Gac Sanit. 2014;xxx(xx):xxx–xxx

Informe SESPAS

Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014

Margalida Gili[a,*], Javier García Campayo[b] y Miquel Roca[a]

[a] Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España
[b] Departamento de Psiquiatría, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España; Red de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (REDIAPP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 11 de septiembre de 2013
Aceptado el 4 de febrero de 2014
On-line el xxx

Palabras clave:
Crisis económica
Salud mental
Trastornos mentales
Desempleo
Suicidio
Consumo de psicofármacos

RESUMEN

Los trabajos publicados antes de la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental. El estudio IMPACT, realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante el periodo de crisis. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, en los últimos años, un aumento del consumo de fármacos antidepresivos, aunque no una variación al alza significativa del número de suicidios. Finalmente, se señalan algunas propuestas para reducir el impacto de la crisis en la salud mental: incremento de servicios comunitarios y políticas activas de empleo, de reducción de consumo de alcohol y de prevención de conductas suicidas, en especial en población joven.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Economic crisis and mental health

Keywords:
Economic recession
Mental health
Mental disorders
Unemployment
Suicide
Use of psychotropic drugs

ABSTRACT

Studies published before the financial crisis of 2008 suggest that economic difficulties contribute to poorer mental health. The IMPACT study conducted in primary health care centers in Spain found a significant increase in common mental disorders. Between 2006 and 2010, mood disorders increased by 19%, anxiety disorders by 8% and alcohol abuse disorders by 5%. There were also gender differences, with increased alcohol dependence in women during the crisis period. The most important risk factor for this increase was unemployment. In parallel, antidepressant consumption has increased in recent years, although there has not been a significant inrease in the number of suicides. Finally, the study offers some proposals to reduce the impact of the crisis on mental health: increased community services, employment activation measures, and active policies to reduce alcohol consumption and prevent suicidal behavior, particularly among young people.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Numerosos estudios han tratado de determinar las consecuencias de las crisis económicas sobre la salud de los ciudadanos. Los resultados de estos trabajos plantean ciertas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las dificultades económicas sobre la salud física. Sin embargo, estas controversias desaparecen al analizar los estudios específicos en salud mental. En este caso, los resultados son claros: la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de precariedad económica.

El objetivo del trabajo es presentar los datos disponibles hasta el momento sobre diferentes aspectos relacionados con la crisis económica y la salud mental, tales como morbilidad, suicidio y consumo de psicofármacos, con especial atención a determinados grupos vulnerables o aspectos concretos como el desempleo.

Morbilidad

Los trabajos previos a la crisis financiera del año 2008 sugieren que las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental[1–8]. Publicaciones más recientes se han centrado en la depresión y el suicidio[8–16]. En relación a la depresión, el estudio de Lee et al.[9] indica un aumento significativo de este trastorno durante la crisis financiera asiática entre los años 2007 (8,5%) y 2009 (12,5%). Otros trastornos, como los de ansiedad, del sueño o de abuso de sustancias, apenas han sido estudiados.

Las recesiones económicas ejercen un impacto negativo sobre la salud mental por diversos factores interrelacionados, entre los que el desempleo constituye el principal factor de riesgo[1,17]. Numerosos estudios han utilizado esta variable para investigar la relación entre salud mental y crisis económica. Las diferentes publicaciones que analizan el bienestar afectivo de empleados y desempleados muestran una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva entre las personas sin empleo. Al comparar longitudinalmente la transición del empleo al desempleo se observa que repercute de manera clara sobre el bienestar psicológico general, la depresión y la ansiedad[6–9]. Por lo tanto, el desempleo y los factores asociados

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: mgili@uib.es (M. Gili).

0213-9111/$ – see front matter © 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005

Cómo citar este artículo: Gili M, et al. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005

Ideas clave

- Existen ciertas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las crisis económicas sobre la salud general. En cambio, hay amplio consenso en cuanto a que la salud mental se ve negativamente afectada en los periodos de recesión económica.
- El estudio IMPACT ha comparado la prevalencia de trastornos mentales en atención primaria en España antes y durante la crisis económica (2006-2010): los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y somatomorfos, y el abuso de alcohol, aumentaron de manera significativa durante la crisis económica.
- El número de suicidios no ha experimentado un aumento significativo durante la crisis económica en España (datos disponibles hasta el año 2011).
- Se ha producido un aumento relevante, alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2012.
- Para reducir el impacto de esta crisis sobre la salud mental se sugieren diferentes medidas activas de política asistencial, preventiva y social.

están relacionados con una mayor prevalencia de trastornos mentales en general y de depresión en particular. De hecho, las personas desempleadas presentan un riesgo entre dos y siete veces mayor de padecer depresión[18].

A pesar de que casi todos los países europeos se han visto afectados por la actual situación económica, España forma parte del conjunto de países con peores consecuencias, al padecer un especial debilitamiento de la actividad económica en forma de destrucción de puestos de trabajo, un deterioro de las finanzas públicas más intenso que otras economías de la Unión Europea y de la zona euro[19,20], y un aumento de la deuda privada. Por ello, nuestro grupo realizó el estudio IMPACT[21] con el objetivo de comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos económicos diferentes (antes y durante la actual crisis económica) y analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en este ámbito. Recogimos los datos de un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico (estudio SCREEN)[22] realizado en 2006 en todas las comunidades autónomas y diseñamos un trabajo similar en 2010, durante la crisis económica, en los mismos centros de salud, en el mismo ámbito geográfico y con idénticos instrumentos de evaluación. En el primer estudio participaron 1925 médicos de atención primaria y se seleccionó una muestra de 7940 pacientes; en el estudio IMPACT participaron 1175 médicos de atención primaria, con una muestra final de

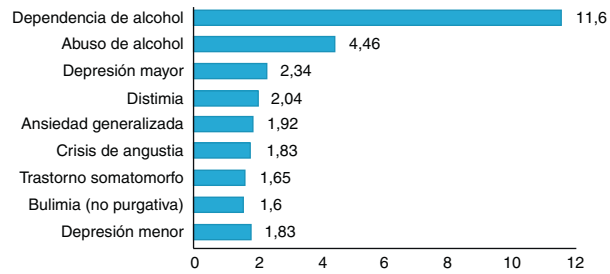

Figura 2. Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (estudio IMPACT).

5876 pacientes. Los instrumentos que se utilizaron en ambos estudios fueron un cuaderno de recogida de datos con características sociodemográficas y laborales, y la versión española de la entrevista diagnóstica PRIME-MD validada por el grupo de Baca et al.[23].

Los resultados obtenidos antes y durante la crisis económica indican que aumentaron de manera significativa ($p < 0{,}0001$) los trastornos del estado de ánimo (19,4% en depresión mayor y 10,8% en distimia), los trastornos de ansiedad (8,4% en trastorno de ansiedad generalizada y 6,4% en crisis de angustia), los trastornos somatomorfos (7,2%) y el abuso de alcohol (4,6% en dependencia de alcohol y 2,4% en abuso de alcohol), quedando fuera de la significación los trastornos de la alimentación (fig. 1).

En la figura 2 puede verse el incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010. En la dependencia de alcohol y el abuso de alcohol se observaron incrementos mucho más altos respecto al primer estudio. Existe un riesgo del 3,1% de padecer depresión atribuido al desempleo. En el resto de los resultados observamos patrones similares para los otros trastornos considerados. Se evaluó el riesgo asociado a los miembros de la familia del parado y los resultados mostraron que los trastornos mentales tienen una asociación significativa con un familiar desempleado. También se evaluó el riesgo para el trastorno depresivo mayor asociado con las dificultades del pago de las hipotecas. Una vez corregida la muestra por los riesgos de desempleo apareció un riesgo adicional, estadísticamente significativo, de padecer dicho trastorno asociado a las dificultades para pagar la hipoteca, que representó un 11,0% de riesgo adicional en la población general. Por ejemplo, en un hombre de 40 años casado y con varios factores económicos de riesgo (desempleado, tener un miembro de la familia en paro y con dificultades para pagar la hipoteca) estimamos que la probabilidad de padecer depresión fue de 0,65, frente a un 0,35 en un hombre sin estas características.

Por lo que se refiere al sexo, se observaron diferencias en la prevalencia de los diferentes trastornos mentales. Concretamente, la

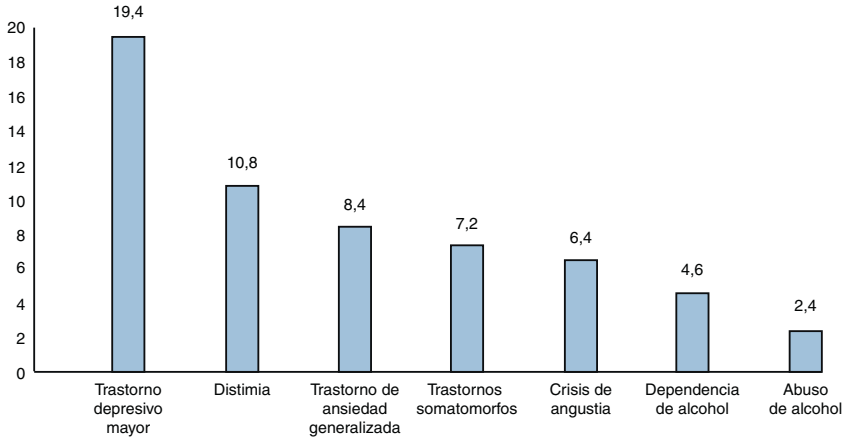

Figura 1. Incremento (%) de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (estudio IMPACT).

Cómo citar este artículo: Gili M, et al. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005

depresión mayor y los trastornos somatomorfos fueron más frecuentes en ambos sexos, la distimia fue más prevalente en las mujeres, y el abuso o la dependencia del alcohol en los hombres. Se apreció un incremento en la prevalencia de los trastornos mentales del 21% en las mujeres y del 21,7% en los hombres entre los años 2006 y 2010. Este incremento fue estadísticamente significativo en los trastornos depresivos, de ansiedad, somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol en ambos grupos. La relación entre la crisis económica y los trastornos mentales más prevalentes en atención primaria fue diferente en función del sexo. En el caso de los hombres se produjo un mayor incremento de episodios de depresión mayor (21,6%; *odds ratio* [OR] = 2,61, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,31-2,94) y distimia (9,6%; OR = 2,09, IC95%: 1,79-2,44) y ansiedad (8,6%; OR = 1,98, IC95%: 1,68-2,32) durante la crisis, mientras que en las mujeres el aumento de los trastornos somatomorfos (11,6%; OR = 2,03, IC95%: 1,82-2,26) y de dependencia del alcohol (1,1%; OR = 13,45, IC95%: 4,79-37,76) estuvo más relacionado con este cambio económico. Se ha sugerido que el impacto del desempleo es mayor en la salud mental de los hombres[24,25] que en la de las mujeres, y estas diferencias se han relacionado con las responsabilidades familiares y la clase social[24].

Suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud, casi un millón de personas mueren por suicidio cada año, registrando una tasa "global" de mortalidad de 16 por 100.000. Los trastornos mentales suponen un factor de riesgo para el suicidio, pero además intervienen otros condicionantes psicosociales, ambientales y culturales. En este sentido, Chang et al.[8] y Kwon et al.[15] indicaron que hubo una asociación entre la crisis económica en Asia que tuvo lugar en 1997/1998 y un aumento pronunciado de la mortalidad por suicidio en la mayoría de los países asiáticos, relacionado con un incremento de las tasas de desempleo. Los datos del primer estudio indican que la crisis económica se asoció a un aumento de los casos de suicidio en 1998 comparado con el año anterior en Japón, Hong Kong y Corea[8]. El impacto de la crisis se atribuyó principalmente al desempleo. La segunda investigación indica que la edad de suicidio en Corea del Sur aumentó de manera significativa durante la crisis sufrida por este país[15]. Datos parecidos han encontrado Stuckler et al.[13], concluyendo que cada 1% de aumento de desempleo se asocia a un 0,79% de aumento en la tasa de suicidios en menores de 65 años en Europa. Por el contrario, en Finlandia no se encontraron diferencias entre las tasas de intento de suicidio durante la recesión económica que sufrió el país entre 1989 y 1997[14]. Distintos niveles de desarrollo del estado del bienestar explicarían las diferencias entre países, de manera que un mayor gasto social en programas activos de ocupación podría amortiguar el impacto del desempleo sobre eventuales conductas suicidas. Una animada discusión acerca de la posible relación de la crisis y el suicidio en Grecia podemos encontrarla en *Lancet*[25,26]. Por una parte, algunos autores[26] defienden un aumento de la tasa de suicidio en este país desde el año 2007, aunque advierten de la escasez de datos oficiales y remiten a unas declaraciones del ministro de salud en las que señalaba un aumento del 40% en los datos de suicidio de 2010 a 2011. Sin embargo, otros autores muestran que no existe este vínculo al considerar las fluctuaciones de las tasas de suicidio desde 1960[27].

En cuanto a España, aunque las tasas de mortalidad general presentan una tendencia al alza en épocas de bonanza económica y disminuyen durante las recesiones, los casos de suicidio aumentaron al atravesar por crisis económicas anteriores en el tiempo[28]. Por lo que se refiere a la crisis actual, según los datos del Instituto Nacional de Estadística[29] las cifras de suicidio en España aumentaron de 7,37 por 100.000 habitantes en 2006 a 7,58 por 100.000 habitantes en 2008. Sin embargo, se observa una tendencia a la baja que deviene en una tasa de 6,89 por 100.000 habitantes en 2011. Estos cambios se mantienen al analizar los datos por sexo (fig. 3).

Si diferenciamos por edad y sexo en todo el territorio español, existe una sobremortalidad masculina importante entre 2003 y 2011 (fig. 3). Además, en el grupo masculino de 45 a 65 años de edad las tasas aumentan ligeramente en el año 2008 (15,155 por 100.000 habitantes) y se mantienen hasta 2011. En el grupo de las mujeres se observa una tendencia lineal y estable en todos los grupos de edad durante este periodo de tiempo. Por último, cabe destacar que, en ambos sexos, los mayores de 65 años son los que presentan tasas más altas entre 2003 y 2011. A diferencia de estos datos oficiales, un reciente análisis[30] concluye una asociación entre crisis e incremento relativo de la tasa de suicidios en España en los hombres en edad laboral. Las cifras de suicidios por comunidades autónomas entre 2007 y 2011 indican que las tasas más altas corresponden a Asturias (10,5-13,7 por 100.000 habitantes) y Galicia (9,8-12,2 por 100.000 habitantes), y las más bajas se registran en la comunidad de Madrid (1,9-2,9 por 100.000 habitantes). En Europa estas cifras varían en función del país. Según los datos de la oficina europea de estadística Eurostat (que hasta el momento sólo incluyen datos del año 2010), las tasas de suicidio de los 27 países de la Unión Europea han disminuido de 10,4 por 100.000 habitantes en 2006 a 10,2 por 100.000 habitantes en 2010. No obstante, en algunos de los países más afectados por la actual crisis económica, como Italia (de 5,2 por 100.000 habitantes en 2006 a 5,4 por 100.000 habitantes en 2010), Portugal (de 6,8 a 8,2) y Chipre (de 2,4 a 3,8), se han incrementado las cifras de suicidio en estos años.

La conducta suicida puede ser ocasionalmente una respuesta inmediata, en cortocircuito, a un acontecimiento vital estresante específico como la pérdida del trabajo, pero habitualmente es un *continuum* que se inicia en una enfermedad mental subyacente. Los trastornos afectivos constituyen la gran puerta de entrada a los suicidios consumados, en una sucesión de acontecimientos que podría delimitarse así: vulnerabilidad, trastornos mentales, acontecimientos vitales estresantes, ideación suicida, planificación, tentativa suicida y suicidio. Sólo un futuro análisis evolutivo, con cifras de suicidios consumados de los años 2013, 2014 y 2015 en los países asolados por la crisis económica actual, podrá permitirnos avanzar en la posible relación entre crisis económica y suicidio[31].

Consumo de psicofármacos

El consumo de psicofármacos constituye otro indicador útil, a pesar de las dificultades para obtener datos fiables. En los últimos 30 años ha cambiado radicalmente la utilización de este tipo de fármacos, con un progresivo aumento, en especial de los tranquilizantes menores o ansiolíticos y de los antidepresivos.

Ya al inicio del siglo XXI[32] los tranquilizantes menores constituían el tercer grupo terapéutico más utilizado en España, tras los analgésicos y los antiinflamatorios. Una reciente comparación de grupos farmacológicos terapéuticos en diferentes países europeos[33] señala que los ansiolíticos, los vasodilatadores y los antiulcerosos tienen una media de consumo en España más alta que en el resto de los países europeos; en cambio, los antidepresivos y los antipsicóticos están claramente por debajo de esta media europea.

Los datos utilizados en los escasos estudios publicados en España proceden de las cifras de medicamentos vendidos a través de mayoristas a las oficinas de farmacia, a precio de venta de laboratorio (los datos de IMS Health)[34]. Por ejemplo, entre 1997 y 2004 las ventas de antidepresivos pasaron de 14,1 millones de envases a 26,7 millones. Los antipsicóticos, en cambio, sólo aumentaron desde 11,4 a 12,6 millones en el mismo periodo de tiempo[35]. La alta prevalencia de cuadros clínicos como depresión y ansiedad, la progresiva asunción de los tratamientos por parte de la atención primaria y los

Cómo citar este artículo: Gili M, et al. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005

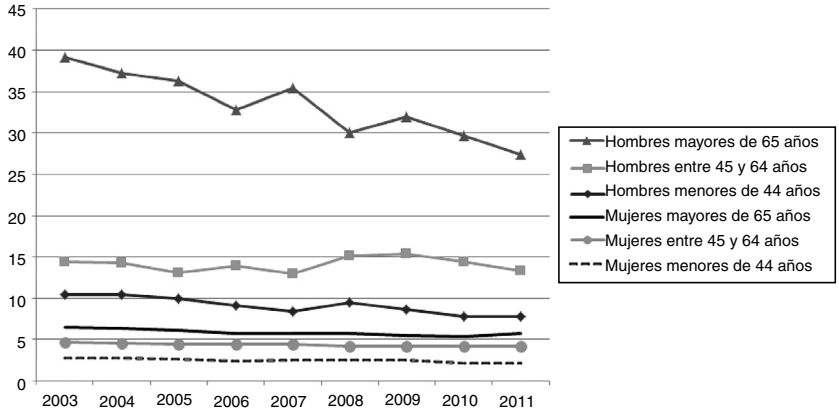

Figura 3. Tasas crudas de suicidio por 100.000 habitantes, según sexo y grupos de edad, en España (2003-2011). Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 1
Consumo de psicofármacos durante la crisis económica en España (2009-2012). Fuente: IMS Health

	Unidades 2009-2012				
	2009	2010	2011	2012	mat[a]/04/2013
Antipsicóticos	13.744.389	14.192.497	14.091.784	13.481.266	13.351.436
Antidepresivos	35.177.505	37.805.971	38.587.556	38.765.700	38.954.531
Tranquilizantes	53.012.679	54.916.395	54.914.376	54.522.845	54.565.279
Hipnóticos y sedantes	21.774.314	22.703.535	22.703.535	22.026.211	21.655.222
	Valores precio venta laboratorio 2009-2012				
	2009	2010	2011	2012	mat/04/2013
Antipsicóticos	429.967.956	459.922.072	429.173.990	403.788.528	407.759.558
Antidepresivos	490.808.320	497.450.192	421.163.990	355.946.826	356.322.132
Tranquilizantes	86.860.297	87.668.086	80.243.426	70.521.566	70.054.717
Hipnóticos y sedantes	49.340.675	51.190.774	51.698.899	48.930.788	47.682.703

[a] Últimos 12 meses acumulados (04-12 a 04-13).

aumentos demográficos, entre otros factores, se han argumentado para explicar estos incrementos.

Durante los años de la actual crisis económica, en la tabla 1 podemos ver la evolución de las unidades vendidas en las oficinas de farmacia de los principales grupos de psicofármacos: antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes e hipnótico-sedantes. En conjunto, en el año 2009 se vendieron 123,708 millones de envases de psicofármacos, y en el último año, 2012, un total de 128,796 millones (un aumento de alrededor del 4%). El detalle por subgrupos ofrece algunos datos relevantes: entre 2009 y 2012 permanece prácticamente estancado el consumo de antipsicóticos, con cifras que van de 13,7 a 13,4 millones; se produce un aumento en el consumo de tranquilizantes menores entre 2009 (53,0 millones) y 2010 (54,9 millones), cifras que también se estancan en 2011 (54,9) e incluso se reducen ligeramente en 2012 (54,5); en cambio, sigue produciéndose un aumento de las ventas de fármacos antidepresivos, con 35,1 millones en 2009 y 38,7 millones en 2012, aproximadamente un 10% de aumento en este periodo de tiempo; finalmente, el grupo de hipnótico-sedantes tiene un comportamiento muy similar al de los tranquilizantes, con un aumento, aunque menor, en 2010 y a continuación una ligera reducción entre 2011 y 2012. El total acumulado de los últimos 12 meses, hasta abril de 2013, conserva tendencias muy similares en todos los grupos.

En la misma tabla 1 puede verse la repercusión económica de estos consumos, medidos en precios de venta de laboratorio. El gasto aumentó de 1056,977 millones en 2009 a 1096,231 millones en 2010, y a partir de ahí se redujo de manera muy clara en los subgrupos de antipsicóticos, antidepresivos y tranquilizantes hasta alcanzar en 2012 la cifra total de 879,187 millones. La menor reducción, aunque también existe, se apreció en el subgrupo de fármacos hipnótico-sedantes. La aparición de fármacos genéricos es el factor más relevante para explicar esta reducción importantísima en el gasto farmacéutico (sufragado en España de forma mayoritaria por el sector público) a pesar de que el consumo en envases no se reduzca, sino que en algunos casos, como en los antidepresivos, aumente claramente.

Conclusiones y recomendaciones

En definitiva, los estudios revisados sugieren un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes, aunque estos datos no parecen reflejarse de momento en un aumento del número de suicidios en España. Paralelamente al incremento de las prevalencias se observa un aumento del consumo de fármacos antidepresivos durante la actual crisis económica. Todo ello sugiere que la planificación de los servicios en los próximos años en salud mental deberá adecuarse a un eventual aumento de la demanda. Se necesitan datos comparados sobre la utilización de servicios de salud mental, tasas de hospitalización, visitas a urgencias, intentos de suicidio y suicidios consumados en situación previa y durante una crisis económica.

De hecho, las crisis económicas provocan en numerosos países una reducción de los presupuestos sanitarios públicos, y la salud mental constituye por lo general un campo de baja prioridad, entre otras razones por la estigmatización de los trastornos psicopatológicos. En el área de la salud mental resulta, por tanto, particularmente necesario invertir esta dinámica, fortaleciendo los factores de protección del impacto de la crisis, en especial en grupos vulnerables como los niños, los jóvenes, los ancianos y las personas

Cómo citar este artículo: Gili M, et al. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005

en desempleo o con graves dificultades económicas. Países con un sólido sistema de protección social precisan menores cambios para reducir dicho impacto[36].

Se han propuesto algunas medidas relevantes, ensayadas en algunos países con éxito, para mitigar los efectos de la crisis económica en la salud mental[37], puesto que en ocasiones las consecuencias de una crisis económica y las medidas políticas contra ella pueden agravar las desigualdades ya existentes. Estas recomendaciones incluyen una aceleración en la reforma asistencial en salud mental en el sentido de incrementar los servicios comunitarios (mantener la cobertura sanitaria de manera universal constituye una de las mejores respuestas); políticas activas de empleo para reducir las tasas de paro, de manera especial en la población joven; programas de ayuda familiar para familias numerosas; programas especiales de apoyo a personas con dificultades económicas básicas, como la vivienda; una política activa de reducción del consumo de alcohol que podría incluir un aumento de los impuestos y, en consecuencia, de sus precios de venta al público; favorecer lo que se ha denominado «capital social», tratando de apoyar todas aquellas actividades que supongan una posibilidad de establecimiento de redes sociales (no podemos olvidar que una crisis económica puede implicar cambios positivos en estilos de vida, al disponer de mayor tiempo de ocio, dedicación a familia y amigos), y finalmente, una política adecuada de información sobre los suicidios que evite conductas miméticas, de manera particular en la población joven. La complejidad del concepto de «salud mental» alcanza ámbitos de actuación que van incluso más allá de las políticas específicas en salud. Los determinantes sociales de una crisis económica no pueden dejarse de lado, sino que han de formar parte prioritaria de una actuación política integral.

Declaraciones de autoría

Los autores han contribuido por igual en la redacción del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Catalano RC. The health effects of economic insecurity. Am J Public Health. 1991;81:1148–52.
2. Dooley D, Catalano R. Economic change as a cause of behavioral disorder. Psychol Bull. 1980;87:450–68.
3. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health. 1996;17:449–65.
4. Ezzy D. Unemployment and mental health: a critical review. Soc Sci Med. 1993;37:41–52.
5. Jin R, Shah C, Svoboda T. The impact of unemployment on health. CMAJ. 1995;153:529–40.
6. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg C, et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. J Appl Psychol. 2005;90:53–76.
7. Murphy G, Athanasou J. The effect of unemployment on mental health. J Occup Organ Psychol. 1999;72:83–99.
8. Chang S, Gunnell D, Sterne J, et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southest Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc Sci Med. 2009;68:1322–31.
9. Lee S, Guo WJ, Tsang A, et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. J Affect Disord. 2010;126:125–33.
10. Chen L, Li W, He J, et al. Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis. BMC Public Health [edición electrónica]. 2012. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490784/
11. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou J. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. J Econ Stud. 2007;35:368–84.
12. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. World Psychiatry. 2011;10:40–4.
13. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet. 2009;374:315–23.
14. Ostamo A, Lönngvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36:354–60.
15. Kwon JW, Chun H, Cho Sl. A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986-2005. BMC Public Health. 2009;9:72.
16. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ. 2012;345:e5142.
17. Hoe K, Agius M, Zaman R. The global economic crisis: effects on mental health and what can be done. J R Soc Med. 2013;106:211–4.
18. Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, et al. The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. PLoS One [edición electrónica]. 2013. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724888/
19. World Bank. World development indicators. 1st ed. Washington DC: World Bank; 2011. p. 460.
20. Eurosat. Eurosat Database. Brussels: European Commission; 2011.
21. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013;23:103–8.
22. Roca M, Gili M, García-García M, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2009;119:52–8.
23. Baca EE, Saiz JJ, Agüera LL, et al. Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. Actas Esp Psiquiatr. 1999;27:375–83.
24. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. Unemployment and mental health: understandig the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004;94:82–8.
25. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during economic crisis. Eur J Public Health. 2013 Dec 23 [Epub ahead of print].
26. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011;378:1457–8.
27. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, et al. Health and the financial crisis in Greece. Lancet. 2012;379:1001–2.
28. Tapia-Granados J. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. Eur J Popul. 2005;21:393–422.
29. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2006-2011) [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (Consultado el 02/09/2013.) Disponible en: http://www.ine.es
30. López-Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, et al. The effect of the late 2000 financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. Eur J Public Health. 2013;23:732–6.
31. Roca M, Gili M, García-Campayo J, et al. Economic crisis and mental health in Spain. Lancet. 2013;382:1977–8.
32. Insalud. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2000.
33. Simó-Miñana J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. Atencion Primaria. 2012;44:335–43.
34. IMS Health IMS NPA Sell out. Disponible en: http://www.imshealth.com/
35. Girona-Brumós L, Ribera-Montaña R, Juárez-Giménez JC, et al. Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. Gacet Sanit. 2006;20:143–53.
36. Uutela A. Economic crisis and mental health. Curr Opin Psychiatry. 2010;23:127–30.
37. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry. 2012;11:139–43.

Cómo citar este artículo: Gili M, et al. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005