años	2.292521	0.157	-.8821854	5.467227
Var8- Muerte familiar o ser querido	3.306214	0.022	.4810604	6.131368
Constante	-8.211786	0.018	-15.04005	-1.38352

Fuente: Datos de la investigación

b) Modelo para “Ultimos tiempos”

En un primer ajuste no se aprecian Variables asociadas con diagnostico.

Se vuelve ajustar un nuevo modelo usando el método de selección automática de variables llamado “paso hacia atrás” donde se comienza con un modelo con todas las variables y se van eliminando 1 a 1 las variables que dejan de ser significativas. Como resultado de este proceso se obtiene el siguiente modelo:

Tabla 38
“Últimos tiempos”

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Var12 – últimos tiempos pérdida de empleo	1.877461	0.042	.0637632	3.691158
Var10 – últimos tiempos pérdida de vivienda	3.846951	0.007	1.028263	6.66564
Constante	- 3.627314	0.000	-5.041526	-2.213102

Fuente: Datos de la investigación

Las variables 10 y 12 resultan estar asociadas con el diagnóstico, es decir, si en los últimos tiempos ocurrió pérdida de vivienda o la pérdida del empleo.

c) Modelo para “Últimos meses”

Usando el método de selección de variables “paso hacia atrás” se obtuvo que la ocurrencia de una ruptura sentimental durante los últimos meses está asociado con el diagnóstico:

Tabla 39
“Últimos meses”

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Var14 – Últimos meses ocurrió ruptura sentimental	2.028148	0.039	.1046365	3.95166
Constante	- 2.721295	0.000	-3.626173	-1.816418

Fuente: Datos de la investigación

d) Modelo para “últimos años”

La inclusión simultánea de todas las variables referidas a los últimos años no permite el ajuste del modelo.

e) *Módulo para Antecedentes psicopatológicos*

Se observa que el tener antecedentes psicopatológicos está altamente asociado con el diagnóstico de depresión.

Tabla 40
Antecedentes psicopatológicos

	Coef	P-valor	Intervalo de confianza 95%	
Edad	0.022402	0.727	-.103136	.1479399
Antecedentes Psicopatológicos	4.620207	0.000	2.315266	6.925148
Constante	5.167114	0.027	-9.754216	-0.5800132

Fuente: Datos de la investigación

3.11.4.3. Relacion entre cuestionarios (CET y CPVS): correlaciones

La siguiente tabla de correlaciones nos muestra el grado de asociación y su significación estadística (*=0,05) entre los Items del cuestionario CET y las preguntas del cuestionario CPVS (se destacan mediante línea subrayada aquellas que son significativas).

Se observan correlaciones moderadas y significativas entre los Items 2, 5 y 7 y las variables 8, 5 y 6, respectivamente, entre otras.

	Diagnóst	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9
Diagnostico	1.0000									
Item1	0.0395	1.0000								
Item2	0.1062	-0.0902	1.0000							
Item3	0.0451	0.0402	-0.1309	1.0000						
Item4	<u>0.2886*</u>	0.0348	-0.1707	0.1207	1.0000					
Item5	0.1038	0.1658	-0.1842	0.1130	0.3343*	1.0000				
Item6	0.0840	-0.2527*	-0.0330	0.2392*	0.0490	-0.1098	1.0000			
Item7	<u>0.3411*</u>	0.1219	-0.0097	0.3475*	0.1068	0.0841	0.0753	1.0000		
Item8	<u>0.3262*</u>	-0.0488	0.0687	0.0897	0.2324*	0.3734*	0.0956	0.2071*	1.0000	
Item9	0.1732	0.1287	0.1566	-0.0990	-0.0049	0.2134*	-0.2513*	0.0054	0.1309	1.0000
Item10	<u>0.3296*</u>	0.0914	-0.0836	-0.2753*	0.1328	-0.2018*	0.0996	0.0016	0.0131	-0.1825
Item11	<u>0.3669*</u>	-0.0139	0.0748	0.0979	0.2113*	0.2003*	-0.0943	0.1297	0.4098*	0.0406
Item12	<u>0.2428*</u>	-0.1401	0.0779	0.1112	0.1140	0.0650	0.1413	-0.0698	0.0787	-0.1567
Item 13	0.0697	-0.0333	0.2628*	-0.2038*	-0.0937	-0.0513	0.0010	-0.0242	-0.0825	0.0460
Item 14	<u>0.2889*</u>	0.1104	-0.1775	0.1379	0.2677*	0.1794	0.0891	0.2565*	0.2129*	-0.0328
Item15	<u>0.3061*</u>	-0.0089	-0.0878	-0.0071	-0.0016	-0.0472	0.0820	0.0413	-0.0288	-0.0098
Item16	<u>0.3281*</u>	0.0200	-0.0791	0.2202*	0.0885	0.0943	0.2270*	0.1118	0.2645*	0.0028
Var1_r	0.0938	0.0849	0.1344	0.0444	-0.0138	-0.0616	-0.0016	0.0797	-0.0099	-0.0251
Var2_r	-0.0498	0.0409	0.0884	0.1420	-0.0931	0.0741	0.0222	0.1261	0.1994	0.0841
Var3	0.1803	0.0477	-0.1100	0.0506	0.0547	-0.0834	-0.0689	0.0111	0.0231	0.0906
Var4	<u>0.3841*</u>	0.0395	-0.0212	-0.0564	0.1641	-0.1100	-0.0089	0.1131	0.0139	0.0972
Var5	0.0762	0.0653	-0.0607	-0.0564	0.0415	<u>0.2092*</u>	0.1011	0.0510	-0.0370	-0.0475
Var6	0.1803	-0.0795	-0.0624	0.1420	-0.0931	0.1019	0.1867	<u>0.2854*</u>	0.1994	-0.0775
Var7	0.1660	-0.0936	0.0669	-0.0090	0.2201*	0.0473	-0.0353	0.0823	0.0588	0.1697
Var8_r	<u>0.3643*</u>	0.0267	<u>0.2176*</u>	-0.0490	0.0625	0.0253	0.1227	0.0816	0.1443	0.1239
Var9	0.1635	0.0069	0.0435	0.0067	0.2081*	0.1293	0.0286	-0.0477	0.0890	-0.0934
Var10	<u>0.4104*</u>	0.1022	0.0408	0.0506	0.0739	0.0000	0.0589	0.0554	-0.0069	-0.0175
Var11	0.1855	0.0935	0.0649	-0.0126	0.0926	-0.1120	0.1035	0.0727	-0.0144	-0.0710
Var12	<u>0.2295*</u>	0.1258	0.1101	0.0901	0.0061	0.0067	-0.0813	0.0384	-0.0386	-0.0433
Var13	-0.0716	-0.1583	-0.0098	-0.1455	-0.1338	-0.1748	0.0351	-0.1493	-0.1458	-0.0204

Var14	0.1855	0.0420	0.0636	0.0092	0.0212	-0.0207	-0.0491	0.3108*	-0.0750	0.1407
Var15	0.4957*	-0.0372	0.1734	0.1265	0.1469	-0.0233	-0.1301	0.3575*	0.1299	0.1780
Var16	-0.0650	-0.0284	0.0657	-0.0440	-0.0058	-0.0889	-0.1079	0.1041	-0.0803	0.0291
Var17	0.2768*	-0.0233	0.1444	-0.0119	0.0401	-0.0113	-0.0718	0.2011*	0.1412	0.1269
Var18	0.3228*	-0.0705	0.0683	-0.0906	0.1322	0.1410	0.0338	0.1678	0.0908	0.1655
Var19	0.0469	0.0363	0.1177	-0.0219	-0.0428	0.0127	-0.0860	-0.1031	-0.2074*	0.1019
Var20	0.0938	0.1240	0.1801	0.0444	-0.0138	-0.0067	-0.0463	-0.0348	0.1019	-0.0251
Var21	0.1855	-0.0691	0.0020	0.1107	-0.0784	0.0055	-0.0338	0.1968	0.1486	0.1368
Var22	0.0810	-0.1479	-0.0212	-0.0205	-0.0498	-0.0422	0.1463	0.0587	-0.0052	-0.1323
Var23	0.0469	0.0086	-0.0191	-0.0526	-0.0242	0.0565	0.0079	0.1072	0.1095	-0.1542
Var24	0.2192*	0.1238	0.0162	0.3198*	0.1816	-0.0754	0.0226	0.2290*	0.0788	0.0356
Var27	0.1341	0.0937	0.1238	0.0551	0.0415	-0.0715	0.0513	0.2551*	0.0192	-0.1011
Var28	0.1580	0.1942	0.0679	0.0695	-0.0052	-0.1128	0.0230	0.2093*	-0.0242	-0.0532
Var29	-0.0262	0.0970	-0.0146	0.0657	-0.0174	-0.1893	0.0008	0.0597	-0.0862	0.0221
Var30	0.3401*	0.0762	0.1017	0.1340	0.1200	0.0450	-0.0671	0.0514	0.0464	0.0787
Var31_r	0.6541*	-0.0558	0.0050	-0.0368	0.2291*	0.1126	-0.0807	0.2776*	0.1271	0.1449
	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Var1_r	Var2_r	Var3
Item10	1.0000									
Item11	-0.0987	1.0000								
Item12	0.0973	-0.1322	1.0000							
Item13	0.0411	0.0194	0.0069	1.0000						
Item14	0.1705	0.0962	0.0129	-0.2769*	1.0000					
Item15	0.0377	0.0879	0.0699	-0.1086	0.1561	1.0000				
Item16	0.1534	0.2542*	0.1670	-0.1061	-0.0084	-0.0723	1.0000			
Var1_r	0.1012	-0.1360	-0.0569	0.2333*	-0.0169	-0.0097	-0.1663	1.0000		
Var2_r	-0.1496	-0.1031	0.1386	-0.1484	-0.0570	-0.0903	-0.0764	-0.0459	1.0000	
Var3	-0.0726	0.1348	0.0022	-0.0919	0.0705	0.0346	-0.0764	-0.0459	-0.0319	1.0000
Var4	0.2001*	-0.0068	0.0132	-0.0170	-0.0105	0.1682	0.1637	-0.0716	-0.0498	0.1803
Var5	0.0383	-0.0857	0.1045	0.2201*	-0.0838	-0.0292	0.0185	0.4246*	-0.0498	-0.0498
Var6	0.0132	0.0612	0.1737	0.0055	0.1029	0.0768	0.0919	-0.0459	0.6560*	-0.0319
Var7	0.1156	0.0206	0.0175	0.0159	0.0423	0.0450	0.1051	0.2062*	0.0134	0.0134
Var8_r	0.0211	0.0731	0.1564	-0.0053	0.2171*	0.0906	0.1608	0.0889	-0.0882	0.0619
Var9	0.2168*	0.1063	0.0528	0.1609	0.0376	0.0742	0.0840	-0.0189	-0.0882	-0.0882
Var10	0.1759	-0.0249	0.1715	-0.0919	0.2226*	0.3853*	0.1306	-0.0459	-0.0319	-0.0319
Var11	0.0499	-0.0473	0.1050	0.1111	0.1168	0.1221	-0.0423	-0.0821	0.1481	-0.0571
Var12	0.1027	0.0014	0.2700*	0.2620*	-0.0601	0.0610	0.0892	0.0653	-0.0968	-0.0968
Var13	0.0395	0.0277	0.0063	-0.0478	0.0667	-0.0281	-0.0366	-0.0659	-0.0459	-0.0459
Var14	0.0919	-0.0108	-0.0853	-0.1282	0.2903*	0.1293	0.0363	-0.0821	-0.0571	-0.0571
Var15	0.0817	0.1569	-0.0111	-0.0704	0.2098*	0.1553	0.1365	-0.0770	-0.0536	0.1629

a) Descripción de los ítems y de las variables

Dim_humor	Dimension humor depresivo	Var15	Últimos meses ocurrió separación
Item1	Falta de alegría	Var16	Últimos meses ocurrió enfermedad grave
Item2	Enfermo del cuerpo	Var17	Últimos años ocurrió discusiones continuas compañera
Item3	Inferior a los demas	Var18	Últimos años ocurrió discusiones continuas hijos
Item4	No vale a pena vivir	Var19	Últimos años ocurrió dificultad de relación en el trabajo
Dim_energia	Dimension energia	Var20	Últimos años ocurrió discusiones con los padres
Item5	Desinteresado por todo	Var21	Últimos años enfermedad grave familiar
Item6	Le cuesta trabajo pensar	Var22	Últimos años enfermedad pariente o amigo
Item7	Disminucion de la actividad	Var23	Últimos años Aumento de responsabilidad trabajo
Item8	Sensacion de agotamento	Var24	Últimos años descenso categoria laboral
Dim_discom	Dimension discomunicacion	Var25	Últimos años trabajo excesivo o continuado
Item9	Mas sensible que antes	Var26	Últimos años abandono del hogar de algún hijo
Item10	Mabla menos con familiares y	Var27	Últimos años ha pasado a vivir solo
Item11	Se enfada con otras personas	Var28	Últimos años cambio de vivienda
Item12	Dejó de arreglarse	Var29	Últimos años emigración
Dim_ritmo	Dimension ritmopatia	Var30	Últimos años cambio d trabajo a otra empresa
Item13	Problemas para dormir	Var31	antecedentes Psicopatologicos
Item14	Está malo por las mañanas		
Item15	Perdida de apetito		
Item16	Sensación días largos		
Diagnostico	Diagnostico		
Estcivil	Estado civil		
Var1	Buenamala relacion con padre antes 15 años		
Var2	Buenamala relacion con madre antes 15 años		
Var3	Muerte padre < 15 años		
Var4	Muerte madre < 15 años		
Var5	Separación definit. Padre <15 años		
Var6	Separación definit. Madre <15 años		
Var7	Muerte ser querido < 15		
Var8	Muerte familiar o ser querido		
Var9	Últimos tiempos ocurrió perdida economica imp.		
Var10	Últimos tiempos ocurrió perdida de vivienda		
Var11	Últimos tiempos ocurrió perdida animales compañía		
Var12	Últimos tiempos ocurrió perdida empleo		
Var13	Últimos meses ocurrió fracaso en los estudios		
Var14	Últimos meses ocurrió ruptura sentimental		

3.11.5. Resultados obtenidos con los cuestionarios CET y CVPS

Este análisis estadístico de los resultados presentados en los cuestionarios e sus respectivas variables (psicosociales y situacionales) y Dimensiones (estatus de la enfermedad) presentan dependencia que están asociadas directamente al diagnóstico depresivo.

Los resultados obtenidos con el cuestionario CET, *hemos confirmado, por triangulación*, la identificación de *7 trabajadores con depresión* de una población de *97 sujetos estudiados*. Se admitía con depresión, cuando al menos en una de las 04 Dimensiones, el resultado era superior a 8 puntos. Aparte del diagnóstico, esta técnica nos permitió distinguir en la sintomatología depresiva las cuatro Dimensiones o sectores asociados al síndrome depresivo.

El cuestionario CET considera las cuatro Dimensiones con el status de la enfermedad: en la primera Dimensión, *Humor depresivo, presenta una prevalencia del (5/97=5,2%) y de no depresivo (92/97=94,8%)*. En el segundo status, *Anergia, el factor depresivo presenta una prevalencia de (6/97=6,2%), mientras que el no depresivo (91/97=93,8%)*. En la tercera Dimensión, *Discomunicación, verificamos que el factor prevalencia obtuvo un índice (7/97=7,2%) para los dos diagnósticos*. En la cuarta Dimensión, *Ritmopatía, la prevalencia encontrada es de (5/97=5,2%) en el factor depresión, mientras que no depresivo (92/97=94,8%)*.

Detectamos en el decorrer de la investigación las consecuencias de la depresión y sus efectos para el sufrimiento psíquico de los trabajadores. Aquí destacamos que dentro del plano semiológico, que enfoca una serie de síntomas y signos significativos, agrupados desde el punto de vista estructural en las cuatro Dimensiones. La depresión diagnosticada en los trabajadores de Barcon investigados está estructurada fundamentalmente por los siguientes síntomas de mayor incidencia encontrados en las Dimensiones: Dimensión I – Humor depresivo (Falta de alegría, sensación de estar enfermo del cuerpo); Dimensión II – Humor Anergía (apatía, trastorno de memoria y bloqueo mental); de la Dimensión III – Discomunicación (desamparo, irritabilidad y discomunicación social); Dimensión IV – Ritmopatía (hiposomnia, pérdida de apetito, inestabilidad del estado subjetivo a lo largo del día).

Ya con relación al cuestionario CVPS, una vez aplicado, ya sabiendo que una mayor puntuación coincidía con una persona que presentaba mayor factor de riesgo, *hemos detectado un grupo de 20 personas con una puntuación mayor o igual a 41*. De estas 20 personas, hemos visto que *7 coincidían con los 7 sujetos que habíamos identificado con depresión* por la observación participante, entrevistas en profundidad y por la versión breve del Cuestionario Estructural para la Depresión –CET.

De las 37 variables aplicadas hemos llegado al resultado de que 11 de estas variables influyen directamente en el desarrollo de la enfermedad depresiva. Por el análisis estadístico, los resultados muestran que las otras variables estudiadas, interfieren, pero no directamente en la depresión diagnosticada en los trabajadores de Barcón.

Para el cuestionario CVPS, su principal objetivo era identificar los factores psicosociales y situacionales asociados directamente a la enfermedad depresiva en los trabajadores de la constructora Barcon. Para esto, hemos utilizado la técnica estadística del test de independencia, basado en proporciones, donde hemos verificado 02 variables importantes (edad y nacionalidad), pero no fundamentalmente asociadas al diagnóstico y 11 variables que están asociadas directamente al diagnóstico de la enfermedad depresiva (nivel de instrucción; estado civil; pérdida de la madre antes de los 15 años; pérdida de un familiar o ser querido en los últimos tiempos; pérdida de vivienda; pérdida de empleo; cambio de trabajo en el último año; discusiones continuas con la compañera; separación; discusión con los hijos y antecedentes psicopatológicos):

a) Edad

La mayor frecuencia de depresión ha sido hallada en los sujetos de 36 a 40 años. La edad media encontrada entre los diagnosticados fue de 33 años. Hemos encontrado que la edad es un factor importante, pero en este caso estudiado no es un factor de riesgo asociado a la depresión. Esto puede ser porque la depresión sería debida fundamentalmente a cambios psico-sociales importantes a los que se van enfrentando las personas, siendo más importante las condiciones del medio que la edad misma.

b) Nivel de Instrucción

La primera variable importante a ser considerada sería el nivel de instrucción, donde las proporciones conjuntas quedaron distantes de las proporciones del total para cada nivel de instrucción, por ejemplo, para el nivel de formación profesional, la proporción conjunta detectada con depresión fue de (6,3%) y para el nivel licenciatura universitaria la proporción conjunta detectada con depresión fue de (17,4%). Con estos resultados, estadísticamente hemos podido considerar como un factor asociado directamente a la depresión;

Para evaluar el nivel de instrucción y depresión, agrupamos a los trabajadores por profesión, lo que denotaría si el sujeto había pasado por la escuela primaria, técnica o superior (no hay analfabetos en la población estudiada). Luego, con el análisis estadístico, hemos podido considerar que la categoría instrucción constituye un factor de riesgo importante. Es posible que aquí haya influido el que la mayoría de la población estudiada es inmigrante, principalmente del Este Europeo, donde, influenciados por el antiguo régimen comunista, se valoran los cursos superiores. Gran parte de los diagnosticados (57,1%) tiene nivel superior, lo que resalta el sentimiento de incapacidad, ya que se disponen a trabajar por debajo de su calificación, punto importante para desarrollar un estado depresivo.

Aquí encontramos un dato muy significativo para justificar la influencia de esta variable en la población estudiada y que corresponde con la realidad actual vivida en España. Este país ha pasado en poco tiempo, de ser un país aislado y emisor de migrantes, a ser un país abierto al turismo y receptor de migración. El nivel de sobrecualificación de la inmigración española no sólo es mas elevado, si no que dobla al de la mayoría de países occidentales como Alemania, Austria, Italia o Estados Unidos (datos recogidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo – OCDE y hechos públicos por el periódico *La Vanguardia* de 09/01/07).

c) Estado civil

En cuanto al estado civil se ha encontrado que las mayores prevalecias de de depresión se dan en los individuos separados, o que están pasando por una situación familiar difícil, en cambio en los individuos solteros no se observan diagnósticos de depresión. Por lo tanto, encontramos que el estado civil sea un factor de riesgo asociado a la depresión. Esto se puede explicar porque, el estado civil marca la condición de mudanzas sufridas en la estructura familiar que estas personas estudiadas están viviendo, lo que denota que estas personas serían más propensas a desarrollar una depresión.

En este apartado es relevante señalar también que muchos de los trabajadores estudiados (en su caso inmigrantes) viven en un piso compartido, sin su propio espacio y el conyugue juntamente con sus hijos viven en el país de origen, una situación que puede propiciar que el sujeto se sienta todavía más deprimido.

d) Muerte madre antes de los 15 años y muerte reciente de familiar o ser querido

Se observaron prevalencias más altas de depresión en aquellos que declararon haber experimentado la muerte de su madre antes de los 15 años, así como también en aquellos que declararon haber experimentado la muerte de un familiar o ser querido en el último tiempo. En este sentido, el sentimiento de pérdida referente a este apartado y experimentado por los trabajadores estudiados constituye un factor de riesgo importante asociado a la depresión.

Del resultado del análisis multivariado se concluye que estos dos eventos son los que están más fuertemente asociados con el diagnóstico de depresión.

e) Pérdida reciente de la vivienda

Se observaron prevalencias más altas de depresión en aquellos que declararon haber experimentado la pérdida de su vivienda en el último tiempo y por lo tanto fue considerado como un factor de riesgo importante asociado a la depresión.

La vivencia de este tipo de pérdida evaluada en este apartado puede ocurrir por la sensación de incapacidad por no controlar la situación financiera, o sea, por no controlar la propia vida. La sensación, según ellos, era como dejar parte de tu vida materializada para atrás y volver a empezar del cero, con toda la inseguridad de un futuro por vivir.

Del análisis multivariado se concluyó que la pérdida de la vivienda junto a la pérdida de empleo son dos situaciones que se asocian fuertemente con el diagnóstico de depresión.

f) Ocurrencia de discusiones con la compañera y separación de la pareja reciente

Se observaron prevalencias más altas de depresión en aquellos que vivenciaron discusiones continuas con sus compañeras en los últimos tiempos así como aquellos que experimentaron una separación en los últimos tiempos.

Estos dos factores interfieren directamente en la depresión diagnosticada en los trabajadores estudiados.

En cuanto al funcionamiento familiar, sí encontramos que la disfunción severa es un factor de riesgo asociado a la depresión. Hemos visto que los trabajadores que presentaron síntomas depresivos tendrían problemas con sus cónyuges o se habían separado recientemente de la pareja por discusiones continuas y cuando solteros, también afirmaban tener discusiones frecuentes con sus parejas, cuando la tenían, *lo que queda confirmado por el análisis multivariante (modelo 3 para últimos meses)*.

Por otro lado la crisis psicosocial vivida por algunos de estos trabajadores, principalmente los inmigrantes, genera hostilidad hacia el medio y se concreta en la ruptura de relaciones sentimentales, haciéndoles replantearse de nuevo sus conductas.

g) Ocurrencia de discusiones recientes con sus hijos

Se observaron prevalencias más altas de depresión en aquellos que discutieron en el último tiempo con sus hijos, lo que también fue considerado un factor de riesgo importante.

Estas discusiones pueden ocurrir por motivos que están asociados o no al trabajo de los investigados. Puede ser por todo estrés vivido diariamente y la descarga de este desgaste con las personas más cercanas, entre ellas los hijos. Puede ser también por la falta de apoyo de otros miembros de la familia que se encuentran alejados y que no puedan dar soporte a la educación de los hijos; puede ser por no aportar el dinero necesario al deseo de los hijos (ropas, salidas, cigarrillos, etc.)

h) La pérdida de Empleo y el Cambio de trabajo a otra empresa en el último año

Se observaron prevalencias más altas de depresión en aquellos que declararon haber experimentado la pérdida de su empleo en el último tiempo. La pérdida de empleo, también es un factor de riesgo.

Otro factor importante considerado fue la variable *cambio de trabajo a otra empresa en el último año* donde la proporción para el factor depresivo quedó en (17,9%). En este caso, también consideramos como un factor dependiente. El cambio de trabajo a otra empresa, fue considerado un factor de riesgo.

En este apartado es importante destacar el paro y todas sus consecuencias ya descritas en este trabajo, así como también hay que considerar las vivencias del paro y de la rotatividad vivida por los trabajadores de este sector de actividad. Respecto a la ocupación y depresión son muy pocos los estudios se refieren a este tema, pero está claro que el tipo de trabajo de la persona puede contribuir a la presentación de un cuadro depresivo. Para Alonso Fernández la amenaza de depresión contra los trabajadores sometidos a un horario variable se incrementa cuando están sujetos a cambios demasiado frecuentes, incluso de trabajo o empresa. Cualquier cambio laboral de cierta importancia implica a menudo una elevación del riesgo para la depresión. Así ocurre con múltiples cambios: el de profesión, el de responsabilidades en el trabajo, el de las condiciones laborales, o cambios de empresa.

En este grupo de trabajadores podrían haber influido los cambios recientes o inminentes ya descritos, con el mismo peso que las exigencias físicas y psicológicas producidas por el tipo de trabajo.

i) *Antecedentes psicopatológicos*

El tercer factor identificado como importante corresponde a la variable de *antecedentes psicopatológicos*. Percibimos que la mayoría de las proporciones conjuntas son cercanas de las proporciones del total, por lo tanto la mayoría de ellos no son factores relacionados con la depresión;

Respecto al riesgo empírico de que un familiar del enfermo deprimido padezca la misma enfermedad, como vimos a principio de este trabajo, existe entre 10 a 15% de posibilidad de que los hijos de un padre deprimido presenten un cuadro semejante; Si el afectado es un hermano, el riesgo sería de la misma magnitud; Si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían 50% de posibilidad de padecer el mismo síndrome ; Con familiares mas lejanos, como tíos, abuelos y primos el riesgo disminuye a 3 o 4%. Aquellos con familiares cercanos que están deprimidos, comparados con quienes no los tienen, la posibilidad de llegar a estar deprimido es casi dos veces mayor. El riesgo de depresión en varones es de 5 a 12%, pero cuando el varón sufre una enfermedad crónica puede elevarse hasta 33%. Los antecedentes personales de depresión u otro trastorno psiquiátrico si fue considerado un factor importante.

Como ya habíamos enfatizado con relación a la etiopatología de la depresión, además de las causas genéticas, que acostumbran a ser de menos de un 10% como total de los casos diagnosticados, los otros 90% que tienen una causalidad externa, asociadas a sucesos vitales, pérdidas y desajustes afectivos. En nuestro estudio hemos encontrado, a parte de la importancia de la variable de los antecedentes psicopatológicos, las siguientes causas externas relacionada con el desarrollo de la depresión en los trabajadores investigados: nivel de instrucción, cambio de trabajo a otra empresa, nacionalidad.

j) Nacionalidad

El último factor importante, sería la variable *nacionalidad*, que independientemente del factor diagnóstico, (35%) de los trabajadores investigados son españoles, mientras que (65%) son extranjeros. De estos, (2,9%) de los españoles fueron diagnosticados como depresivos, mientras que para el mismo diagnóstico, (9,5%) son extranjeros. Analizando estadísticamente consideramos que la variable nacionalidad es importante, pero no está relacionada directamente con la depresión encontrada en los trabajadores.

Con relación a los extranjeros diagnosticados con depresión, es importante aquí recordar la elaboración del duelo migratorio a que se refiere Achotegui (2002) y que constituye la parte fundamental del funcionamiento mental y de la adaptación a la realidad.

Estos trabajadores han estado marcados por todas las circunstancias exolaborales que están asociadas a la migración: el desarraigo; han dejado su red de apoyo de amigos y familiares en su país de origen; tienen que aprender una nueva lengua; enfrentar una nueva condición social y afectiva; acostumbrarse a nuevos paisajes dentro y fuera de casa; convivir con personas desconocidas dentro de sus viviendas; probar nuevos y distintos sabores culinarios; encontrar o no "iglesias" de su opción religiosa para apoyarse; experimentar costumbres muy distintas a las suyas. Todo esto requiere un sobre-esfuerzo psicológico para la adaptación, conllevando muchas veces al apareamiento del cuadro de una enfermedad depresiva, advenida de la no elaboración de las dificultades y tensiones generadas por esta nueva condición.

En el caso de los trabajadores españoles diagnosticados con depresión, el diagnóstico posiblemente puede estar asociado a la actual crisis económica vivida en España, la baja calificación educativa que recibieron a lo largo de sus vidas y que no les permitieron elegir otra profesión que exige una mayor calificación, sintiéndose estos marginados por trabajar en este sector de actividad.

4ª PARTE
CONCLUSIONES

4. CONCLUSIONES

4.1. Los caminos del descubrimiento.

Los caminos del descubrimiento de la depresión laboral en el ámbito de la construcción comenzaron, como hemos señalado, en la empresa constructora brasileña Brique. El contacto con la realidad laboral de Brique fue prolongado y a través de la observación participante alcancé a descubrir:

- La existencia de depresión entre los trabajadores de la construcción, debida a factores tanto exolaborales (penuria económica, marginación social del sector, conflictos familiares, etc.), como endolaborales (precariedad laboral, bajos salarios, accidentes laborales, baja autoestima laboral, etc.)
- La incidencia de la depresión laboral en Brique (absentismo laboral, riesgo de accidentes, desmotivación, bajo rendimiento, etc.)

Todo ello me llevó a querer estudiar en profundidad esta realidad depresiva en los trabajadores de Brique, para definir el problema y operativizar soluciones. Sin embargo, no disponía de suficiente marco teórico y de una metodología adecuada.

Por ello, decidí realizar estos caminos del descubrimiento del problema en tres tiempos:

- Recoger mi observación participante en Brique y llevarme toda esta problemática laboral a estudiarla en España.
- De mano de los Profs. Á. Espina y Á. Aguirre inicié, en forma de tesis doctoral, un trabajo de campo en la empresa constructora Barcon, para estudiar la realidad de la depresión laboral en el sector de la construcción. De esta investigación, que ahora presento, he obtenido un marco teórico, tanto del fenómeno laboral de la construcción, como de la patología depresiva. Por otro lado, la opción metodológica cualitativa me ha permitido acercarme en profundidad a la realidad estudiada.
- A partir de esta experiencia metodológica y teórica, deseo volver a realizar, en un tercer momento, la investigación observacional y participante en la empresa Brique en Brasil.

a) El comienzo de nuestra investigación

Nuestra investigación comenzó en la empresa Barcon con un “supuesto conjetural” (hipótesis provisional inicial) sobre la existencia de la depresión en los trabajadores de la construcción.

Dada la importancia del tema (al principio, pensábamos sobre todo, en los problemas que para una empresa representa la depresión de sus trabajadores, a causa sobre todo, del absentismo y de los riesgos laborales).

Nuestro propósito era confirmar el “supuesto inicial” para la prevención del absentismo y del riesgo laboral, a la vez, que podríamos estimular a otros investigadores a una investigación más amplia sobre la depresión en las empresas de la construcción.

b) Metodología de la investigación

Para realizar esta investigación “optamos” por la metodología cualitativa, por ser la más idónea en el tratamiento de comportamientos humanos en su medio natural.

La metodología cualitativa opera a través de la observación participante (próxima, cotidiana, in situ, flexible, espontánea y abierta, recogiendo los datos en el contexto natural de los individuos estudiados, con el objetivo de captar su significación idiográfica), completándose la observación participante con las entrevistas no directivas en profundidad, realizadas a los “informantes”. La metodología cualitativa exige “una forma diferente de pensar” la realidad investigada.

Como es sabido, la investigación cualitativa se basa en la “prueba del descubrimiento” (no en la “prueba de la justificación”). En esta investigación, pues, hemos tratado de alcanzar la “tesis” desde una hipótesis probada “por descubrimiento”.

c) Construcción del marco teórico-conceptual

A continuación, construimos el marco teórico-conceptual que íbamos a utilizar a lo largo de nuestra investigación, sobre todo, definiendo nuestro posicionamiento sobre el concepto de depresión, tanto a nivel de explicación sintomática como de análisis etiopatológico, siguiendo de cerca el modelo tetradimensional de Alonso Fernández.

Para nosotros, la depresión no puede definirse como un “trastorno afectivo” (DSM IV), sino que “la totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como una depresión [hundimiento] vital”. Esta posición antropológica abarca semióticamente todo el síndrome depresivo

d) Secuencia del trabajo de campo

El trabajo de campo lo hemos secuenciado en dos partes:

- “*proceso de campo*” (a base de documentación, observación participante y entrevistas en profundidad) que termina con la “codificación” del material registrado.

Una vez terminado el trabajo de campo y antes de construir el “producto de campo”, realizamos una triangulación metodológica como modo de validar nuestros resultados, a base de la pasación de los cuestionarios CET y CVPS, que nos dieron conformidad con nuestra anterior investigación cualitativa de campo.

- “*producto de campo*” (categorizando e interpretando el material codificado, para poder presentarlo en un informe o conclusiones finales).

4.1.1. Conclusiones de los meses de observación participante y de las entrevistas en profundidad

Podríamos resumir mi observación participante en Barcon con la frase “estuve allí con ellos y observé sus manifestaciones depresivas”. Comencé la observación participante con una actitud abierta y flexible: “a ver que sale de mi observación”. Fue una observación “participante”, plenamente asumida por las dos partes, aunque al principio adopté la postura táctica de “estudiante” que sabe de libros pero no de la vida y que quiere aprender de los observados.

El trato con los 97 trabajadores, lo realicé como si tuviera un “zoon” de distancia y otro de proximidad, desde muy cerca y a la vez, con la distancia que comprende.

Las notas de campo las hice en folios que introducía en una “carpeta universitaria” (para que ellos vieran que era un trabajo universitario), donde tenía un diario cronológico de lo observado, que luego “codificaba provisionalmente” en los tres apartados que he descrito (manifestaciones depresivas según el modelo de temporalidad estacional, manifestaciones depresivas de acuerdo con el modelo tetradimensional, y las manifestaciones depresivas por pérdida).

Sobre estas notas, tanto las del “diario de campo”, como sobre las del modelos tetradimensional y las de pérdida, realicé comentarios “al margen”, sobretodo de los “relatos paraverbales”.

Siempre pensé en el “modelo dramaturgico” de Goffman y consideré el marco de la construcción como un escenario viviente, donde cada uno era “actor” de su propio “drama vital”. Esto me sirvió mucho para ubicar mis notas de campo.

No utilicé registro audiovisual porque no hubiera sido aceptado por los trabajadores.

He de notar que la observación participante resultó una vivencia fascinante y el “estar allí con ellos” manifiesta de tal manera la realidad que crea en el investigador una “impronta indeleble”.

Como he dicho anteriormente, una piedra fundamental de nuestro trabajo de campo lo constituye la “observación participante”, dentro de la cual se integran las entrevistas en profundidad. Estas “entrevistas” constituyen una “profundización”, en la medida en que son el complemento más importante de la observación participante.

Aunque, en la observación participante se actúa en un “medio natural”, en la entrevista se crea un medio “artificial”, creado por el entrevistador. Sin embargo, en la observación participante se observa sólo el presente, mientras

que en las entrevistas se profundiza en toda la temporalidad biográfica: pasado, presente y perspectivas de futuro.

Al entrevistar a los 7 trabajadores de Barcon que, de acuerdo con los criterios clínicos adoptados eran “presuntos depresivos”, hemos podido observar la importancia que tienen, por un lado, las “reconstrucciones biográficas” y, por otro, las narrativas sintomáticas del estado depresivo.

En la primera parte, pues, de la entrevista, hemos hecho hincapié en las “presunciones básicas” (reconstrucción biográfica como proceso de “identidad yóica” y “cosmovisión de la realidad” como forma de construirse un “mundo”).

La producción de narrativas sobre la temporalidad biográfica proporcionó muchos datos, aunque bastante reiterativos. Los datos particulares no significativos para este estudio han sido obviados. De los datos biográficos que sí interesaban para enmarcar los procesos depresivos, hemos recogido los más significativos, sobre todo los relativos a las “pérdidas”.

El segundo grupo de “narrativas sintomáticas” sobre el estado depresivo, lo comunicaron, básicamente, en forma de “quejas” y las hemos distribuido (en codificación previa, de acuerdo con su “interpretación densa”) en los cuatro grupos sintomáticos del modelo tetradimensional.

Los siete trabajadores evaluaron positivamente la interacción de las entrevistas, que aunque fueron realizadas con un “guión implícito”, sin embargo mantuvieron siempre el carácter de “abiertas y flexibles”.

Los relatos que hemos transcrito, muchos de ellos dramáticos, constituyen una prueba fehaciente de su estado depresivo, tal como hemos visto en la codificación y categorización.

Creo que, como observadora participante, he realizado un fructífero trabajo porque he llegado a “comprender el sentido” de lo que he observado y de lo que he escuchado.

Generalmente, la buena interpretación es la que hace concurrir en el diagnóstico, la perspectiva *emic* y la perspectiva *etic*, cuando el investigado se reconoce (y hasta libera su ansiedad) en la interpretación del investigador. Es entonces, cuando el investigado sabe lo que le pasa y por qué le pasa. Y eso se dio al final de la investigación de campo, cuando estos 7 trabajadores depresivos aceptaron mis puntos de vista diagnósticos.

Por lo que hemos podido observar (al “estar allí), podríamos decir que el trabajador también parte de una “hermenéutica ontológica” al preguntarse: ¿cuál es mi proyecto de vida, cuál es el sentido de mi vida, cómo puedo ser feliz? Entonces, se lanza a encontrar (desde una aldea provinciana, desde un barrio periférico o desde otra nación) una “patria prometida”, en la que pueda trabajar de lo que sea para ganar un dinero que le permita, primero comer y

después pensar hacia donde va a dirigir su vida, aunque sea en la realidad inestable e insegura del ámbito de la construcción.

Cuando el trabajador ve que su proyecto se hace difícilmente viable, se hunde vitalmente, se deprime: “ha perdido el sentido de luchar”, deja de remar contra la corriente. Si a esto se añaden dificultades familiares, muerte de seres queridos, temor al paro, etc., hundimiento en la depresión está servido. Una vez el trabajador se ha deprimido, comienza el “sufrimiento por vivir”, el miedo a “coquetear de cerca con la muerte” (suicidio), las dificultades para trabajar, el riesgo de accidentes al maniobrar con las máquinas o circular por los andamios, la discomunicación con los amigos, la falta de fuerzas y el enlentecimiento físico y psíquico.

Nuestro trabajo sobre la depresión comenzó por una preocupación laboral (absentismo, riesgo de accidentes, bajo rendimiento, etc.) en la construcción, y ha llegado a una hermenéutica existencial (la construcción como lugar devaluado e inestable donde van a parar los que, a veces, no tienen “nada”). Donde no es difícil que allí anide la depresión, sobre todo en los que no tienen soporte afectivo familiar, sean inmigrantes o no.

Algunos, con mucho esfuerzo, logran hacer de la construcción un trabajo provisional para luego pasar a otros trabajos mejor calificados y remunerados. Entonces, el trabajador siente que la gran ciudad, a costa de gran esfuerzo, le brinda algo de futuro para su familia, percibiendo luz al final del túnel.

Desde luego, es bien evidente, que la observación participante y las entrevistas en profundidad, la categorización y la interpretación, producen un conocimiento idiográfico de la realidad, por eso, la hermenéutica es posible cuando surge al contacto de la interacción humana.

4.1.2. Conclusiones de los cuestionarios CET y CVPS (Triangulación)

Con la finalidad de atender a los objetivos trazados, analizamos también el comportamiento de las variables del cuestionario CET, o sea las respuestas de los 97 entrevistados de la constructora. Empezamos a percibir asociaciones que, aplicadas a la técnica estadística de los principios básicos de los testes diagnósticos, obtuvimos sensibilidad con un índice bastante significativo, variando entre (50%) y (100%) en las Dimensiones establecidas en el cuestionario.

Según Alonso Fernández (1998), el punto de corte para o CET-DE positivo, o sea, para el diagnóstico de la depresión, es una puntuación igual o mayor que 32 en el resultado del test. También se admite considerar como depresión cuando al menos en una de las 04 Dimensiones el resultado es superior a 8 puntos. Después de haber estudiado la población de los 97 trabajadores de la constructora Barcon (observación participante y entrevista en profundidad), aplicamos el cuestionario y analizamos los resultados, *encontrando los mismos 7 trabajadores diagnosticados con depresión* anteriormente por la OP por las EP y confirmando el diagnóstico de depresión por triangulación utilizando el CET (Punto de corte 32 – identificando con depresión los trabajadores que obtenían en al menos una de las 4 dimensiones un valor superior a 8 puntos), por lo tanto la tasa de predominio de depresión en la población estudiada fue de 7,2 %. Para nuestro estudio, este valor se encuentra dentro de las cifras estimadas de diagnóstico para la población en general, que fluctúan entre 4 y 15%.

La muestra utilizada para validar el instrumento CVPS fue compuesta por 97 trabajadores de la empresa Barcon, o sea hemos pasado las encuestas a los 97 trabajadores (90 no depresivos y 7 depresivos – ya identificandos anteriormente por la OP y EP). Los entrevistados tenían una edad media de 32 años (desviación estándar=7,6).

Verificamos la Dimensionalidad del instrumento y su fiabilidad, realizando cálculos de precisión de escala por medio de los coeficientes de Kuder-Richardson, que prueban la fidedignidad para evaluar diagnósticos (depresivo y no depresivo) en la población, que contempla aspectos de la validación y contenido, que fundamenta lo que busca la investigación. Analizando la relación entre las variables separadamente fue considerado el score total que resultó en 0,97, o sea, se concluye que el CVPS es un instrumento de medición preciso para encontrar las variables que influyen directamente en un diagnóstico de depresión en los trabajadores de Barcon.

Finalmente, de acuerdo con los datos conseguidos encontramos variables importantes, donde 11 de estas variables dependieron para el diagnóstico de la depresión en los trabajadores de la constructora Barcon. Las otras variables estudiadas no interfieren de forma directa en el desarrollo de la enfermedad depresiva diagnosticada entre los trabajadores investigados.

Concluimos que la objetividad de la investigación contribuyó para la consecución del trabajo y el posterior tratamiento estadístico, ya que la suma de las diversas variables (dependientes e independientes) produjeran valores significativos para la determinación cualitativa e cuantitativa, vislumbrando los aspectos que servirán de bojo para fundamentar el resultado obtenido.

Se encontraron correlaciones altamente significativas entre los Items del cuestionario CET y las preguntas del cuestionario CVPS. Los niveles de asociación fluctuaron entre un 20% a un 35%, observándose la correlación más baja entre la *disminución de la actividad y en los últimos años ocurrió discusiones continuas con la compañera* y las correlación más alta entre la *disminución de la actividad y últimos meses ocurrió separación*, es decir, que los individuos que presentaron una puntuación alta en la disminución de la actividad es muy probable que hayan experimentado discusiones en el último año con su compañera o una separación, mientras que, los que presentaban una puntuación baja en la disminución de la actividad es poco probable que hayan discutido en el último año con su compañera o hayan tenido que separarse. Es importante destacar que el Item 7, disminución de la actividad, es el que presenta mayor correlación con las restantes variables, entre ellas, variables 6, 14,15,17,24,27,28 y 31.

En cuanto al diagnóstico de depresión, se obtuvo que está altamente correlacionado principalmente con el Item 11 y las variables 4, 8, 10, 15 y 31. Esto quiere decir, aquellos individuos con puntuaciones altas en estos ítems y variables son propensos a presentar un diagnóstico de depresión.

Con las técnicas, los análisis y la ayuda de las tablas, confirmamos por triangulación, la existencia de la depresión en 7 trabajadores de la empresa Barcon, ya identificados por la Observación Participante y las Entrevistas en Profundidad.

4.2. De la hipótesis a la tesis.

a) Construcción de la hipótesis definitiva

Al final del “proceso de campo” (ordenando el material de campo por medio de la “codificación”), estábamos en condiciones de construir una “hipótesis” definitiva. En efecto, a través de la codificación del material recogido en el proceso de campo, alcanzamos una visión del problema, tanto “holística” como pormenorizada. Esta hipótesis final reformuló las hipótesis provisionales anteriores (conjeturales) y la hemos enunciado así:

En la empresa de construcción Barcón se observa estado de depresión en 7 sujetos (de los 97 investigados), ya que en ellos es patente el hundimiento vital a través de la presencia en estos sujetos de los principales síntomas del síndrome depresivo (ritmopatía, anergia, discomunicación y humor depresivo), y cuya etiopatología es fundamentalmente “situacional”.

Esta hipótesis “final” será transformada en tesis, a través de la “prueba del descubrimiento”, cuyos momentos más importantes han sido:

A través del “proceso” de campo:

- La observación participante (“estuve allí”) detectó la existencia de síntomas depresivos (previa asunción de un criterio clínico de demarcación) en 7 de los 97 sujetos trabajadores (población total) de la empresa de construcción Barcón. Las narrativas recogidas (de las que sólo presento algunas de las más significativas, dada su reiteración) permitieron focalizar en 7 sujetos el “síndrome depresivo de hundimiento vital”;

- Las entrevistas en profundidad a los sujetos en los cuales se detectaron los síntomas depresivos de ritmopatía, anergia, discomunicación y humor depresivo, confirmaron el diagnóstico de depresión en dichos sujetos, especificándose su procedencia “exolaboral” (sujetos que han originado su depresión fuera del contexto laboral, pero que están deprimidos en el trabajo) o “endolaboral” (sujetos que se han deprimido en el contexto laboral a causa del estrés, mobbing, burnout, etc.);

La investigación permitió constatar la etiopatología exolaboral de los 7 trabajadores depresivos, aunque aquí, lo exolaboral influye en el trabajo de la

empresa y crea una “secundariedad” endolaboral. Normalmente, no obstante, suele existir tanto una etiopatología exolaboral como endolaboral, en estudios similares.

- La pasación “posterior” de los cuestionarios CET y CVPS, en un ejercicio metodológico de “triangulación” validadora, permitió confirmar la hipótesis de la investigación a la que habíamos llegado, así como la cuantificación de los datos obtenidos.

En la elaboración del “producto” de campo:

- En la categorización de los resultados nos hemos servido de la metodología cualitativa etnográfica, lo que ha permitido categorizar a través de una teoría “etic” (el modelo tetradimensional de Alonso Fernández) las narrativas “emic”, pudiendo, además constatar que la etiopatogenia más determinante de estos 7 sujetos depresivos ha sido la “situacional” (por “pérdidas vitales”), no considerándose decisiva la situación de predominancia emigrante (seis de los siete sujetos depresivos son inmigrantes), ya que los factores determinantes son “biográficos” y afectan a toda la construcción de la biografía del sujeto.

b) La hermenéutica que surge de la investigación

La hermenéutica que surge de esta investigación, podría sintetizarse en estos puntos:

- La confirmación de que el síndrome depresivo viene dado por un “hundimiento vital” en el que se sufre en todo el ser, se sufre por vivir, siendo la depresión como una vivencia existencial de la muerte;

- El trabajo de la construcción está considerado como un trabajo a donde van a parar los que no tienen otro trabajo (inmigrantes, desarraigados laborales, etc.), de ahí que produzca, entre otros síntomas, devaluación de estatus, de identidad social, de bajo poder adquisitivo, etc., lo que explica la presencia de síntomas depresivos;

- La depresión exolaboral que predomina en este trabajo es consecuencia de la situación depresiva general que se observa en la sociedad, pero, se retroalimenta a su vez, en la baja estima laboral (bajo estatus, bajos sueldos, etc.) de quienes están abocados a trabajar (tengan títulos académicos, profesionales, etc., o no). Esta incidencia exolaboral produce notables desajustes endolaborales;

- El planteamiento de la inmigración ha dado, actualmente, un enorme cambio. El actual inmigrante mantiene muchas conexiones con su patria de origen (internet, teléfono, vuelos de bajo coste, vacaciones, etc.) y ya no se da la “depresión por nostalgia” que operaba en la emigración sin retorno de otros tiempos. Por otro lado además de que buena parte de la familia del trabajador (que quedaba allí) acaba también emigrando, al inmigrante actual le importa más el futuro que el pasado. Un inmigrante rumano, por ejemplo, no quiere volver a su país porque allí gana poco (150 € al mes, aprox.) y aquí tiene futuro para su familia y sobre todo sus hijos (educación, sanidad, sueldo, etc.);

c) Las consecuencias laborales de la depresión en la construcción son muy importantes:

Por un lado, están las consecuencias referentes a la individualidad del trabajador. Si la construcción es el “pozo” donde van a parar los que no alcanzan otro trabajo (bajo estatus y baja identidad psicosocial), la depresión transforma a los trabajadores de la construcción en “inadaptados laborales” ya que ni en la construcción son capaces de trabajar.

Las consecuencias laborales no son menos importantes. Los principales síntomas del síndrome depresivo tienen una fuerte incidencia en el riesgo y la siniestralidad laboral. Por ejemplo, la ritmopatía supone una severa alteración del sueño, que priva del descanso necesario; la anergia produce enlentecimiento físico (fatiga, falta de reflejos, lentitud laboral que no se acopla a trabajo en equipo, etc.) y enlentecimiento psíquico (fatiga psíquica, falta de concentración, falta de memoria, etc.), que inhabilitan, por ejemplo, para llevar un camión, una grúa, una máquina, o simplemente para estar en un andamio, sin poner en peligro la vida propia y la de los demás; la discomunicación que presenta la depresión, reduce ampliamente los inputs de información que vienen de fuera, así como limita la expresión comunicativa hacia afuera (ouputs), significando esto que el trabajador depresivo “parece que vive en otra parte”, “que no atiende”, “que no pasa información”, etc.; finalmente, el “humor depresivo” hace que el trabajador depresivo tenga “ideas de ruina” (“todo está fatal”, “este trabajo no tiene futuro”, etc.) e “ideas de baja autoestima” (“no valgo para esto”, “mi vida es un fracaso”, “parece que no soy útil para la empresa”, etc.). Este cuadro suele estar completado con ideas de autolisis y suicidio, más o menos intensas, que le aíslan de los demás compañeros.

- Hace una década, los trabajadores manifestaban vergüenza por reconocer que tenían depresión, por lo que los médicos solían encubriarla con diagnóstico de “estrés”. Ahora, la depresión se ha convertido en el trastorno epidemiológico número uno y suelen darse “bajas laborales” por depresión,

4. CONCLUSIONES

bastante dilatadas, no creando ninguna dificultad el afirmar que se tiene “la depre”.

Ni la depresión debe transformarse en la enfermedad que “fácilmente legitima la baja laboral”, ni debe descuidarse su gravedad y la enorme incidencia que puede tener en el riesgo laboral. Creemos que los empresarios de la construcción deben estar atentos a la incidencia depresiva en sus trabajadores, interesarse por su dolencia y poder evitar así el enorme potencial de riesgo laboral que la depresión (exodepresión y endodepresión) produce.

4.3. A modo de conclusión.

Concluiremos, que la observación participante y las entrevistas en profundidad nos han permitido, además de “aislar” diagnósticamente la población depresiva de la empresa constructora Barcon, “cualificar” descriptivamente la “situación” de los trabajadores deprimidos.

La riqueza de datos y matices que se obtienen a través de “estar allí” (observación participante y entrevistas en profundidad) es posible a través de la metodología cualitativa. Creemos, pues, que este trabajo de investigación, además de habernos proporcionado un “ejercicio metodológico de investigación”, puede ser útil para el segmento de la sociedad en la cual hemos trabajado. En este sentido, la tesis nos ha servido y puede servir a otros.

Sólo nos queda, pues, expresar la formulación final de nuestro hallazgo (microteoría), en forma de tesis:

La incidencia de la depresión entre los trabajadores de la empresa constructora Barcon es de un 72 % (7 trabajadores de los 97 investigados), en los que se observa el “hundimiento vital” propio del síndrome depresivo (analizado a través del análisis tetradimensional) y cuya etiopatología es, fundamentalmente, exolaboral y situacional. La presencia de este alto índice de depresión en la empresa Barcon comporta importantes efectos de índole personal y colectiva (anímicos, laborales y económicos), que precisan resolución.

Esta conclusión (microteoría) nos permitirá elaborar, a partir de ella, nuevas conjeturas (hipótesis), cuya investigación clarifique la incidencia y la cualidad de la depresión en el sector de la construcción, lo que mejorará la condición laboral y el rendimiento de los trabajadores y de las empresas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui L., J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*, Barcelona: Ediciones Mayo.
- Actis, W. (1992). *La inmigración extranjera en Catalunya – Balance y perspectivas*, Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis.
- Addis A., Koren G. (2000). "Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a Meta-Analytical"; *Review of epidemiological studies, Psychol med.*
- Afari, N., Buchwald, D. (2003). *Fatigue chronic syndrome*, *Am J Psychiatry*, 160, 221-236.
- Agüera, L. F. (1998). *Depresión 100 preguntas más frecuentes*, Madrid: Editores médicos.
- Aguirre, A. (1989). "Dimensión antropológica de la depresión", *Antropológica*.
- Aguirre, A. (1994). *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría*, Barcelona: Marcombo.
- Aguirre, A. (1995). *Etnografía – Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*, Barcelona: Marcombo.
- Aguirre, A. (1996). "Imaginario". *Revista de antropología aplicada*. 1:p.173-176.
- Aguirre, A. (1997). *Depresión y cultura infantil*. En I. Badillo, "La depresión infantil, Barcelona: Bardenas, pp.31-46.
- Aguirre, A. (2001). "Psicopatología del trabajo – La depresión laboral", Barcelona: *Revista Antropológica de psicología cultural tercera época nº 8/2001*. Centro de psicología INFAD.
- Aguirre, A. (2002). *La identidad cultural en la migración*, Ciudad autónoma de Ceuta: IEC.
- Aguirre, A. (2008). "Antropología de la depresión", Fortaleza-Brasil: *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Volume VIII nº 3/2008.
- Aguirre, A. (2011, en prensa). *Metodología cualitativa etnográfica*

- Aguilló, E. / Ovejero, A. Eds (2001). *Trabajo, individuo y sociedad*, Madrid: Pirámide.
- Alarcón, J., Vaz, F. J. Guisado, J. (2001). "Análisis del síndrome de Burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social", *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna*, 28 (6) 358-381.
- Alcoverro, O., Rojo Rodés, J. F., Ibarra, M. (2005). "Tipos de amnesia post-TEC y factores implicados", *Psiqu Biol*, 12, 150-158.
- Alonso Fernández, F., F. (1988). *La depresión y su diagnóstico – Nuevo modelo clínico*, Barcelona: Editorial Labort S. A.
- Alonso Fernández, F., F. (1994). *Vencer la depresión*, Madrid: Temas de hoy.
- Alonso Fernández, F., F. (1996). "Psicopatología – El modelo de la depresión en función de la personalidad", Madrid: *Psicopatología*16, 119.
- Alonso Fernández, F., F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edikamed.
- Alonso Fernández, F., F. (1998). *Cet-de: cuestionario estructural tetradimensional para la depresión*, Madrid: TEA Ediciones.
- Alvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Barcelona: Labor.
- Álvarez, J. M. y Perez, A. (1981). *Depresión – Cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla*, Barcelona: Grijalbo Alfonso Impresores.
- Álvarez, C. R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica*, Madrid: Díaz de Santos.
- Altshuler, J. L. , Cohen, L. S. (2006). *Treatment of depression in women. The expert consensus guideline series. A special report*, Post-graduate Medicine.
- American Psychiatric Association (2002), *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorders*, supl. Abril.
- Anguera T. (1995). *Metodología cualitativa*, en J. Arnau y Otros. *Métodos de investigación en psicología*, Síntesis, Madrid.
- Arranz, J. C. (1997). *Gestión de la identidad empresarial*. Ed. Gestión 2000, Barcelona.
- Auber, N. (1993). *El coste de la excelencia - ¿Del caos a la lógica o de la lógica al caos?* Paidós Contextos, Barcelona.

- Ausfelder, T. (2002). *Mobbing el acoso moral en el trabajo – Prevención, síntomas y soluciones*. Ocean Ambar, Barcelona.
- Barcia, D. (1987). *Psiquiatría Antropológica – Homenaje al profesor H. Tellenbach*. Facultad de Medicina – Universidad de Murcia, Murcia.
- Badillo, I. (1996). “Interculturalismo en la escuela. Barcelona”, *Revista de antropología aplicada*. 1, pp.75-87.
- Badillo, I. (1997). *La depresión infantil*. Ed. Bardenas, Barcelona.
- Badillo, I. (2002). *Psicopatologías en la migración – Duelo y depresión en la población migrante*. Ciudad Autonómica de Ceuta: Instituto de estudios ceutíes.
- Ballenger, J. C. (2006). “Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety”, *J Clin Psychiatry*, supl. 22.
- Ballús, C. (1989). “Depresión, realidad humana”. *Antropológica*: Barcelona.
- Barlow, J. (2000). *Gestión del estrés*, Gestión 2000: Barcelona.
- Bech: Lunde, M. Undén, M. (2002) “Self-evaluation social scale of patients with major depression”, *Int J Psych Clin Prt*, 6, 141-146.
- Benoist, J. (1981). *Facetas de identidad- La identidad*, Barcelona: Petrel.
- Berdullas, S., De Vicente A., Magán, I. (2009). “Salud mental y absentismo laboral: Cuando el trabajo no da la felicidad”, Madrid, Infocop nº41 (enero – febrero).
- Bernardo, M. (2005). (ed), “Venlafaxina: 10 años de historia”, *Psiquiatría Biológica*, vol. extra, 12, 2.
- Berner P. (1967). “Special problems of foreign students health services. WHO, Copenhagen”: *Regional office for Europa*.
- Bobes, J. (2001). “La calidad de vida de los enfermos obsesivo-compulsivos, Oviedo”: *Congreso Nacional de Psiquiatría*.
- Bleichmar, H. B. *La depresión: un estudio psicanalítico*, B. Aires: N. Visión.
- Blomm, B. L. (2003). *Planned short-term psychotherapy*, Boston: Allyn & Bacon,
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*, Barcelona: Ediciones Paidós.
- Breton, S. (1998). *La depresión*, Barcelona: Piramide.

- Briggs, G. Freeman, R., Yafe, S. (2006). *Drugs in pregnancy and lactation*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brockington, I.F. (2003). *Motherhood and mental health*, Oxford: Oxford University Press.
- Buceta Fernández, J.M. (1982). *Un acercamiento experimental de la Universidad Complutense de Madrid*, Madrid: UCM.
- Buendía, J. (1993). *Estrés y psicopatología*, Madrid: Piramide.
- Burke P. : (1978). *Popular cultura in early moden Europe*, New York: Harpen.
- Bymaster, F. P., Lee, T. C., Knadler, M. P., (2005). "The dual transenvergadurar inhibitor duloxetine: Profile and clinical result in depression", *Curr Pharm Des.* 11,12, 1.475-1.493.
- Cabaleiro, A. P. (2000). *Depresión y subjetividad*, Tesis Doctoral: Argentina.
- Calabrese, J. R., Shelton, M. D., Rapport, D. J., Kimmel, S. E. (2006). "Long term treatment of bipolar disorder with lamitrigine", *J Clin Psychiatry, supl., reimp.*
- Castaño Asins, J. Ros Montalbán, S. (2005). "Lamotrigna en psiquiatría", *Psi Biol*, 12, 1, 22-32.
- Castilla C. (1991). *Un estudio sobre la depresión*, Barcelona:Ed. Nexos.
- Calvillo, F. (2003). *La depresión entre mitos y rumores*, Madrid: B. Nueva.
- Cervera Enguix, S., Seva Fernández, A. (2006). "Esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico", *Actas Esp Psiquiatr*, 34, 1, 48-54.
- Chadwick-Jones J.K., Nicholson N., Brown C. (1983) *Social Psychology of Absenteeism*, New York: American Sociological Association.
- Cohen, L. S., Heller, V. L. (2000). "Bith outcomes following exposoure to fluxetine", *Biol Psychiatry*, 48, 996-1.000.
- Conca, A. Swoboda, E. (2000). "Clinical impacts of single transcranial magnetic stimulation (STMS) as an add-on therapy in severely depressed patients under SSRI Treatment", *Human Psychopharmacol Clin Exp*, 15, 429-438.
- Conde López, V. (1980). *Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Sintomatología Psicopatológica en los Trastornos Angustiosos y Depresivos*, Barcelona: Upjohn Farmacoquímica.

- Conde, V. (2003). "Clasificación de las depresiones. Mesa redonda: El DSM-IV y las enfermedades del estado de ánimo", Palma de Mallorca, *Congreso Nacional de Psiquiatría*.
- Cope, H., David, A. S. (2006) "Neuroimaging in chronic fatigue syndrome", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 6, 471-473.
- Cortés, E. (1987). *El estrés físico y psicológico en el trabajo*, Madrid: Centro de publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- De Oliveira Martins, J.C. (2007). *Ocio y sufrimiento psíquico en el trabajo: un enfoque desde la experiencia de mestrado en Psicología de la Universidad de Fortaleza – Brasil*, Bilbao: Estudios de Ocio Aisiatzko Ikaskuntzak.
- Dejours, C. A. (1992). *Loucura no trabalho: Estudo de trabalho*, Sao Paulo: Cortez.
- Dejours, C. A. (1994). *Psicodinamica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana a análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*, São Paulo: Atlas.
- De Masi, D. (2001) *A economia do ócio*, Rio de Janeiro: Sexta.
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine P. C
- Detke, M. J. et al. (2002) "Duloxetine, 60 mg once daily, for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial", *Clin Psychiatry*, 63, 308-315.
- Devereux, G. (1973) *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Barcelona: Barral.
- Devereux, G. (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Mexico: Editora Siglo XXI.
- Diav-Citrin, O. (2001). "Is carbamacepine teratogenic", *A prospective controlled study of 210 pregnancies*, 57, 321-324.
- Domènech, J.M. (1977). *Bioestadística*, Barcelona: Herder.
- DSM IV (2000) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- Dunner, D. L. Amsterdam, J. D. (2003). "Adjunctive ziprasidone in treatment resistant depression: a pilot study, San Francisco", *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*.
- Durkheim, E. (1970). *Suicide*, France: Routledge and Kegan Paul.

- E. J. Anthony, T. B. (1980). *Depresión y existencia humana*, Barcelona.
- Einarson, A., Fatove, B., Sarkar, M. (2001). "Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study", *Am J Psychiatry*, 158, 1728-1730.
- Espina B., Angel B. (1992). *Manual de Antropología Cultural*, Amaru Ediciones;
- Even, C., Friedman, S. (2004). *Modafinil and phototherapy in winter's depression*, *Eur Psychiatry*, 11, 200-2001.
- Fernández, M. V. (2000). *Mobbing, Violencia física y estrés en el trabajo*. Gestion 2000, Barcelona.
- Feske, U., Mulsant, B. H., Pilkonis: (2004). "Respuesta clínica a la terapia electroconvulsiva en los pacientes con depresión mayor y trastorno límite de la personalidad", *Am J Psychiatry*, (ed. Esp.), 8, 116-123.
- Fina Sanz (1998). *Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica*, Barcelona.
- Freeman, Am., Pretzer, Jm., Flemming, B. (2002). *Clinical application of cognitive therapy*, Nueva York: Plenum.
- Freeman, M. Smith, K. (2002). "The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women", *J Clin Psychiatry*, 63, 284-287.
- Fregni: Pascual-Leone, A. (2005). "Transcranial magnetic stimulation for the tratamiento f Depression Neurologic Disorders", *Curr Psychiatry Rep*, 7, 381-390.
- Freud, S. ([1917] 1974). *La aflicción y la melancolía*: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1997). *Manuscrito G.*, Madrid: Editora Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1998) *Un caso de curación hipnótica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Frye, M. A., Setter, T. A., Kimbrell, T. A. (2000). "A placebo-Controlled Study of Lamotrigine and Gabaretin Monotherapy in Refractory Mood Disorders", *J Clin Psychopharmacol*, 20, 607-614.
- Garcia Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. Barcelona: Paidós.
- Garrido M., A. (1989). *Estudio del síndrome depresivo en alcoholdependientes*, Madrid: Biblioteca Nueva.

- Gastó F., C. (1984). *Depresiones crónica: análisis sintomático y factores de riesgo. Disertación doctoral no publicada*, Universitat de Barcelona, Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica, Barcelona.
- Gebattel von Fr. (1976). *Antropología Médica*. Rialp, Madrid.
- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., (2007). *Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review*, Lancet, 361, 653-661.
- George, M. S., Sackeim, H. A. (2000). *Vagus nerve stimulation: a new tool for brain research and therapy*, Biol Psychiatry, 47, 287-295.
- Gil-Monte: R. y Peiró, J. M. (1999). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, Síntesis: Madrid.
- Goksan, B., Mercan, S. Karamustafalioglu, O. (2005). *Bupropion is effective in depression in narcolepsy*, Int J Psych Clin Pract, 9, 289-291.
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D. (2005). *Eficacia de la fototerapia en los trastornos del estado de ánimo*, Am J Psychiatry (ed. Esp.).
- González Infante, J. M. (2002). *Nuevos avances en el tratamiento de las depresiones*, Barcelona: Congreso Nacional de Psiquiatria.
- González Menéndez, R. (2005). *La enfermedad de Tomás: ¿Epidemia o endemia mundial?*, Word Psychiatry (edición española), 3, 3, 190.
- Gurméndez, C. (1994). *La melancolía*, Madrid: Espasa Calpe.
- Grinberg L, G. R. (1971). *Identidad y cambio*, Barcelona.
- Grinberg L, G. R. (1982). *Psicoanálisis de la migración y del Exilio*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Hammersley M, Atkinson P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Han, D., Wang, E. C., (2004). *Remission from depression: A Review of Venlafaxine Clinical and Economic Evidence*, Pharmacoeconomics, 23, 6, 567-581.
- Hales, R. E. (1999). *DSM-IV Tratado de psiquiatría – TOMO I*, 3ª edición, Barcelona: Masson.
- Hendrick, V., Altshuler, L. (2003). *Treatment of depression during pregnancy*, Am J Psychiatry.

- Hickie, I. (2001). *Validity of the core*, en G. Parker et ál. Edit., *Melancholia: a disorder of movement and mood*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hirigoyen, MF. (2001). *El acoso moral en el trabajo*. Ediciones Paidós Iberica, Barcelona.
- Hischfeeld, R. M. A. (2005). *The course of depression symptom improvement during treatment with duloxetine*, depression and anxiety, 21, 170-177.
- Hosftede, G. (1999). *Culturas y organizaciones*, Madrid: Alianza Editorial.
- Ingram, R. E., Miranda, J., Segal, Z. V. (2005). *Cognitive vulnerability to depression*, Nueva York: Guilford.
- Ivanovic-Zuvic, F. de la Vega, R. (2005). "Enfermedades afectivas", *Actas Esp Psiquiatr*, 33, 7-12.
- Jackson, Stanley W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión – De los Tiempos hipocráticos a la Época Moderna*, Madrid: Ed. Turner.
- Japers, K. (1977). *Psicopatología General*. Ed. Beta, Barcelona.
- Jick, T. D. (1979). *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in action*. *Administrative Science quarterly*. Vol. 24. Qualitative Methodology. December. P. 602-610.
- Julio, B. G. (2001). *Depresión con síntomas asociados de ansiedad atención primaria*, Barcelona: Ars Medica.
- Junker, B.H. (1960). *Field Work: An Introduction to the Social Sciences*. Chicago: Univ. Press.
- Karp, J. F. Buysse, D. J., Houck: (2004). "Residual symptoms in depressions", *Am J Psychiatry*, 161, 1877-1884.
- Kosky, N. Thorne:(2002). "Personality disorders. Contract's rules", *Int J Psychiatry Clin Prac*, 1, 19-22.
- Laplantine, F. (1979). *Introducción a la etnopsiquiatría*, Barcelona: Gedisa.
- Labrador, F. J. (1996). *El estrés. Nuevas técnicas para el control*, Temas de Hoy: Madrid.
- Laín Entralgo, P. (1984). *Antropología médica*. Salvat, Barcelona.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y proceso cognitivos*, Barcelona: Ed. Martínez Roca.

- Llauradó M., R. (1981). *Las depresiones. ¿Qué son? Su tratamiento*, Barcelona: Alas, L'Hospitalet de Llobregat : Gràf. Socitra.
- Lecubrier, Y. (2005). *Hacia la remisión completa de la depresión*, Symposium Lilly, Pamplona: Congreso Nacional de Psiquiatría.
- Ledesma J. A. (1989). *Situación depresiva*, Barcelona.
- Ledesma, J. A. (1989). *Estudios sobre las depresiones*, Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Littrell, K. H. ,Johnson, C. G., Peabody, C. D.(2000). "Antipsychotic during pregnancy (letter)", *Am J Psychiatry*, 157, 134-138.
- M. Balint (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires
- Mcdonald, C., Schuilze, K., McMurray, R. (2006). *Bipolar disorders: The upswing in research and tratament*, Londres y Nueva York: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1999). *Trabalho: Fonte de Prazer o Desgaste? Guia para Vencer o Estresse na Empresa*, São Paulo: Papyrus.
- Maykut, P., Morehouse, R. (1999). *Investigación Cualitativa – Una guía práctica y filosófica*, Barcelona: Hurtado.
- Mendels, J. (1982). *La depresión*. Barcelona : Herder.
- Migueluez, F. (1990). *El trabajo precario en Catalunya – Transformaciones laborales en la industria de la construccion en Catalunya*, Barcelona: Comissio Obrera Nacional de Catalunya.
- Morse, J. M. y Chung, S. E. (2003). *Toward Holism: The significance of methodological pluralismo*. *International Journal of Qualitative Methods*. Vol 2 N3. Article 2: 2.
- Munera M., G. (2001). *Estrés en el trabajo y la organización laboral*, Madrid: Ediciones GPS.
- Olsen, W. (2004). *Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed*. En: Olborn, M.: *Development in Sociology*. Causeway Press (En prensa).
- Oppermann, M. (2000). *Triangulation - A Methodological discussion*". *International Journal of Tourism Research*. Vol. 2. N. 2. , 141-146.
- Pagano, R.R. (1999). *Estadística para las Ciencias del Comportamiento* (5ª ed.). Mexico: Thompson.

- Pajares, M. (2008). Inmigración y mercado de trabajo – Informe 2008, Secretaria del Estado de Inmigración y Emigración.
- Paris, J. (2004). *Social factors in the personality disorders: a biopsychological approach to aetiology and treatment*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Parker, A. J. R., Wesseley, S. Cleare, A. J., (2001). “The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome and fibromyalgi”, *Psicol Med*, 1, 1331-13345.
- Parker, G. (2003). “Cognitive-Behavior therapy for depression”, *Am J Psychiatry*, 160, 825-834.
- Paul, J. (1996). Between Method Triangulation – a Methodological discussion”. *International Journal of Tourism Research*. Vol 2. N.2, 141-146.
- Patterson, J. M. (2002). “Integrating family resilience and family stress theory”, *J Mar Fam*, 64, 349-360.
- Peiró, J. M. (1990). *Organizaciones: Nuevas perspectivas psicológicas*, Barcelona: PPU.
- Pérez S., G. (2000). *Modelo de investigación cualitativa*, Madrid: Narcea, S.A..
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*, Barcelona: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, A. (1984). *Depresión actualización psicológica de un problema clínico*, Barcelona: Alambra.
- Quitkin, F. M., Stewart, J. W. (2002). “¿Responden de Forma Diferente los Varones y las Mujeres a los Antidepresivos?” *Am J Psychiatry (ed. Esp.)*, 6, 2, 77-83.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*, Madrid: UNED.
- Rodríguez, N. (2002). *Mobbing – Vencer el acoso laboral*, Planeta Prácticos, Barcelona.
- Rojas, E. (2004). *Las nuevas modalidades de depresión*, Colegio de médicos de Madrid, Madrid: Congreso Internacional sobre Estrés Postraumático.
- Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión – En busca de la felicidad razonable*, Madrid: Artes Graficas Huertas, S.A.
- Rojas Malpica, C.A., Esser Diaz, J. (1999). “Psicopatología - ¿La depresión en el contexto laboral”, Madrid: *Revista Psicopatología* (Abril - Junio).
- Roudinesco, E. (1999). *¿Por qué el psicoanálisis?*, Madrid: Ed. Paidós.

- Rouquayrol, M.Z. (2003). *Epidemiología e Saúde*, Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.
- Ruíz Olabuénaga, J.I. (1996). *Metodología de la investigación Cualitativa*: Universidad de Deusto.
- Sabanés Magriñá, F. (1990). *La depresión*, Barcelona.
- Sackeim et ál. (2005). *Advances in psychiatry*, Oxford University Press.
- Salanova, M. (2001). *Exposure to information technology and its relation to burnout. Behavior and Information Technology*. Vol 19
- Sánchez Márquez, G., López Miguel, M. J. (2008). "Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante". Sevilla: Apuntes de Psicología, Vol 26, nº 3, 399-410.
- Sanders, D. (1985). *La depresión*, Pirámide, Madrid.
- Sebreli, J. J. (1992). *El asedio a la modernidad. Crítica del relativismo cultural*, Barcelona: Ariel.
- Selye, H. (1936). *A Síndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature, 138, 32.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Shafii, M. (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica, evaluación y tratamiento*, Madrid.
- Schneider, K. (2004). *Patopsicología clínica*, Madrid: Ed. Morata
- Shedler, J. (2004). "The diagnostic of personality disorders", *Am J Psychiatry*, 161, 1350-1365.
- Stein, G. (2005). *Seminars about personality disorders: social aspects*, Londres: Gaskell.
- Stengel, (1964). *Suicide & attemped suicide*, Apelican Original.
- Sturgeon, W. (1992). *Depresión – Como identificarla, cómo curarla, cómo superarla*, Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Taylor y Bogdan (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Tellenbach, H. (1976). *La melancolía*. Morata, Madrid.

Tellenbach, H. (1964). *Estudios sobre la patogénesis de las perturbaciones psíquicas*. Fondo de Cultura Económica, Méjico.

Tizón García, J.L. y otros. (1993). *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*, Barcelona.

Tizón García, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo – Vivencias, investigaciones y asistencia*. Paidós, Barcelona.

Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J.A. (2008). “La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad”. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.

Van Maanem, J. (1988). *Tales of the Field: On Writing Ethnography*. Chicago: Univ. Press.

Vargas Llovera, M D (1999). *Antropología e historia contemporánea de la inmigración en España*, Alicante.

Vallés, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Webb, E.J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., Sechrest, L. (1966). *Unobstrusive Measures: Nonreactive research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally.

Winograd, B. (2005). *Depresión, ¿enfermedad o crisis?*. Paidós, B. Aires:

Ediciones de Internet:

GVU's 8th WWW user survey. (N.d.) . Extraído el 13 de septiembre de 2006 desde <http://www.ilo.org/public/spanish/support/publ/intro/index.htm>
<http://www.ilo.org/public/spanish/support/lib/dblist.htm#statistics>

Alonso Fernández, F., F. [Biopsicología.net](http://www.biopsicologia.net). Universidad Autónoma. Extraído el 14 de abril de 2006 desde: http://www.biopsicologia.net/fichas/page_4576.html

Benitez de Lugo, Maria Teresa. Salud Mental – Informe de la OIT - Uno de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad o estrés, Extraído el 26 de enero de 2007 desde: <http://www.elmundo.es/2000/10/10/sociedad/10N0082.html>

Bernaldo de Quirós, L. (2000). La inmigración a Debate, Extraído el 12 de julio de 2005 desde: http://www.elcato.org/quiros_inmigracion2.htm

Brown, A. (1999). Mood disorders in Children and Adolescents. National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression. Extraído el 5 de noviembre de 2005 desde: www.narsad.org

Calalero, JL. (2000). Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev. Cubana Endocrinol; 11 (3): 192-8. [- PDF]. Extraído el 4 de enero de 2006 desde: www.rce.org

Schwartz: (2002). España, país de inmigrantes. 2002. Extraído el 10 de mayo de 2005 desde: http://www.elcato.org/schwartzp_spainimmig.htm

Serra, Jordi, (2004). Laboral - La empresa también provoca depresión. Extraído el 21 de enero de 2007 desde: <http://polar.comfia.net/modules/news/article.php?storyid=67>

Otros Documentos:

[Las depresiones en la clínica cotidiana \(1981\). Comité para la prevención y el tratamiento de las depresiones \(España\)](#) Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

[La prevención del estrés en el trabajo \[Vittorio Di Martino ... \(et al.\)\]](#) (1996) Madrid : Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

<http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101sp.html>

http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm

<http://www.psicologia-online.com/formacion/online/clinica/estres/estres.htm>

APENDICES

BREVE CET-DE (Alonso - Fernández, 1986)

Versión breve del Cuestionario Estructural para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión

Edición 1989

Nombre y apellidos Sexo
 Edad Profesión Fecha entrevista H.^a clínica n.º
 Domicilio y teléfono Entrevistador

PERFIL DEL DEPRESOGRAMA

Puntuación	DIMENSIONES				Puntuación Total / 4
	I - H. D.	II - An.	III - Disc.	IV - Ritm.	
16					
14					
12					
10					
Umbral depresivo 8					
6					
4					
2					
0					

TIPO CLINICO DIMENSIONAL (1)

- TETRADIMENSIONAL
- TRIDIMENSIONAL
- BIDIMENSIONAL
- UNIDIMENSIONAL
- DIMENSION I
- DIMENSION II
- DIMENSION III
- DIMENSION IV

(1) Señalar con una cruz las casillas del tipo diagnóstico y de las dimensiones afectadas.

TABLA DE CRITERIOS DE EVALUACION

- 0: Ausencia del síntoma.
- 1: Síntoma dudoso.
- 2: Síntoma poco claro.
- 3: Síntoma ligero («mild», un poco) o esporádico (con una frecuencia de una o dos veces por semana).
- 4: Síntoma bien definido (medio, intenso o muy intenso).

(Se recomienda aplicar, sobre todo, las puntuaciones cero y cuatro).

ESTIMACION DE VALIDEZ DE LA ENTREVISTA

- 0: Falta de voluntad de colaboración ocultación de los síntomas.
- 1: Falta de atención a las preguntas exageración de los síntomas.
- 2: Nivel de colaboración habitual.

(Las entrevistas con cero y uno deben ser anuladas).

VEANSE INSTRUCCIONES COMPLETAS EN EL MANUAL



DIMENSION I (HUMOR DEPRESIVO)

Puntuació

- | | |
|--|-------|
| 1. ¿Nota falta de alegría? ... .. | ..... |
| 2. ¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de cómo va su cuerpo? ... .. | ..... |
| 3. ¿Se siente inferior a los demás? ... .. | ..... |
| 4. ¿Cree que no vale la pena vivir? ... .. | ..... |
| Suma de las puntuaciones | _____ |

DIMENSION II (ANERGIA)

- | | |
|---|-------|
| 5. ¿Se siente aburrido o desinteresado por todo? ... .. | ..... |
| 6. ¿Le cuesta trabajo pensar? ... .. | ..... |
| 7. ¿Ha disminuido su actividad habitual? ... .. | ..... |
| 8. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida? ... .. | ..... |
| Suma de las puntuaciones | _____ |

DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

- | | |
|---|-------|
| 9. ¿Está más sensible que antes? ... .. | ..... |
| 10. ¿Habla menos con su familia o con sus amistades? ... .. | ..... |
| 11. ¿Se siente enfadado o molesto con otras personas? ... .. | ..... |
| 12. ¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente? ... .. | ..... |
| Suma de las puntuaciones | _____ |

DIMENSION IV (RITMOPATIA)

- | | |
|---|-------|
| 13. ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse? ... .. | ..... |
| 14. ¿Se encuentra peor por las mañanas? ... .. | ..... |
| 15. ¿Ha perdido apetito o peso? ... .. | ..... |
| 16. ¿Se le hacen los días muy largos? ... .. | ..... |
| Suma de las puntuaciones | _____ |

OBSERVACIONES IMPORTANTES:

- 1.^a Se procurará efectuar una toma de contacto cordial con el entrevistado en un ambiente adecuado (silencioso y sin interrupciones) durante dos minutos, aprovechando este tiempo par identificarse ante él y exponerle el objeto de la entrevista como un estudio o revisión de s estado.
- 2.^a En el caso de que el entrevistado tuviera dificultades para entender el contenido de algun cuestión, se ampliará esta exposición con la lectura de algunas expresiones del perfil semántic correspondiente, hasta obtener una comprensión suficiente.

CUESTIONARIO DE VARIABLES PSICOSOCIALES Y SITUACIONALES CVPS

Instrucciones: En este cuestionario situacional hemos asignado para cada variable una puntuación ascendente de bueno a malo, donde los valores empiezan desde 01, pudiendo llegar hasta 08 (puntaje más alto aplicable), dependiendo del **factor de riesgo evaluado**.

Estructura Familiar Actual

I

1. Nacionalidad (1) Español (2) Extranjero
2. Profesión:
3. Edad:
4. Estado civil (1) casado (2) soltero (3) separado (4) viudo
5. Nivel de Instrucción: (1) Estudios de Instituto (2) Estudio de formación profesional (3) Licenciado universitario
6. Número de familiares de primer grado que viven con el entrevistado:
7. Número de personas en la vivienda actual:
8. Número de hijos:

Estructura Familiar Procreación

II

9. Relación con el padre antes de los 18 años: (1) buena (2) mala
10. Relación con la madre antes de los 18 años: (1) buena (2) mala
11. Número de hermanos:

Situacional

Cuatro grandes grupos de acontecimientos: **pérdida, situación de aislamiento, situación de sobrecarga y de desarraigo**

III

Antes de los 15 años le ha ocurrido:

12. Muerte del padre (2) si (1) no
13. Muerte de la madre (2) si (1) no
14. Separación definitiva del padre (2) si (1) no
15. Separación definitiva de la madre (2) si (1) no
16. Muerte de algún otro ser querido (2) si (1) no

IV

14. Muerte de algún familiar o ser querido en los últimos 6 meses:

- No (1)
Amigo (2)
Otro pariente cercano (3)
Hermano(4)
Padre (5)
Madre (6)
Cónyuge (7)
Hijo (8)

V

En el último año le ha ocurrido:

- 15. Pérdida económica importante (2) si (1) no
- 16. Pérdida de vivienda (2) si (1) no
- 17. Pérdida de animales de compañía (2) si (1) no
- 18. Pérdida de empleo (2) si (1) no
- 19. Fracaso en los estudios (2) si (1) no
- 20. Ruptura de las relaciones sentimentales (2) si (1) no
- 21. Separación conyugal o divorcio (2) si (1) no
- 22. Enfermedad grave (2) si (1) no

VI

En su entorno ha ocurrido en el último año:

- 23. Discusiones o peleas continuas con su compañera (2) si (1) no
- 24. Discusiones o peleas continuas con los hijos (2) si (1) no
- 25. Dificultad de relación en el trabajo (2) si (1) no
- 26. Discusiones o peleas continuas con los padres (2) si (1) no
- 27. Enfermedad grave de algún familiar de primer grado (2) si (1) no
- 28. Enfermedad grave de otro pariente o amigo (2) si (1) no
- 29. Aumento de responsabilidad en el trabajo (2) si (1) no
- 30. Descenso en su categoría laboral (2) si (1) no
- 31. Trabajo excesivo o continuado (2) si (1) no
- 32. Abandono del hogar de algún hijo (2) si (1) no no
- 33. Ha pasado a vivir sólo (2) si (1) no
- 34. Cambio de vivienda (2) si (1) no
- 35. Emigración (2) si (1) no
- 36. Cambio de trabajo a otra empresa o lugar (2) si (1) no

Antecedentes Familiares**VII**

- 37. Antecedentes psicopatológicos:
 - No (1)
 - Cónyuge (2)
 - Otros familiares (3)
 - Hijo (4)
 - Hermano (4)
 - Padre (4)
 - Madre (4)