

TRABAJO FIN DE GRADO

Revisión Bibliográfica

Impacto de la crisis económica sobre la salud mental en la población española.

NOMBRE ALUMNA/o: SONIA APARICIO CERVANTES

12 mayo 2016



Impacto de la crisis económica sobre la salud mental en la población española by Sonia Aparicio Cervantes is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

RESUMEN

Introducción: Desde 2008 la crisis económica en España ha supuesto un aumento en la tasa de desempleo, en la precariedad laboral y, en definitiva, un empeoramiento en las condiciones de vida de la población. El debilitamiento de los recursos familiares, sumado a los recortes presupuestarios en servicios públicos ha generado el interés de la comunidad científica por analizar su previsible impacto en la salud. La salud mental ha sido una de las áreas investigadas.

Objetivo: Analizar la frecuencia de los trastornos de ansiedad y depresión, alcoholismo, abuso de psicotrópicos y la tasa de suicidios en el periodo de crisis económica y determinar los factores asociados.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática entre los meses de noviembre de 2015 y febrero de 2016 a través de un protocolo de búsqueda en las bases de datos Pudmed y Scopus. Tras seleccionar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente fueron seleccionados 13 estudios.

Resultados: En los artículos seleccionados se ha observado un empeoramiento de la salud mental en la población española durante el periodo de recesión económica. Han aumentado los trastornos de ansiedad, la depresión, el abuso de alcohol y el consumo de psicotrópicos. No se ha encontrado esta relación con los suicidios. Los hombres desempleados y las mujeres con bajo nivel educativo son los grupos más vulnerables.

Conclusión: Hay evidencias suficientes para sostener que ha habido un incremento en la frecuencia de los trastornos mentales en el periodo de crisis económica en España. El desempleo es el principal factor asociado. Es necesario continuar investigando para comprender los factores socioeconómicos que influyen en la salud mental e intervenir sobre ellos.

Palabras clave: crisis económica, recesión económica, salud mental, trastornos mentales, ansiedad, depresión, abuso de alcohol, suicidios, España.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	3
3. RESULTADOS	6
3.1. Metodología y características de los estudios seleccionados	6
3.2. Resultados sobre el trastorno o disfunción mental	9
3.3. Resultados sobre el trastorno de ansiedad	11
3.4. Resultados sobre trastornos del humor o depresión	12
3.5. Resultados sobre consumo de psicotrópicos	13
3.6. Resultados sobre abuso de alcohol	14
3.7. Resultados sobre la tasa de suicidios	15
3.8. Limitaciones de los estudios	16
4. DISCUSIÓN	17
5. CONCLUSIÓN	24
6. BIBLIOGRAFÍA	25
7. ANEXO	

1. INTRODUCCIÓN

Según el modelo de los determinantes sociales de la salud, las políticas públicas y económicas, los ingresos y la situación económica o las condiciones de empleo y trabajo, aumentan la desigualdad en la salud de la población¹. Los determinantes de las desigualdades en salud están sujetos a múltiples variaciones como los cambios sociales, económicos, políticos y demográficos, siendo la actual crisis financiera el cambio más importante que ha tenido lugar a escala mundial en los últimos años².

España ha sido uno de los países europeos más afectados por la crisis financiera que comenzó en 2008. Esta situación, acarreó graves consecuencias socioeconómicas para el país. La tasa de desempleo experimentó un importante crecimiento, pasando del 8% al 22,3% entre los años 2007 y 2015³. La deuda española aumentó de un 12% del P.I.B (Producto Interior Bruto) en 2009, a más del 90% en 2013⁴. Todo ello, debilitó de manera significativa el sistema económico del país.

La situación descrita llevó a los gobiernos nacionales y autonómicos a desarrollar políticas de austeridad basadas en la disminución de los presupuestos, de manera que desde el año 2009 hubo un descenso del gasto público. Hasta 2013 se realizó un recorte de 11.046 millones de euros en asuntos económicos, 6.435 millones de euros en educación y 8.752 millones en sanidad. Concretamente en salud, se procedió al cierre de centros de salud, hospitales y servicios de urgencias, se retiraron 456 medicamentos de la financiación pública, se dio paso al copago de medicamentos y crecieron las listas de espera, entre otras cuestiones.⁵

La recesión económica ha tenido un impacto en la situación socioeconómica de las personas debido a la pérdida de trabajo, la inestabilidad laboral, la reducción de los salarios y los recortes en los presupuestos y en las políticas del estado del bienestar⁶.

La asistencia sanitaria pública es una pieza clave para la reducción de la desigualdad y el objetivo fundamental de la Estrategia Europa 2020. Por ello, es importante saber cómo y cuánto influyen las crisis económicas sobre la salud de

las poblaciones y, especialmente, estudiar si estos cambios sociales y económicos han mermado de alguna manera la salud poblacional.

Existe, por lo tanto, necesidad de disponer de evidencias sobre las consecuencias de la crisis en la salud para que los y las profesionales de la salud puedan implementar intervenciones orientadas a garantizar la equidad en salud y en atención sanitaria⁷. Así mismo, deben estar atentos para promover la vigilancia, la documentación y la investigación con respecto a las necesidades humanas surgidas durante ésta⁸. Es preciso analizarlas para poder entender y dar soluciones a los problemas sanitarios que ya se perciben hoy, pero, sobre todo, los que previsiblemente ocurrirán a medio y largo plazo⁹.

Han transcurrido casi diez años desde el inicio de la crisis económica, lo que ha permitido la realización de diferentes estudios en diferentes países, para determinar el impacto de la crisis económica sobre distintas dimensiones de la salud. En España las publicaciones se han centrado mayoritariamente en el impacto en la salud de la disminución del poder adquisitivo y del incremento de la desigualdad en la salud¹⁰. Una de las dimensiones estudiadas es la salud mental, sobre la que hay suficiente literatura, tanto dentro como fuera de España, para poder comprobar el impacto positivo o negativo de esta crisis financiera sobre la salud mental de la población española.

Cada vez aparecen más estudios sobre este tema que intenta clarificar el asunto en cuestión, lo que demuestra que se trata de un área de interés y de controversia. La profundización de la recesión económica en España, hace que sea oportuno revisar la literatura que se ocupa de los efectos sobre la salud mental de la inseguridad económica.¹¹

Con la finalidad de sintetizar los resultados encontrados y poder así determinar si ha empeorado el estado de salud mental de la población española como consecuencia de los cambios socioeconómicos derivados de la recesión económica, se formula el siguiente **objetivo**: Analizar la frecuencia de los trastornos de ansiedad y depresión, alcoholismo, abuso de psicotrópicos y la tasa de suicidios en el periodo de crisis económica. Así mismo, serán objeto de estudio los factores predictores observados en tales estudios.

1. METODOLOGÍA

Se ha efectuado una revisión sistemática de la literatura publicada, con el fin de dar respuesta al objetivo planteado y analizar los efectos de la crisis económica sobre la salud mental en España desde el año que comenzó aproximadamente la crisis, es decir, desde 2007-2008 hasta la actualidad.

Esta revisión sistemática se ha realizado en base a las disposiciones **PRISMA** para garantizar su buena calidad metodológica¹².

La **estrategia de selección** de los estudios ha consistido en una búsqueda bibliográfica exhaustiva entre los meses de noviembre de 2015 y febrero de 2016, utilizando los términos MeSH “economic crisis”, “economic recession”, “mental health”, “mental disorders”, “depression”, “anxiety”, “alcohol abuse”, “suicide” y “Spain” (**Tabla 1**). Estas palabras clave se han combinado con los operadores booleanos "AND" y "OR".

Tabla 1: Estrategias de búsqueda.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA
MEDLINE (PUDMED)	<pre>((("economics"[MeSH Terms] OR "economics"[All Fields] OR "economic"[All Fields]) AND ("Crisis"[Journal] OR "crisis"[All Fields])) OR ("economic recession"[MeSH Terms] OR ("economic"[All Fields] AND "recession"[All Fields]) OR "economic recession"[All Fields])) AND (("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields]) OR ("mental disorders"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "mental disorders"[All Fields]) OR ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields]) OR ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields]) OR "depression"[All Fields]) OR "depression"[MeSH Terms]) OR ("alcoholism"[MeSH Terms] OR "alcoholism"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "alcohol abuse"[All Fields]) OR ("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields])) AND ("spain"[MeSH Terms] OR "spain"[All Fields]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2006/04/28"[PDat] : "2016/04/24"[PDat])</pre>
SCOPUS	<pre>TITLE-ABS- KEY ((economic crisis OR economic recession) AND (mental health OR mental disorders OR anxiety OR depression OR alcohol abuse OR suicide) AND Spain)</pre>

Tabla 1: Estrategia de búsqueda con los descriptores MESH y los operadores lógicos.

La búsqueda se ha realizado en las bases de datos **Pudmed** y **Scopus**.

Los **filtros metodológicos** utilizados han sido: acceso a texto completo y estudios publicados hace menos de 10 años.

Como **criterios de inclusión** se han considerado:

- El tipo de estudio, priorizando los longitudinales sobre los transversales, dado que son metodológicamente más adecuados para establecer relaciones de causalidad.
- Estudios que analizaran como variable dependiente o variable resultado la salud mental y las variables en las que se iban a analizar los efectos. Las variables resultados dependientes son: trastornos mentales, depresión, ansiedad, abuso de alcohol y suicidio.
- Población de estudio mayor de 16 años y residentes en España.

Como **criterios de exclusión** se han descartado artículos centrados en poblaciones específicas como inmigrantes, profesionales de la salud, las personas cuidadoras etc. Se han descartado, asimismo, artículos que relacionaban la crisis con variables distintas a la de nuestro objeto de estudio, tales como: el uso de servicios sanitarios, las políticas sanitarias, la promoción y la prevención, los problemas en la vivienda, etc. También se han descartado aquellos artículos que fueran revisiones sistemáticas o narrativas, así como artículos de opinión; si bien, estos se tuvieron en cuenta para la realización de la búsqueda inversa. Cabe destacar, que todos los artículos encontrados fueron publicados en inglés o español.

Tras todo ello, cada uno de los artículos seleccionados ha sido evaluado por su calidad metodológica, realizando una lectura crítica a través de las recomendaciones de la iniciativa **STROBE**, para seleccionar aquellos artículos con mayor rigor metodológico¹³.

También se han determinado las variables a recopilar de cada uno de los estudios para su posterior comparabilidad. Así, se han registrado características del contexto (año de realización del estudio y comunidad autónoma), metodológicas (tamaño, tipo de muestreo y perfil de la muestra del estudio, herramientas, tipo de diseño, variable dependiente o resultado, limitaciones) y, finalmente, los principales resultados.

Se han obtenido 61 estudios potencialmente interesantes a través de la búsqueda tanto en Scopus como en Pudmed, de éstos, 9 referencias estaban repetidas por lo que han sido eliminadas. De los 52 registros únicos cribados, 28 han sido excluidos puesto que sus objetivos eran diferentes del de la revisión o,

simplemente, no cumplían con los criterios de inclusión o exclusión, 5 de los artículos se limitaban a población infantil y 5 a población inmigrante; a los que se han sumado 4 artículos resultantes de la búsqueda inversa. Han quedado 28 estudios incluidos para su lectura a texto completo, de los cuales, 15 han sido excluidos por diferentes motivos: 6 artículos por tratarse de revisiones sistemáticas, narrativas o artículos de opinión, 2 por no poder acceder a su texto de manera libre y 7 después de ser cribados a través de la herramienta STROBE. Finalmente, este trabajo se ha basado en 13 artículos relativos a la crisis económica y la salud mental en el territorio español. (**Figura 1**).

Figura 1: Búsqueda bibliográfica de los estudios incluidos en la revisión.

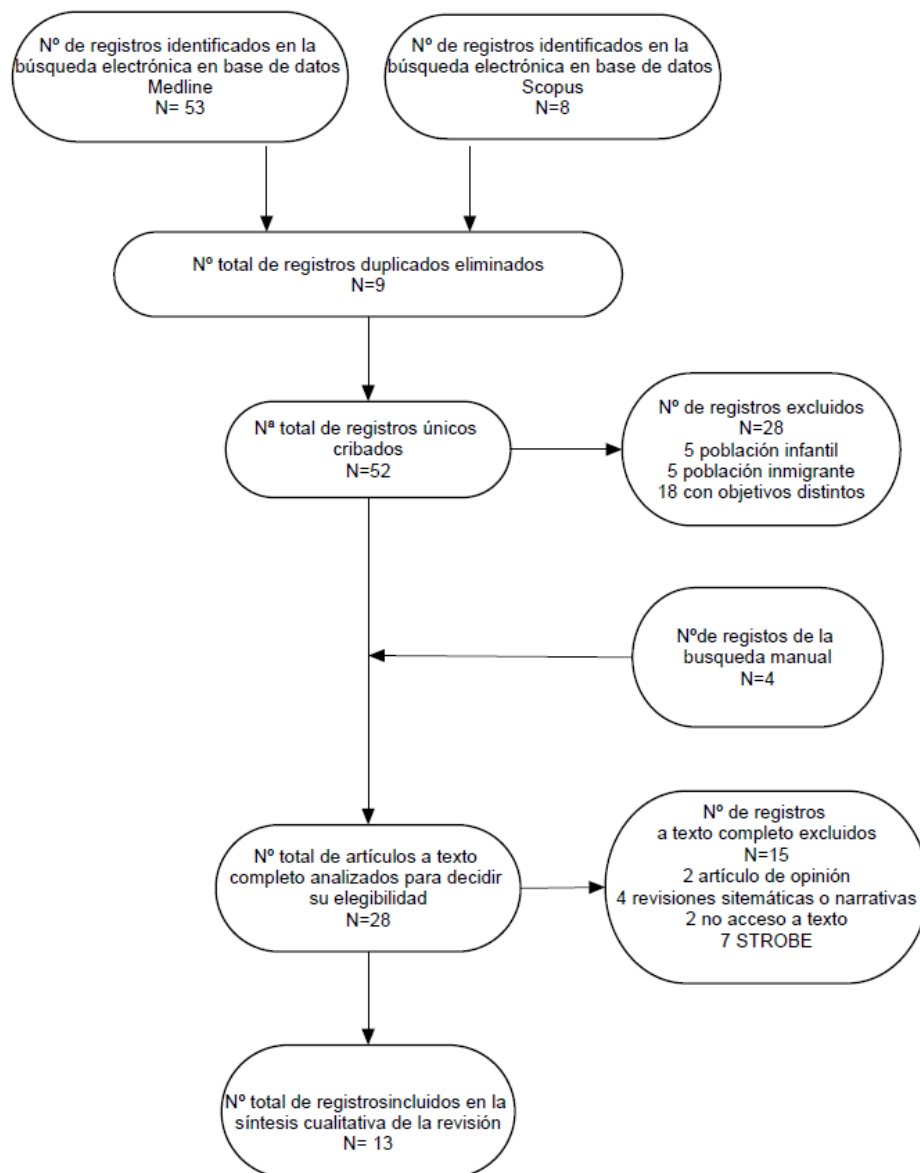


Figura 1: Diagrama de flujo explicativo de las distintas fases de selección de los estudios incluidos en la revisión.

2. RESULTADOS

2.1. Metodología y características de los estudios seleccionados

A continuación se recogen los datos extraídos de los artículos seleccionados que analizan la relación entre la salud mental y el periodo de crisis económica en España. (Tabla 2).

Tabla 2: Características de los estudios seleccionados.

AUTOR DISEÑO	MUESTRA	FUENTE DE DATOS Y PERIODO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Navarro et al¹⁴ 2015 Transversal.	2621 participantes: mayores de 18 años que reside en Murcia y que no viven en instituciones. Muestreo aleatorio estratificado y multietápico	Entrevista con cuestionario (Pegasus-Murcia-Proyect) JUNIO 2010- MAYO 2012	Resultados: Aumenta la prevalencia <ul style="list-style-type: none"> • Trast. Mental.:16,3%en 2012- 9,2% los 10 años anteriores. • Ansiedad: 9,7% en 2012-5.9 10 años anteriores. • Depresión: aumento del 6,6% • Consumo de sustanc: aumento del1% Predictores: <ul style="list-style-type: none"> • Los más jóvenes • El estrés relacionado con la crisis económica.
Fernández et al¹⁵ 2015 Longitudinal.	143 participantes Barrió Sant Adrià de Besòs (Barcelona). Muestreo sistemático.	Cuestionario que incluye el SF 12 – ITEMS y la escala de DUKE de apoyo social MARZO- NOV.2012.	Resultados: El bajo apoyo social durante el periodo de crisis, aumentó el riesgo de baja calidad de vida relacionada con la salud mental. Predictores: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo apoyo social.
Iglesias et al¹⁶ 2014. Transversal.	La muestra fueron el total de casos atendidos desde datos de población de INE (Instituto Nacional de Estadística de España). Sujetos que establecieron contacto con cualquier sitio de Servicios de Asistencia en Cuidados Mentales. Asturias	Registro acumulativo de Casos psiquiátricos de Asturias (RACPAS)], 2000 - 2010	Resultados: la variación de los indicadores socioeconómicos no se asocia con un incremento en la demanda asistencial por trastorno mental. El aumento del paro reduce la demanda de atención en esta. Predictores: 3 indicadores socioeconómicos: <ul style="list-style-type: none"> • Paro • IPC • PIB
Gili et al¹⁷ 2013. Transversal.	1ª fuente:7940 pacientes (2006 - 2007) 2ª fuente: 5876 pacientes (2010 - 2011). Muestras aleatorias escogidas por parte de psiquiatras de atención primaria de España.	Cuaderno de recogida (CRF). Aplicado por el médico. 2006 -2007 FEBRERO DE 2010 Y ABRIL DE 2011.	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> • Tras. Ansiedad: aumento del 8% • Depresión : aumento del 19% • Abuso de alcohol: aumento del 5% • Consumo antidepressivos: aumentó Predictores: familias en desempleo, con dificultades en el pago de la hipoteca o desalojadas.
Urbanos-Garrido et al¹⁸. 2014 Transversal.	Población española no institucionalizada entre 16 a 65 años (en edad de trabajar). 17 comunidades autónomas. Muestra en desempleo más de 1 año:13.663 en 2006 9465 en 2011-2012. Muestra con trabajo y sin trabajo: 15.324 en 2006 10.855 en 2011-2012 Muestreo aleatorio estratificado multietapico	Encuesta Nacional de Salud española (ENSE) AÑOS 2006 Y 2011-2012	Resultados: El desempleo tuvo un impacto negativo sobre la salud mental. Esta fue medida como la presencia de depresión crónica, ansiedad u otros problemas mentales. El impacto fue mayor en el caso de desempleo de larga duración. Predictores: <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo.

Tabla 2: Características de los estudios seleccionados (continuación).

AUTOR DISEÑO	MUESTRA	FUENTE DE DATOS Y PERIODO DE ESTUDIO	RESULTADOS
<p>Bartoll et al¹⁹ 2014 Transversal</p>	<p>Personas entre 16 a 65 años (en edad de trabajar). Población española no institucionalizada. 17 comunidades autónomas.</p> <p>Muestra: 23.760 participantes en 2006/2007.</p> <p>Muestra: 16.616 en otra entrevista 2011/2012.</p> <p>Muestreo aleatorio estratificado multietapico.</p>	<p>Encuesta Nacional de Salud española (ENSE) Años 2006-2007 y 2011-2012.</p>	<p>Resultados: Aumento de la prevalencia de mala salud mental entre los hombres (de un 14,7 a un 16.9% entre 2006-2007 y 2011-2012). Sobre todo en hombres con bajo nivel socioeconómico. No en mujeres que ha disminuido un 8% (reducción concentrada en menores de 24 años y población activa).</p> <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase soc. baja • Bajos estudios • Extranjeros
<p>Zapata et al²⁰ 2015 Transversal.</p>	<p>Personas entre 16 a 65 años (en edad de trabajar). Población española no institucionalizada. 17 comunidades autónomas</p> <p>Muestreo aleatorio estratificado multietapico</p>	<p>Tres ediciones de la Encuesta Nacional de Salud española (ENSE):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2003-2004. 2) 2006-2007. 3) 2011-2012. <p>Encuesta de salud Europea (2009-2010)</p>	<p>Resultados: Aumentan los casos de depresión tanto en mujeres como en hombres en 2009-2010 en comparación con 2003 en la mayor parte de las comunidades autónomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mujeres, el nivel educativo bajo aumenta el riesgo de depresión. • En hombres las dificultades socioeconómicas aumentan el riesgo de depresión. <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones económicas. • Nivel educativo. • Sexo.
<p>Sicras-Mainar et al²¹ 2015. Longitudinal.</p>	<p>Total de pacientes atendidos en centros de atención primaria y en el hospital de Badalona, diagnosticados de trastornos depresivos.</p> <p>En el período previo a la crisis :3.662 pacientes período de crisis económica : 5.722 pacientes</p>	<p>Bases de datos de los registros médicos informatizados</p> <p>Dos períodos :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2008-2009, previo a la crisis. 2) 2012-2013, período de crisis económica. 	<p>Resultados: Al comparar los dos períodos, la prevalencia del trastorno depresivo fue del 5,4 % frente a 8,1 %.</p> <p>Durante el período de crisis, el uso de antidepresivos aumentó en un 35,2 %.</p>
<p>Pérez et al²² 2016 Transversal.</p>	<p>Personas entre 16 a 65 años. En edad de trabajar. Población española no institucionalizada. 17 comunidades autónomas.</p> <p>Muestra de 18.202 y 12.615 sujetos en los años 2006/2007 y 2011/2012,</p> <p>Muestreo aleatorio estratificado multietapico</p>	<p>Cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).</p> <p>Años 2006-2007 Y 2011-2012.</p>	<p>Resultados: La disfunción mental aumenta durante la crisis económica en hombres (OR=1.2; IC95% 1.1-1.3).</p> <p>En mujeres no muestra cambios significativos (OR=0.97; IC95% 0.88-1.07).</p> <p>Un mayor consumo de ansiolíticos está asociado con periodo de crisis económica tanto en hombres (OR=2.3; IC95% 1.8-2.8) como en mujeres (OR=1.7; IC95% 1.4-1.9).</p> <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social percibido • Nivel de estudios • Situaciones de discapacidad • Factor de protección: tener entre 16 y 44 años y tener empleo.

Tabla 2: Características de los estudios seleccionados (continuación).

AUTOR DISEÑO	MUESTRA	FUENTE DE DATOS Y PERIODO DE ESTUDIO	RESULTADOS
<p>Barceló et al²³ 2016.</p> <p>Longitudinal.</p>	<p>Total de personas que había hecho uso de los servicios de atención primaria ofrecido por una de las tres áreas básicas de salud en Cataluña En 2012.</p> <p>Muestra: 26.168 personas.</p>	<p>Registros clínicos</p> <p>Periodo 2005-2012</p>	<p>Resultados: Hubo un aumento en el consumo de psicofármacos a partir del 2009.</p> <p>Prescriptores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo
<p>Miret et al²⁴ 2014</p> <p>Transversal.</p>	<p>Muestra de 4583 participantes de una encuesta domiciliaria transversal en España</p> <p>Muestreo aleatorio estratificado multietapico</p>	<p>En la encuesta realizada del Encuesta realizada en el hogar (CIDI 3.0) Comparada con los datos del ESEMED 10 años atrás.</p> <p>Periodo: 25 de julio de 2011 al 8 de mayo de 2012.</p>	<p>Resultados: La prevalencia en las ideas e intentos de suicidio en los años 2011 - 2012 era muy similar a la encontrada 10 años atrás, sin apenas variaciones a lo largo de esos años, sí encontraron ciertas relaciones entre las ideas e intentos de suicidio con algunas variables socio-económicas.</p> <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para los más jóvenes: desempleo e incapacidad • para los de mediana edad: soledad • para los más mayores: problemas económicos en el hogar.
<p>Córdoba-Doña et al²⁵ 2014</p> <p>Transversal.</p>	<p>Muestra:24.380 (11.494 hombres y 12.886 mujeres) Entre 15 y 65 años y con el código de intento de suicidio.</p>	<p>Los datos sobre desempleo : Encuesta de Población del Instituto Nacional de Estadística,</p> <p>Casos de intento de suicidio registrados en el SIEPES (Sistema de Información de Emergencias en las Empresas Públicas de la Salud) en Andalucía.</p> <p>PERIODO: 2003 Y 2012, para cubrir los cinco años previos a la crisis (2003-2007) y cinco años desde (2008-2012).</p>	<p>Resultados: Entre 2008 - 2012 hubo 4.989 (2.017 en hombres y 2.972 en mujeres) más intentos de suicidio de los esperados según las tendencias anteriores al inicio de la crisis. Se observó que un incremento del 1% del desempleo se relacionaba con un incremento de 1.08 (x105) intentos de suicidio en hombres, no existiendo relación significativa en mujeres.</p> <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener entre 35 -54 años • Ser mujer • Desempleo (solo en hombres).
<p>López et al²⁶ 2013.</p> <p>Transversal.</p>	<p>Todos los casos de suicidio recogidos en España desde 2005 a 2010,</p>	<p>Analizaron los registros de suicidio por mes según región (norte, centro, zona mediterránea e islas Canarias).</p> <p>Obtenidos del INE. (Instituto Nacional de Estadística)</p> <p>Periodo: de 2005 a 2010. Se definió el periodo pre-crisis (hasta marzo de 2008) y post-crisis (desde abril de 2008).</p>	<p>Resultados: Se observó un incremento del 8,0% en la tasa de suicidios asociado a la crisis económica.</p> <p>Predictores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área Norte y • Mediterránea • Ser hombre • Ser joven

Tabla 2: Características fundamentales de los estudios seleccionados.

La metodología de los estudios en general, se fundamenta en analizar los resultados en un periodo de tiempo^{14,15,1,23,24,25,26} o comparando dos periodos^{17,18,19,20,21,22}, para analizar cómo los cambios en la salud mental varían en éstos como consecuencia de la crisis económica. Estos periodos comprenden el inicio de la crisis, que se sitúa en el 2006 aproximadamente y cuando la crisis ya estaba instaurada. Todos los autores de los artículos seleccionados analizan datos hasta 2012, excepto un estudio⁸ que analiza datos hasta el año 2013.

De los 13 artículos utilizados para la presente revisión, 7 de ellos^{17,18,19,20,22,24,26} realizan su investigación dentro de todo el territorio español, mientras que otros artículos^{14,16,25} se centra en Murcia, Asturias y Andalucía. El resto^{15,21,23} utilizan como ámbito geográfico para su trabajo Cataluña.

En relación al tipo de diseño, se han encontrado 10 artículos transversales^{14,16,17,18,19,20,22,24,25,26} y 3 longitudinales^{15,21,23}. Es importante destacar que uno de los longitudinales¹⁵ ha dispuesto de una muestra muy pequeña, y pese a esa limitación, se ha mantenido dentro de la revisión puesto que este tipo de diseño resulta más idóneo para establecer una relación de causalidad.

En 4 de los artículos^{18,19,20,22} seleccionados, la fuente de información utilizada fue la ENSE (Encuesta Nacional de salud Española), aunque también se utilizaron otras encuestas o entrevistas como la CIDI 3.0^{14,24}, la SF-12 empleada en el estudio de Fernández et al¹⁵, la PRIME-MD en el estudio de Gili et al¹⁷ o la GHQ-12-14 utilizada en el estudio de Pérez-Romero et al²². Además, se encontraron otros 4 artículos que utilizan como fuente de información los registros acumulativos de casos, como el SIEPES²⁵ (Sistema de Información de Emergencias en Empresas Publicas de la salud), los registros de suicidios del INE²⁶ (Instituto Nacional de Estadística), los registros clínicos de centros de atención primaria de salud^{21,23} y registros hospitalarios²¹.

2.2. Resultados sobre el trastorno o disfunción mental

Navarro –Matéu et al¹⁴ en su estudio realizado entre los mayores de 18 años no institucionalizados y residentes en Murcia, entre junio 2010 y mayo de 2012, observaron una clara relación entre un aumento de la prevalencia en los casos de trastornos mentales y la etapa de crisis económica. Un total de 2.621

participantes fueron entrevistados; el 54,5% mujeres, con una edad media de 48,6 años. En el tiempo en el que se realizó la entrevista, la prevalencia de trastornos mentales fue de un 16,3%, mientras que el tanto por ciento de ésta, diez años previos a la entrevista, fue de un 9,2. Según el estudio, los trastornos de ansiedad son más frecuentes que los trastornos del humor y estos últimos son más frecuentes que los trastornos por consumo de sustancias. La depresión mayor, el abuso del alcohol y la fobia específica fueron los tres trastornos psiquiátricos más comunes.

Pérez-Romero et al²² en su investigación realizada durante los periodos de 2006-2007 y 2011-2012, al igual que en el estudio anterior, demuestra que la disfunción mental aumenta durante el periodo de crisis económica, pero curiosamente sólo entre los hombres (OR=1.2; IC95% 1.1-1.3), mientras que en mujeres no muestra cambios significativos respecto al periodo de pre-recesión (OR=0.97; IC95% 0.88-1.07). El **apoyo social** aparece como un factor de protección.

De igual manera, Bartoll et al¹⁹ comparando los datos de los mismos periodos de tiempo que el anterior, también observaron que el estado de mala salud mental sufrió un aumento del 15% durante esos años y, curiosamente, también sobre todo en hombres, en este caso de 35 a 54 años, con **bajo nivel socioeconómico, con estudios primarios o secundarios, extranjeros y principales sostenes económicos dentro de su familia.**

Gili M. et al¹⁷ corroboran igualmente que la actual recesión económica, en los mismos periodos citados anteriormente, había aumentado significativamente la frecuencia de los trastornos de salud mental entre los asistentes de atención primaria en España, volviendo a añadir que sobre todo en familias que experimentan el **desempleo, el desalajo y las dificultades de pago de la hipoteca.**

Por otro lado, Fernández et al¹⁵ según su estudio afirman que la crisis económica parece tener un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud mental de los participantes, los cuales después de haber experimentado una crisis económica redujeron ésta en más de 5 puntos.

Iglesias et al¹⁶, nos hablan de tres indicadores socioeconómicos como son el **paro**, el **IPC** (Índice de precios al Consumo) y el **PIB** (Producto Interior Bruto). Pone de manifiesto cómo el incremento de la tasa de paro se asocia a una disminución de la demanda incidente y prevalente en salud mental. El IPC presenta una correlación positiva débil con la tasa de incidencia de los trastornos mentales y el PIB no presenta una correlación significativa con la demanda incidente. Sin embargo, el estudio realizado por Iglesias et al¹⁶ no mostró relaciones significativas entre el aumento de la demanda asistencial incidente y prevalente de trastornos mentales y las variables socioeconómicas. En dicho estudio, se vio que la demanda incidente en salud mental durante el periodo estudiado (2000 - 2010) fue en descenso. Además, se observó que el aumento del **desempleo** conllevaba una disminución en la demanda incidente y prevalente de los casos de salud mental, mientras que aumentos del PIB e IPC aumentaban la demanda incidente o prevalente de ciertos trastornos.

Cabe destacar, que en varios de los artículos se pone en evidencia, como las consecuencias derivadas de la crisis económica tales como los **problemas de vivienda, la clase social o el bajo nivel de estudios, la inestabilidad laboral o el desempleo**, afectan a la salud mental empobreciéndola.

En este sentido, el estudio de Urbanos-garrido et al¹⁸ destaca como el **desempleo** es otra de las consecuencias que han tenido un impacto significativamente negativo sobre la salud mental de la población española, medida en términos de depresión y ansiedad. Así, en su estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud, durante los periodos de 2006 y 2011-2012, vieron como este impacto es especialmente alto para el **paro de larga duración** y como los efectos del desempleo sobre la salud mental se intensifican durante el periodo de crisis económica.

2.3. Resultados sobre el trastorno de ansiedad

Navarro–Matéu et al¹⁴ en su estudio realizado entre los mayores de 18 años no institucionalizados y residentes en Murcia, comprobó como en los doce meses donde se realizó la entrevista la prevalencia en los trastornos de ansiedad fue de un 9,7 % , mientras que en los 10 años anteriores la prevalencia fue de un 5,9%. Se vio que las mujeres tuvieron 3.7 veces más probabilidad que los hombres de

sufrir trastornos de ansiedad en los doce meses estudiados. Podemos destacar también que los participantes expuestos a **múltiples factores económicos estresantes** recientes, tenían el mayor riesgo de padecer estos trastornos. La edad media de aparición rondaba los 26 años.

Gili et al¹⁷ también observaron un incremento en los trastornos de ansiedad, entre otros, relacionados con la recesión económica, incrementándose en un 8% puesto que los ratios de prevalencia en el año 2006 y 2010 fueron para el trastorno de ansiedad 11,7 y 19,7% respectivamente.

2.4. Resultados sobre trastornos del humor o depresión.

En el estudio de Navarro –Matéu et al¹⁴ comprobaron cómo, la prevalencia en los trastornos del estado del ánimo aumentó un 6,6 %, donde las mujeres tuvieron 2,5 veces más probabilidades que los hombres de sufrir trastornos del humor en los 12 meses estudiados. La edad media de aparición de este trastorno rondaba los 40 años.

Según el estudio de Gili et al¹⁷ también comprobaron un aumento de un 19% en el 2010 con respecto a las datos del 2006, en los trastornos del humor. En este estudio era el trastorno que más incremento sufrió. Los ratios de prevalencia en el año 2006 y 2010 fueron para los principales trastornos depresivos 28,9 y 47,5%, para la depresión menor 6,4 y 8,6%, y para la distimia 14,6 y 25,1% respectivamente. El estudio comprobó que para un hombre casado de 40 años de edad, con **múltiples factores de riesgo económico (estar en paro o tener un miembro de la familia en paro)**, se calcula una probabilidad de la depresión de 0,65 frente a 0,35 para el mismo hombre sin estas características. También se observó que había más riesgo de depresión en personas con **dificultades en el pago de la hipoteca** (OR = 2,12, p < 0,001) o en situación de **desalojo** (OR = 2,95, p < 0,001).

Zapata et al²⁰ muestran en su estudio, comparando los periodos de 2003-2004, 2006-2007 y 2011-2012 de la Encuesta Nacional de Salud Española, realizada en 17 comunidades autónomas a personas no institucionalizadas en edad de trabajar, cómo las pobres condiciones económicas regionales durante la recesión económica parecen tener un impacto directo sobre la depresión.

Así, los hombres y las mujeres tienen más diagnósticos de depresión en 2009 y 2011 que en 2003 en la mayoría de las regiones, donde el **bajo nivel educativo en las mujeres** está relacionado con un mayor porcentaje de depresión y en los hombres son las **condiciones económicas** las que aumentan este riesgo de depresión.

Sicras–Mainar et al²¹ al comparar los periodos 2008-2009 y 2012-2013, también observaron un aumento de la prevalencia de la depresión durante el periodo de crisis, ya que, la prevalencia del trastorno depresivo fue de 5.4% frente al 8,1% respectivamente. De los 9.384 episodios de trastorno depresivo mayor (inicio del tratamiento), 3.662 (39,0 %) se produjeron antes de la crisis y 5.722 (61,0 %) en el período de crisis económica.

2.5. Resultados sobre consumo de psicotrópicos

El estudio de Pérez-Romero et al²² apunta que un mayor consumo de somníferos y ansiolíticos está significativamente asociado con el periodo de crisis económica tanto en hombres (OR=2.3; IC95% 1.8-2.8) como en mujeres (OR=1.7; IC95% 1.4-1.9). Además, de forma específica, este consumo es más probable en las mujeres con un **menor nivel de estudios** (OR=1.83; IC95% 1.4-2.4).

En ambos sexos se observa un gradiente de aumento del consumo de ansiolíticos y somníferos conforme disminuye el **apoyo social percibido**, y, sobre todo, en situaciones de **discapacidad**. Tanto en hombres como en mujeres, el hecho de estar en un intervalo de edad entre 25 y 44 años resultó ser un factor protector del consumo de tranquilizantes (OR hombres [25-44 años]=0.75, $p<0.01$; OR mujeres [25-44 años]=0.54, $p<0.01$), en relación con el intervalo de 45 a 64 años. También para ambos sexos, el tener empleo resultó ser un factor protector del consumo de tranquilizantes en relación con estar **desempleado**.

Además, Barceló et al¹⁰ aportan que entre los usuarios de los tres centros de atención primaria de las tres áreas básicas de salud en Cataluña, entre 2005 y 2012, 11.433 personas (27,05%) tomó drogas psicotrópicas durante el período de estudio o, más específicamente , 4362 hombres (16,82 %) y 7071 (27,82 %) mujeres. En el período posterior a la crisis económica, hubo un aumento en el

consumo de psicofármacos, que fue significativamente mayor entre los que tenían mayor **probabilidad de estar en el paro**. El mayor aumento tuvo lugar en el año 2011; el mismo año en el que España fue la más afectada por la crisis. Vale la pena señalar, que el número de medicamentos por persona / mes fue mayor en los hombres que en las mujeres y que el número de fármacos consumido no han seguido un comportamiento sistemático entre los grupos de edad.

Otro estudio, que habla del significativo aumento de psicotrópicos durante la crisis, es el estudio de Sicras-Mainar et al²¹, donde los datos recogidos en la base de datos poblacional de los registros médicos informáticos de siete centros de salud primaria y del hospital municipal de Badalona en Cataluña, nos muestran, comparando dos períodos 2008-2009 y 2012-2013, que durante el período de crisis económica el uso de antidepresivos aumentó un 35,2% con una dosis diaria definida por paciente de 10,0 mg.

2.6. Resultados sobre abuso de alcohol.

En relación al consumo de alcohol, según Navarro-Matáu et al¹⁴ aumentó el consumo de sustancias un 1.0% (0.4-2.4). El consumo fue más frecuente entre los hombres, donde **la edad temprana** y los **bajos ingresos** se asociaron con una mayor prevalencia. Un 8% de la población informó de una historia de vida con trastornos en abuso de sustancias. Como hemos comentando con anterioridad, este estudio expone cómo el abuso del alcohol, fue uno de los trastornos psiquiátricos más comunes durante el período de crisis. La edad media de aparición de este trastorno ronda los 21 años. Las personas con trastornos en el consumo de sustancias representaban uno de los más altos porcentajes de trastornos con severidad grave.

Iglesias et al¹⁶ nos muestran en su estudio como el IPC presenta una correlación positiva débil con la tasa de incidencia administrativa de algunos trastornos mentales como es el caso de las toxicomanías. El PIB se asocia, de forma robusta, con un incremento de la tasa de prevalencia administrativa, más intensa en el caso del alcoholismo. Sin embargo, el **desempleo** mostraba una correlación negativa con la demanda incidente de nuevos casos de alcoholismo.

En el análisis de Gili et al ¹⁷ en comparación con el período anterior a la crisis de 2006, la encuesta de 2010 reveló sustanciales y significativos aumentos en la proporción de pacientes con dependencia al alcohol, aproximadamente de un 4,6%. Los ratios de prevalencia no ajustada en el año 2006 y 2010 fueron, para la dependencia del alcohol 0,2 y el 2,7 % y para el abuso de alcohol de 1,4 y 6,2 % respectivamente. Cabe destacar que el estudio demuestra cómo el alcoholismo también está influenciado por la **situación de desempleo**.

2.7. Resultados sobre la tasa de suicidios.

Córdoba-Doña et al²⁵ señalaron que durante los años 2008 - 2012 en Andalucía se llevaron a cabo 4.989 (2.017 hombres y 2.972 mujeres) intentos autolíticos más de los esperados comparándolos según la tendencia existente durante los cinco años anteriores. Las tasas de intentos de suicidio, por lo general, fueron más altas en mujeres durante el período estudiado. Observaron que el aumento del 1% en el **desempleo** se correspondía a un aumento de 1,08 (por 105) en la tasa de intentos de suicidio en hombres, no existiendo esta relación en mujeres. Asimismo, comprobaron que el 48,3% de los intentos de suicidio ocurridos en los últimos cinco años estaban asociados al desempleo. Es decir, se detectó un importante aumento de la tasas de intentos de suicidios en Andalucía tras el comienzo de la crisis, siendo los adultos de 35 a 54 años los más afectados en ambos sexos.

En otra investigación, López-Bernal et al²⁶ analizaron la tendencia que debería seguir la tasa de muertes por suicidio, resultando esta en un decremento del 0,3% al mes. Sin embargo, se observó que hubo un aumento del 8,0% en la tasa de suicidios desde el año 2008 asociado a la crisis económica. Este mismo estudio contempló un aumento en las tasas de suicidios relacionados con la crisis en la zona norte y mediterránea del país, en hombres y en los grupos de edad más jóvenes, si bien, el poder estadístico de estas relaciones es bajo.

Sin embargo, en el estudio de Miret et al²⁴ en una encuesta realizada entre el 25 de julio del 2011 al 8 de mayo del 2012 comparándola con los datos encontrados hace 10 años en el ESEMED, demostró que la prevalencia en las ideas e intentos de suicidio en los años 2011 - 2012 era muy similar a la encontrada 10 años atrás, sin apenas variaciones a lo largo de esos años, aunque sí

encontraron ciertas relaciones entre las ideas e intentos de suicidio con algunas **variables socioeconómicas**. Así, en el grupo de 18 a 49 años, los incrementos en los intentos de suicidio se relacionaban con el hecho de estar en **situación de desempleo, retirado o incapacitado**, si bien esta relación se hacía más fuerte en el grupo de 50 a 64 años. El desempleo se relacionaba con las ideas de suicidio en el grupo de 18 a 49 años, mientras que para el grupo de mayores de 65 años, estas ideas se relacionaron significativamente con la existencia de **problemas económicos en el hogar** (OR > 2).

2.8. Limitaciones de los estudios.

Los autores y autoras de los artículos seleccionados apuntan cómo, de los 13 artículos cribados para nuestra investigación, 10 eran transversales y hay que decir que el diseño de la **sección transversal** de los estudios representa una importante **limitación metodológica**, ya que la sección transversal no permite la exploración de la relación causal entre la crisis económica y la salud mental. Los estudios longitudinales que aparecen en nuestra revisión ofrecen una mejor perspectiva del impacto de la recesión económica.

Algunos de los artículos^{16,22}, muestran una **tasa de respuesta baja**, lo que limita los resultados ya que puede haber un **sesgo de selección**.

En algunos otros^{14,24}, los instrumentos utilizados para las **entrevistas** resultaron demasiado **estructurados**, lo que limitaba en gran medida las respuestas y los resultados obtenidos de éstas. En éstos, también, los **datos se basaron en recuerdos retrospectivos**. Lo cual representa **sesgos de información y memoria**.

Bastantes estudios **no tienen en cuenta ciertas variables fundamentales** que podrían influir en los resultados finales. Otros, **no desglosan los resultados** por sexo^{16,17,25}, o por posición económica^{19,23}, lo cual limita en gran medida los estudios. **(Tabla 3)**

Como **fortaleza** puede destacarse que los artículos seleccionados han sido una combinación entre registros de casos y encuestas poblacionales, lo que hace que las fortalezas y debilidades de unos y otros se complementen.

3. DISCUSIÓN

Los estudios analizados ofrecen resultados lo suficientemente uniformes como para concluir que los **trastornos mentales** han aumentado en la etapa de crisis económica en España. Concretamente, en los **trastornos de ansiedad, la depresión, el consumo de psicotrópicos** y en **el abuso de alcohol**, existe un consenso generalizado en relación al aumento de su frecuencia y una asociación con factores socioeconómicos.

Sin embargo, con respecto a los **suicidios**, los artículos estudiados muestran algunas diferencias. En los estudios de Córdoba-Doña et al²⁵ y López Bernal et al²⁶ se constata un aumento en el número de suicidios durante la crisis económica española, aunque el segundo es estadísticamente débil. Mientras que en el estudio de Miret et al²⁴ et al concluyen que no ha existido un aumento en las ideas e intentos de suicidio, ligados a la recesión económica en este país, aunque si se encuentran íntimamente ligados al desempleo.

Con lo que respecta a los **factores predictores o explicativos**, los artículos coinciden en apuntar la relación entre el impacto negativo en la salud mental y los factores socioeconómicos, tales como **estar desempleado o en situación de inestabilidad económica, tener un nivel económico o educativo bajo, tener dificultades en el pago de la hipoteca o estar en situación de desahucio y tener bajo apoyo social**. Estos factores, pueden influir en la salud mental a través de mecanismos como el estrés crónico, la reducción de la cohesión social, el aumento en la carga de trabajo, la pérdida de la autoestima y el aumento en la práctica de hábitos poco saludables como fumar, beber o tener una vida sedentaria, que suelen dar inicio a sintomatología de trastornos mentales.²²

En concreto sobre el **desempleo**, los y las autoras dejan claro cómo las personas desempleadas tienen peor salud mental que sus homólogos empleados. Esta situación se incrementa durante los períodos de crisis económica debido a que los ingresos más bajos, la mayor inseguridad en el empleo, la falta de promoción, los sentimientos de impotencia, la exposición a condiciones de trabajo más difíciles y el estrés medioambiental, pueden precipitar los trastornos mentales.¹⁴ Los desempleados, por tanto, constituyen un **potencial grupo de población vulnerable** y por consiguiente, susceptible de intervención.

El **apoyo social es un factor de protección** importante a tener en cuenta, ya que las personas que se integran en grupos sociales tienen la creencia de que en momentos de dificultades tendrá alguien a quien acudir y pedir ayuda, lo que genera en ellas una sensación de seguridad²².

Se han registrado, asimismo, **diferencias de género** en la frecuencia de problemas de salud mental: en los hombres, la variable que tiene efectos más fuertes y significativos sobre los trastornos mentales, en época de crisis económica, es el **desempleo**. Una posible explicación ha sido analizada en los estudios de Pérez-Romero et al²² y Córdoba-Doña et al²⁵. En ellos, se expone que debido a la asunción de roles de género tradicionales, los hombres han sido los que mayoritariamente trabajaban fuera del hogar, proporcionaban el sustento económico a éste y sobre ellos caía la responsabilidad del mantenimiento económico de la familia. Así, el aumento de la proporción de hombres en estado de desempleo, siendo estos los que por razones culturales aun tienen mayor participación en el mercado laboral, ha producido un alto estrés psicológico y una pérdida de autoestima, lo cual ha afectado a su salud mental. Por lo que cabe decir, que esta asunción de roles pueden contribuir negativamente al bienestar mental. Sin embargo, muchos de los estudios seleccionados reflejan que los factores que más efecto tienen sobre la salud de las mujeres, son el **bajo nivel educativo y el desempleo**.

La mayoría de los estudios analizados, comparan o realizan el estudio entre 2006, año del inicio de la crisis, y el período comprendido entre 2010 y 2012 período donde la crisis estaba completamente instaurada. Cabe señalar, que el impacto de la crisis sobre la población no es inmediato, sino que sufre un relativo retraso que puede ser debido en parte a que las medidas de austeridad no se adoptaron desde el comienzo de la crisis y en parte al efecto amortiguador de la red de apoyo social y familiar¹⁸.

El estudio de Iglesias et al¹⁶ señala un dato que merece la pena ser explicado, ya que refiere, que en el período de crisis económica en España, no ha existido un incremento en la demanda de asistencia por trastornos mentales. Sin embargo, es necesario precisar que se trata de un estudio acumulativo de casos donde las intervenciones realizadas en atención primaria no se registraron. Pero, es justamente en atención primaria, tal como apunta Gili et al¹⁷, donde ha habido un aumento significativo de la frecuencia de trastornos mentales. Así que, Iglesias

et al¹⁶ sugieren como posible explicación, que la atención primaria puede ser depositaria de un exceso de demanda de cuidados mentales. Por otro lado, se pueden encontrar diversas explicaciones, como el efecto de la reducción del gasto sanitario y las difíciles situaciones económicas, hacen que las personas adopten una percepción negativa de los servicios sanitarios y se desmotiven para acudir a él, acompañado del aumento de las listas de espera, la mayor estigmatización de la enfermedad mental durante los periodos de crisis o el miedo a perder sus puestos de trabajo si son diagnosticados. Sin embargo, el bienestar económico podría aumentar las expectativas de las personas con respecto a la salud mental, donde éstas tendrían una tendencia a delegar más responsabilidades para el cuidado de la salud en la sociedad, generando una mayor demanda de salud y por tanto un mayor número de visitas médicas.

A continuación se analizan los **factores que determinan** el aumento de prevalencia de los diferentes trastornos.

Sobre los **trastornos de ansiedad** se puede decir que de los 3 estudios analizados^{14,17,18}, uno¹⁴ apunta que son las mujeres las que presentan una mayor probabilidad de padecer este trastorno, mientras que otro¹⁷ dice que no se encuentran diferencias entre sexos. Los tres coinciden, una vez más, en que los que mayores riesgos tienen de padecer trastornos de ansiedad son las personas que se encuentran en desempleo. Pérez-Romero et al⁹ explican que el desempleo no sólo puede acarrear una pérdida importante de ingresos, sino también aumentar el estrés, reducir la cohesión social y perder la autoestima, entre otros factores que suelen dar paso a la sintomatología inicial de los trastornos mentales como la ansiedad generalizada.

Los 4 artículos^{14,17,20,21} que hablan sobre **depresión**, muestran distintas consideraciones en relación a los factores que determinan el aumento de la prevalencia en la depresión durante la crisis económica en España. Las personas más vulnerables son las mujeres según el artículo de Zapata et al²⁰, mientras que el estudio de Gili et al¹⁷ señala que son los hombres con dificultades económicas, en paro y mayores de 40. Según Zapata et al²⁰ una posible explicación podría ser que los otros estudios se limitan a las mediciones de los períodos en crudo, mientras que su análisis incorpora medidas reales del cambio económico debido a la crisis. En los 4 artículos la variable desempleo vuelve a ser un factor explicativo.

En relación al **consumo de psicotrópicos**, Pérez-Romero et al²² y Barceló et al²³ registran que el consumo aumentó en ambos sexos durante el período de crisis. Una vez más existe evidencia de que la situación socio-económica ocasionada por la actual crisis tiene un importante efecto en el consumo de psicotrópicos de la población. Según los autores, la sintomatología inicial de los trastornos mentales suele ser la ansiedad o el insomnio. Éstos, están aumentando de manera significativa como hemos comprobado en anteriores estudios^{14,17,18}, debido a la alta carga de estrés derivada de la inseguridad económica, lo que conlleva, un aumento en el consumo de tranquilizantes e inductores del sueño.

Sin embargo, la literatura revisada sobre el **consumo de alcohol** durante la etapa de crisis económica en nuestro país, nos pone en relieve como de los tres artículos seleccionados, el de Navarro–Matéu et al¹⁴ y el de Gili et al¹⁷ coinciden en observar un aumento en el abuso de alcohol. El primero dice que este aumento es más acusado entre los hombres y el segundo apunta como está íntimamente influenciado por el desempleo, una vez más. Pero el estudio de Iglesias et al¹⁶ expone como, si según dicen los estudios anteriores, la crisis económica aumenta los casos de alcoholismo, esto confronta con el dato de su estudio que dice que el desempleo disminuye la demanda de atención en estos casos. La explicación que da, es que las personas que abusan del alcohol aumentan durante la crisis, precisamente porque no acuden o piden apoyo para recibir tratamientos o seguimientos. Además señala .que en épocas de aumento del PIB, podría darse un aumento en el poder económico, la gente puede hacer otros gastos que no solo los relativos a bienes necesarios y.de ahí, consumir bebidas alcohólicas más regularmente.

Por último, de los 3 estudios que hablan sobre **suicidios**, dos^{24,25} vinculan el desempleo con el aumento en los casos de suicidios, como ya ha quedado suficientemente reflejado en las variables analizadas anteriormente. El estudio de Miret et al²⁴ ofrece un dato aparentemente contradictorio al exponer como la prevalencia en las ideas e intentos de suicidio, en los años 2011 – 2012, era muy similar a la encontrada 10 años atrás, pero que las ideas e intentos de suicidio aumentaban si aumentaba el desempleo o existían problemas económicos en el hogar. El autor lo explica diciendo que las ideas e intentos de suicidio son un dato que aportó el entrevistado o entrevistada y, por lo tanto, puede contener sesgos de memoria o negación y que además, que no se tuvieran esas ideas o

intentos en el momento de la entrevista, no quiere decir que no se tuvieran más tarde.

En resumen, hay evidencias suficientes que muestran, un aumento en la prevalencia de los trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad, abuso de alcohol y consumo de psicotrópicos) y una peor salud mental o bienestar psicológico. En el período de crisis económica en España, el desempleo y la precariedad económica y financiera aparecen como los factores de mediación más relevantes. Los hombres desempleados y las mujeres con bajo nivel educativo podrían constituir los grupos más vulnerables.

Trabajar e investigar sobre el impacto de la crisis económica española en la salud mental nos proporciona una información valiosa para implementar mejoras en los modelos de atención para los pacientes con trastornos mentales, así como, para potenciar futuras actuaciones en el campo de la salud mental.

La actual crisis económica ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer las políticas y mitigar el impacto de la recesión en la salud mental. Sin duda, una de las mejores maneras, si no la mejor, de prevenir los efectos nocivos de las crisis en la salud mental, es tener a la población saludable con respecto a los trastornos mentales. Una población sana será más resistente a los efectos perjudiciales de la crisis y por eso será fundamental invertir en la salud pública como una medida preventiva.²⁷

Las medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud mental deberían de ser prioritarias, ya que hay una creciente evidencia, de la efectividad clínica y la relación coste-eficacia de la prevención y promoción psiquiátrica ²⁸, la cual, tiene potencial para mitigar los efectos de la crisis. Los determinantes sociales de la salud están siendo modificados negativamente por los recortes, por lo que en nuestro entorno se deben priorizar acciones de promoción y prevención focalizadas en los grupos de salud más vulnerables, como son las personas desempleadas, como han puesto en evidencia los estudios analizados. También, se deberá enfocar hacia las personas en riesgo de exclusión social, y otros grupos vulnerables, así como en las dificultades insalvables para acceder a los servicios sanitarios y a los tratamientos y cuidados esenciales.⁹

Las crisis económicas representan un reto importante para los responsables políticos, dado que hay políticas e intervenciones que favorecen la salud pública, y por lo tanto la salud mental, mientras que otros tienen efectos dudosos o perjudiciales. La restricción presupuestaria normalmente viene en un momento en el que las personas tienen un menor número de recursos, lo que acrecienta su situación de desventaja y desigualdad. Se ha visto que los recortes generalizados desestabilizan el sistema de salud, dando lugar a ineficiencias, desigualdades, falta de acceso a servicios esenciales y a largo plazo genera mayores costes económicos. Existen pruebas consistentes de que las inversiones en salud mental pueden ser eficaces y suponer un ahorro económico.²⁹ Además, contribuyen a la rentabilidad y al aumento de la productividad de muchas maneras y en muchos niveles y pueden producir un beneficio muy extendido en la sociedad, y no sólo en personas afectadas por trastornos psiquiátricos.²⁷ De manera que, cualquier costo asociado con la mejora de la prestación de atención de salud mental, la investigación, la educación, etc., debe ser visto por los políticos como una inversión con gran potencial de ahorro.²⁹

A la luz de esta situación, los profesionales de la salud tenemos la obligación de ser críticos con las políticas económicas y de salud que han promovido una profundización de las desigualdades económicas llevándonos a un deterioro de la salud global y en concreto de la salud mental. Los tiempos de crisis no deben suponer un obstáculo a la hora de dar calidad asistencial a los pacientes, sino una oportunidad de trabajar en equipo de forma multidisciplinar con la finalidad de rentabilizar los recursos disponibles al máximo y obtener resultados más eficaces para los y las pacientes.

Por último, existe la necesidad de una mayor investigación para comprender los factores que influyen en la salud mental y posteriormente intervenir sobre ellos, para poder proporcionar los mejores cuidados, fortaleciendo los factores de protección de los efectos de la crisis, especialmente para los grupos vulnerables, como parados o personas con serios problemas económicos. Se necesitan más estudios que evalúen en qué medida este aumento refleja los problemas de salud mental desencadenados por la crisis o simplemente la crisis agrava los ya existentes, o más bien los destapa.³⁰

Las limitaciones encontradas a la hora de realizar este estudio han sido, por un lado, la inexistencia de artículos que analicen datos más allá de 2013, debido a que las encuestas de salud y poblacionales, se realizan con una periodicidad de 5 años; así desde el 2012-2013 aproximadamente, hasta la actualidad no se contarían con datos relevantes o de peso, por lo que tal vez, todavía sea demasiado pronto para establecer conclusiones. Por otro lado, aunque es evidente que cada vez aparecen más estudios sobre este tema, por su interés y controversia, todavía no son tantos los estudios centrados únicamente en España, si lo comparamos con el gran número de investigaciones realizadas en el resto de países. Además, no he podido tener acceso a algunos artículos que también hubieran sido de interés para el desarrollo de este trabajo.

4. CONCLUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos, se puede concluir que el estado de salud mental de la población española ha empeorado como consecuencia de la crisis económica y los cambios socioeconómicos derivados de ella. Han aumentado los trastornos de ansiedad, la depresión, el abuso de alcohol y el consumo de psicotrópicos. En cuanto a la tasa de suicidios, los resultados son heterogéneos, por lo que se hace necesaria más investigación para poder llegar a una conclusión firme en este campo.

Los factores asociados observados han sido el desempleo, la inestabilidad laboral, el nivel económico o educativo bajo, las dificultades en el pago de la hipoteca, los desahucios y el bajo apoyo social. Es el desempleo el factor explicativo encontrado en la mayor parte de los estudios. Los desempleados se han identificado como un grupo de población vulnerable y susceptible de especial intervención por parte de los y las profesionales de la salud.

Es necesario continuar investigando para comprender los factores socioeconómicos que influyen en la salud mental e intervenir sobre ellos. La identificación de los grupos vulnerables facilitará el diseño de programas de prevención y promoción dirigidos a mitigar los efectos perjudiciales provocados por la crisis económica en España.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2008.Disponible en :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
2. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud.Gac.Sanit.1997; 11:255-8.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, tercer trimestre 2014. 2014. (Consultado el 27/3/2016.) Disponible en:
<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0414.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. Primer trimestre de 2013. Disponible en:
<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0113.pdf>
5. Bandres E, González R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. Cuadernos de información económica.2015;254:37-48.
6. Phelan JC, Link BG, Díez-Roux A, Kawachi I, Levin B. “Fundamental causes” of social inequalities in mortality: a test of the theory. J Health Soc Behav.2004;45(3):265-85
7. Dávila Quintana CD, González B. The economic crisis and health S.E.S.P.A.S. Gac. Sanit. 2009;23(4):261-265.
8. Levy B, Sidel V. Medicina Social. Salud para todos. 2009;4(2):92-98. Disponible en:
<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/322>
9. Martín Zurro A. Promotion and prevention in times of crises. Aten Primaria. 2012 Jun;44 Suppl 1:1-6567(12)70008-2.
10. Cortès-Franch I, López-Valcárcel G. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28:1-6.
11. Gili M, García Campayo J, Roca M. Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014 Jun;28 Suppl 1:104-108.
12. Moraga J, Cartes-Velasquez R. Pautas de chequeo, parte II: QUORUM y PRISMA. Rev Chil Cir. 2015;67(3):325-330.
13. Berra S, Elorza-Ricart J M, Estrada MD, Sánchez E. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gac Sanit. 2008 Oct ;22(5):492-497.

14. Navarro-Matéu F, Tormo MJ, Salmeron D, Vilagut G, Navarro C, Ruiz-Merino G, et al. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS One*. 2015 Sep 22;10(9):1-22.
15. Fernández A, García-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, et al. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. *Br J Gen Pract*. 2015 Mar;65(632):e198-203.
16. Iglesias C, Saiz P, García-Portilla González MP, Bousono M, Jimenez L, Sanchez F, et al. Effects of the economic crisis on demand due to mental disorders in Asturias: data from the Asturias Cumulative Psychiatric Case Register (2000-2010). *Actas Esp Psiquiatr*. 2014 May-Jun;42(3):108-115.
17. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013 Feb;23(1):103-108.
18. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ*. 2015 Mar;16(2):175-184.
19. Bartoll X, Palencia L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3):415-418.
20. Zapata AR, Buffel V, Navarro CJ, Bracke P. Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain. *Int J Equity Health*. 2015 Nov 14;14(1):131-015-0217-4.
21. Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Dec 30;12:29-40.
22. Perez-Romero S, Gascon-Canovas JJ, de la Cruz-Sanchez E, Sanchez-Ruiz JF, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Economic recession (2006-2012) and changes in the health status of the Spanish population. *Salud Publica Mex*. 2016 Feb;58(1):41-48.
23. Barcelo MA, Coll-Negre M, Coll-de-Tuero G, Saez M. Effects of the Financial Crisis on Psychotropic Drug Consumption in a Cohort from a Semi-Urban Region in Catalonia, Spain. *PLoS One* 2016 Feb 12;11(2):e0148594.

24. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramirez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord* .2014 Jul;163:1-9.
25. Cordoba-Dona JA, San Sebastian M, Escolar-Pujolar A, Martinez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014 Jul 25;13:55-9276-13-55.
26. Lopez Bernal J, Gasparrini A, Artundo C, McKee M. RE: The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2014 Apr;24(2):183-184.
27. World Health Organization. Impact of economic crisis on mental health. World Health Organization.2011:1-23.
28. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*.2005;12(2):9-25.
29. Knapp M. Mental health in an age of austerity. *Evid Based Ment Health*.2012;15(3):54-55.
30. Salvador-Carulla L, Roca M. Economic Crisis and Mental Health. Mental health impact of the economic crisis in Spain. *Intern Psych*. 2013 febr;10(1):8-10

6. ANEXO

Tabla 3: Limitaciones de los estudios seleccionados.

AUTOR Y AÑO	LIMITACIONES
Navarro-Matáu et al¹⁴ 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de respuesta baja (67,7 %). 2. La esquizofrenia y otras psicosis no afectivas, no fueron incluidas como diagnóstico. 3. CIDI 3.0 con entrevistas totalmente estructuradas. 4. Los diagnósticos de toda la vida y las estimaciones de la edad de inicio se basaron en el recuerdo retrospectivo. 5. Diseño transversal.
Fernández et al¹⁵ 2015.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos autopercebidos no objetivos. 2. El estudio está siguiendo un análisis secuencial o estrategia de la prueba de hipótesis secuencial. 3. Solo datos de la primera oleada del estudio.
Iglesias et al¹⁶ 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registro acumulativo de casos (estos dependen de la naturaleza y estructura de los servicios, entonces, los fenómenos sociales y migraciones pueden tener un impacto desconocido en los datos.). 2. la serie estudiada terminó en 2010 por lo que no fue posible estudiar los años más intensos de la crisis. 3. Analizó la asociación de la morbilidad de la salud mental y la crisis sin tener en cuenta algunas variables (sobre todo género y edad).
Gili et al¹⁷ 2013.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se basa en la población solo en aquellos que han decidido buscar atención 2. las medidas convencionales de desempleo no captan lo que pasó al estar en "licencia por enfermedad" o "incapacidad laboral temporal". 3. No desglosa los resultados por sexo.
Urbanos-Garrido et al¹⁸. 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño transversal, el cual no permiten la exploración de las relaciones causales entre el desempleo y la salud. 2. La encuesta solo pregunta de los 12 últimos meses. 3. En el 2012 la crisis todavía no ha acabado, por lo que no se pueden sacar conclusiones generales.
Bartoll et al¹⁹ 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño transversal, el cual no permiten la exploración de las relaciones causales entre el desempleo y la salud.
Zapata et al²⁰ 2015.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los plazos de los periodos son demasiado cortos para captar las influencias de la crisis en las enfermedades debidas a sus etapas latentes. 2. Diseño transversal. 3. No podemos considerar los ingresos, debido a un porcentaje relativamente alto de falta de respuesta. 4. percepción subjetiva de algunos datos.

Tabla 3: Limitaciones de los estudios seleccionados. (Continuación)

AUTOR	LIMITACIONES
Sicras-Mainar et al²¹ 2015.	<ol style="list-style-type: none"> 1. limitaciones inherentes a estudios basados en datos de población. 2. Las posibles inexactitudes de los códigos de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor, y otras comorbilidades. 3. La medición de la remisión de los síntomas o la adherencia al tratamiento. 4. Muchos casos graves no se han incluido en el estudio ya que no suelen ser atendidos en los centros de salud mental. 5. No se ha tenido en cuenta la presencia de intervenciones o consultas psicoterapéuticas con médicos privados. 6. La ausencia de algunas variables (estatus socioeconómico, la exposición a trabajar, los cambios en la dosificación de medicamentos.)
Pérez-Romero et al²² 2016.	<ol style="list-style-type: none"> 1. las diferencias en la estructura sociodemográfica de la población entre los dos periodos económicos estudiados. 2. la tasa de no respuesta. 3. No tener información de personas institucionalizadas por problemas de salud mental. 4. la posible sobreestimación de los trastornos mentales, ya que el GHQ-12 es un instrumento de cribado más sensible que específico.
Barceló et al²³ 2016.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La principal limitación es que no se estaba teniendo ninguna medida directa de la situación socio-económica de los individuos de la cohorte. 2. No fueron capaces de medir la exposición a nivel individual. 3. las autoridades no proporcionan información de los municipios con menos de 10.000 habitantes.
Miret et al²⁴ 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El diseño de la sección transversal del estudio. 2. La subjetividad de los datos y la encuesta estructurada. 3. La crisis económica todavía no había acabado por lo que ciertas consecuencias pudieron a parecer después.
Córdoba-Doña et al²⁵ 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitaciones de un diseño ecológico al estudiar la asociación de desempleo con las tasas de intento de suicidio. 2. Se usaron varias investigaciones recientes pero ninguna de ellas exploró las diferencias de sexo en relación con el desempleo. 3. Aunque el servicio de salud pública de emergencia cubre toda la población sin límites, una proporción de pacientes son atendidos, en primer lugar, en las unidades hospitalarias de emergencia o de atención primaria y por lo tanto no se incluye en la muestra.
López Bernal et al²⁶ 2013.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El número de suicidios por mes era relativamente bajo, los intervalos de confianza que llevan eran relativamente amplios y requiere la fusión de regiones autónomas en tres áreas más grandes. 2. No se estableció la definición momento de la crisis financiera en España. Por lo que un indicador independiente se utilizó para determinar el inicio de la crisis, aunque sabemos que la crisis comenzó un poco antes. 4. No desglosa los resultados por posición económica.

