

Impacto de la crisis económica en la salud mental en España. Desigualdades y evidencias desde la Atención Primaria

Margalida Gili

Profesora de Psicología Social
Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS)
Universitat de les Illes Balears
Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (RETICS-REDIAPP)

XIII Jornada

DESIGUALDADES SOCIALES y SALUD

Cádiz, 25 de Mayo de 2013



Índice

- Crisis económica, desigualdades y salud
- Crisis económica, bienestar emocional y salud mental
- Estudio IMPACT
- Reducir el impacto psicosocial de la crisis
- Conclusiones



Los orígenes de las desigualdades en salud se encuentran en las desigualdades económicas, sociales y políticas que se dan en nuestra sociedad.



Crisis económica y salud pública*

Barry S. Levy¹ y Victor W. Sidel²

La actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes a los que se haya enfrentado nunca la salud pública:

- 1) desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos
- 2) incremento de la población sin hogar
- 3) Consecuencias del aumento del paro: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, aumento de suicidios, etc.
- 4) Abuso de sustancias, depresión y otros problemas de salud mental (aumento de tasas de alcoholismo, suicidios...)
- 5) mortalidad aumentada
- 6) salud infantil deteriorada
- 7) violencia (producto de la frustración, desesperación de estar en paro, subocupación...)
- 8) problemas de salud ambiental y laboral
- 9) injusticia social y violación de derechos humanos
- 10) problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc.

Efectos esperados de la crisis sobre la salud

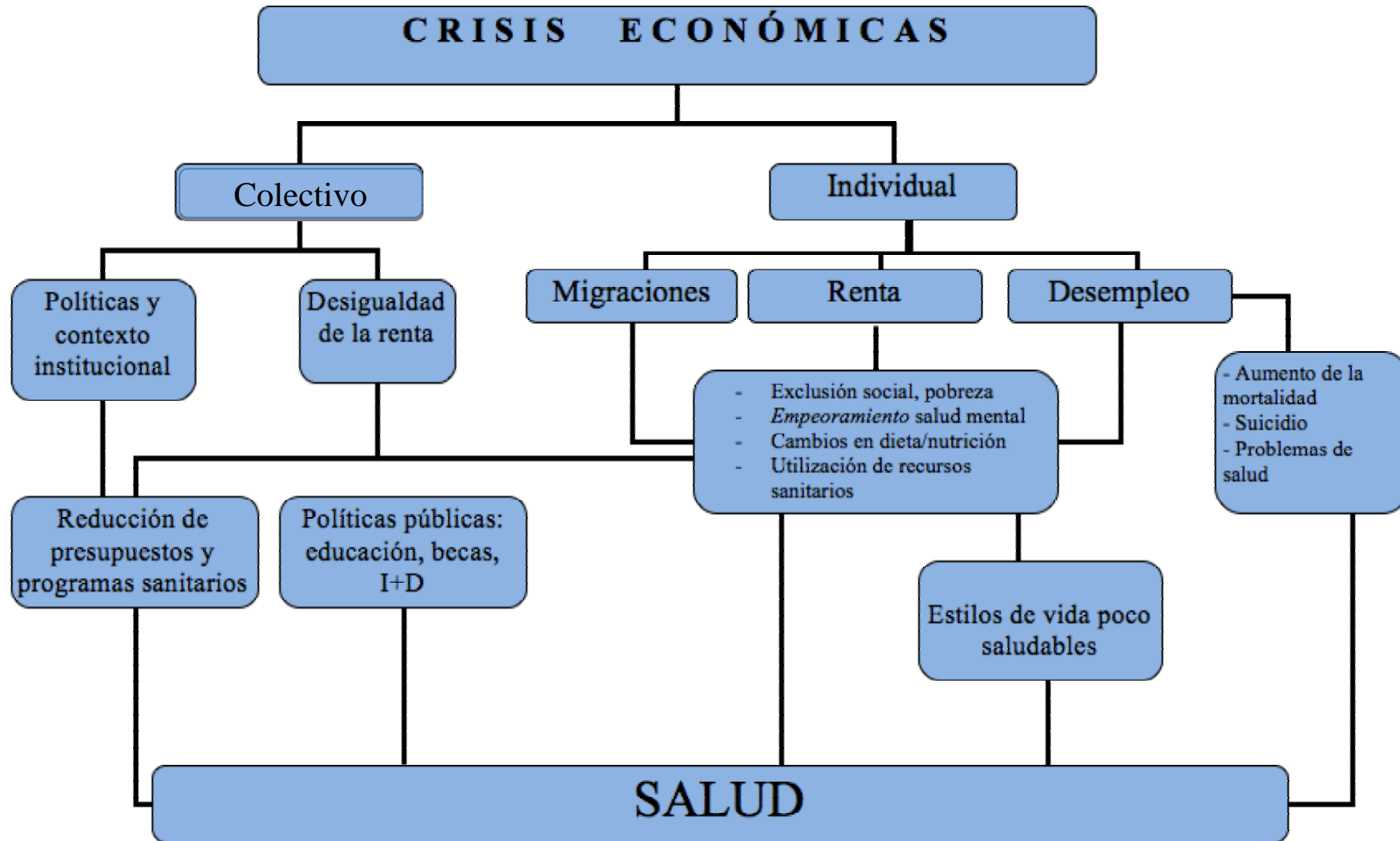
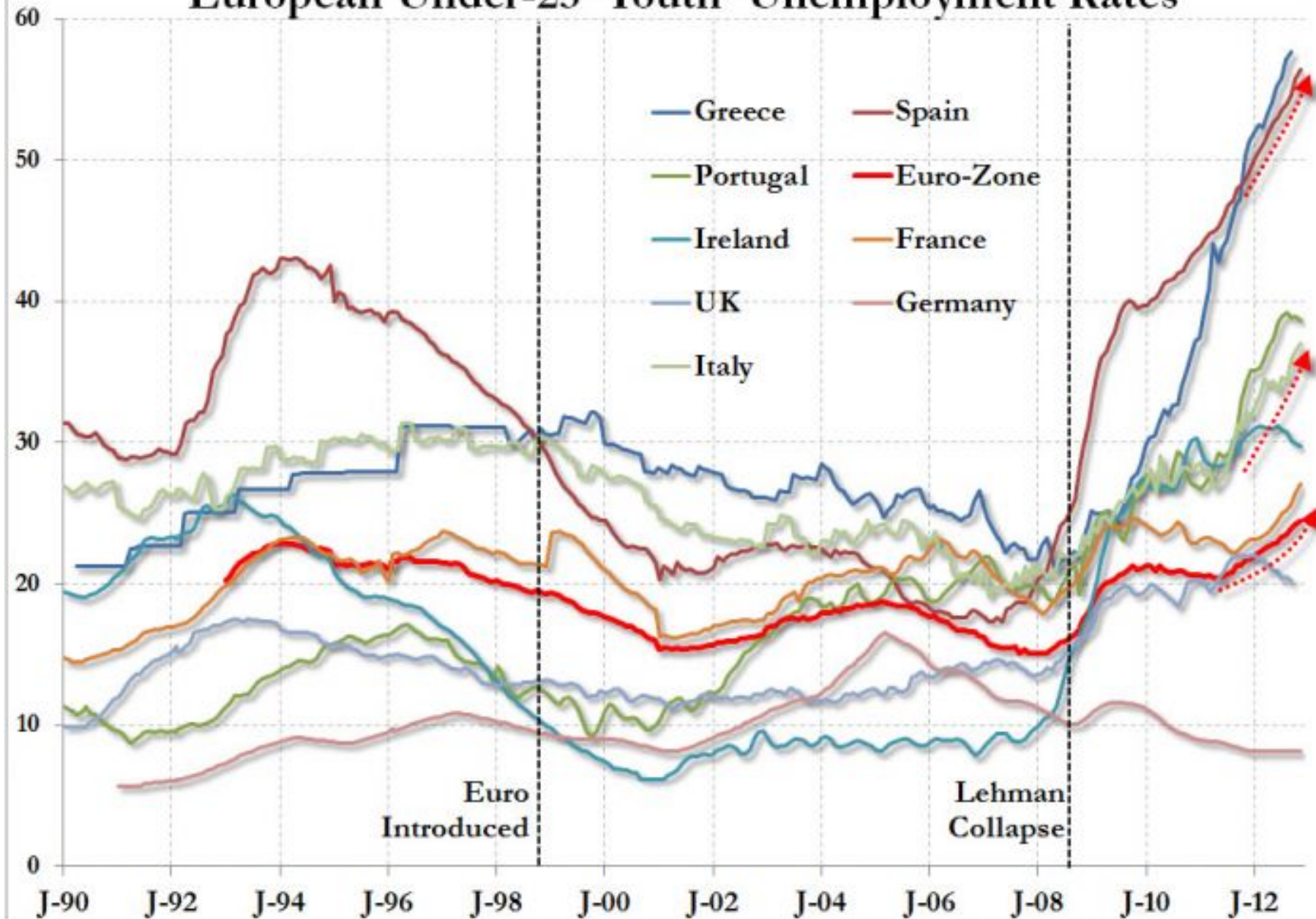


Figura 1. Efectos de la crisis sobre la salud (Adaptado de Dávila, 2009)

Tasa de desempleo en países europeos. Mayo 2013. Fuente: Eurostat.



European Under-25 'Youth' Unemployment Rates



Crisis económica y salud.

Evidencias

- Mortalidad, morbilidad y discapacidad aumentan tanto en países ricos como pobres

(Marmot & Bell, 2009, BMJ).

- Evidencia científica de una asociación *positiva* entre desempleo y bajos ingresos y una peor salud

(Stuckler, Basu, McKee, 2009; Catalano & Bellows, 2005; Clark & Oswald, 1994; McKee-Ryan, Song, & Wanberg, 2005; Murphy & Athanasou, 1999; Gallo, Bradley, & Dublin, 2004)

Crisis económica y salud. Controversias?

- Algunos autores argumentan que las recesiones mejoran la salud, al menos a corto plazo.
- Algunos estudios muestran un incremento en las tasas de mortalidad durante las épocas de expansión y un decremento durante las recesiones (Gerdtham & Ruhm, 2006; Ruhm, 2008; Tapia-Granados and Lonides, 2008)

POINT-COUNTERPOINT

Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996

José A Tapia Granados

Crisis económica y salud (Ruhm, 2000)

ARE RECESSIONS GOOD FOR YOUR HEALTH?*

CHRISTOPHER J. RUHM

The Quarterly Journal of Economics, May 2000

- Fuerte evidencia empírica relación entre períodos de crecimiento económico y salud en países en desarrollo.
- Menor evidencia de esta relación en países industrializados:

Bonanza económica

- a largo plazo parece contribuir a una mejora de la salud de la población
- a corto plazo aumenta mortalidad y morbilidad.

Vias:

- Menor disponibilidad de tiempo libre (menos tiempo dedicado a estilos de vida saludable)
- Productividad, más trabajo, más situaciones estresantes
- Aumentan accidentes de tránsito y conductas de riesgo (p.e., tóxicos)
- Flujos migratorios desde países empobrecidos con más enfermedades infecciosas.

Crisis económica y salud (Ruhm, 2000)



FIGURE I
Total Mortality and Unemployment Rates (Detrended and Normalized)

Crisis económica y bienestar emocional

The financial crisis and the well-being of Americans

2011 OEP Hicks Lecture*

By Angus Deaton

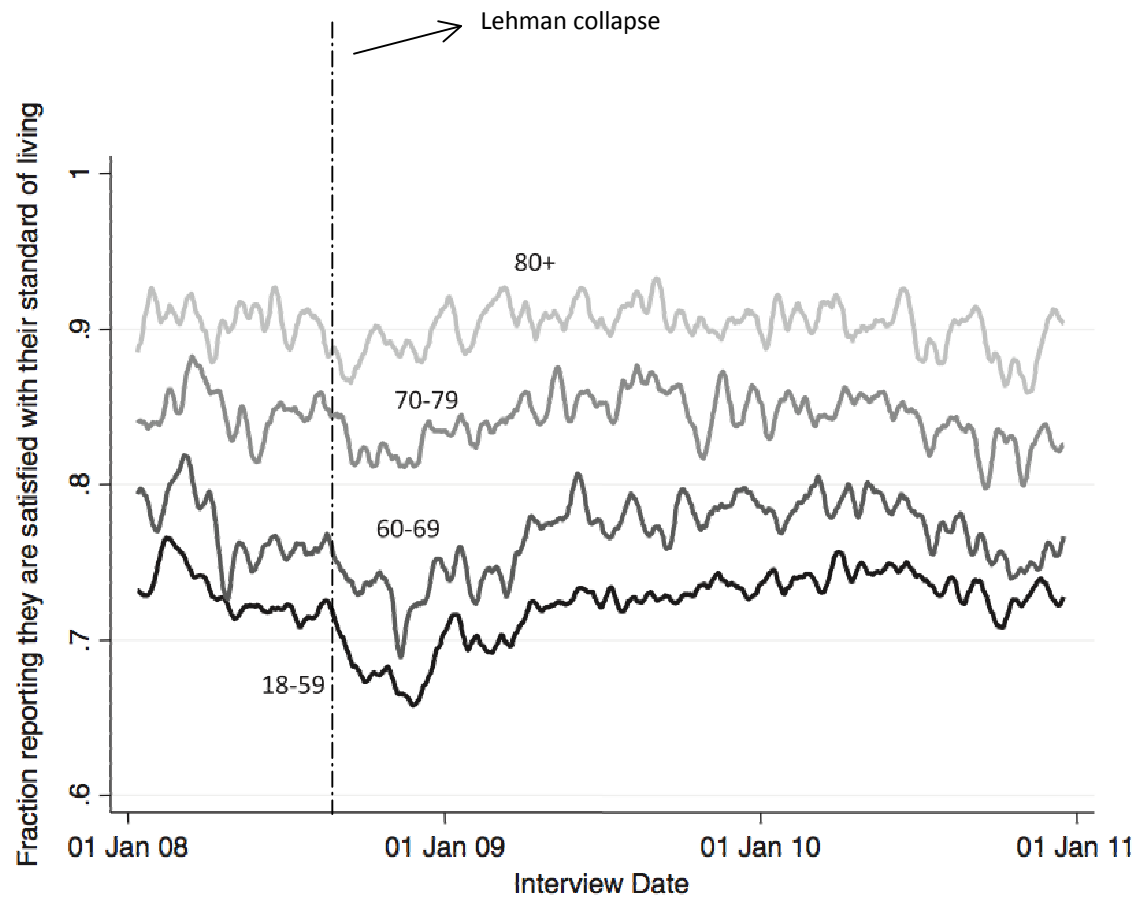


Fig. 5 Fractions of the population satisfied with their standard of living, by age group.

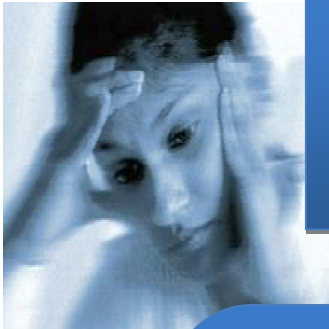


La evidencia ha demostrado de manera clara que los problemas de Salud Mental se relacionan con la deprivación, la pobreza, la inequidad y otros determinantes socioeconómicos de la salud.

Las crisis económicas son, por esta razón, generadoras, muchas veces de alto riesgo contra el bienestar mental de la población y afectan tanto a la comunidad como a sus familias.

S
A
L
U
D

M
E
N
T
A
L



Ausencia de trastornos mentales

+

Recurso de apoyo al bienestar y a la productividad



Estado de bienestar en el que el individuo:

- Es consciente de sus propias habilidades
- puede afrontar las situaciones que demanda la vida cotidiana
- puede trabajar de manera productiva y fructifera
- puede ofrecer contribuciones a su comunidad.

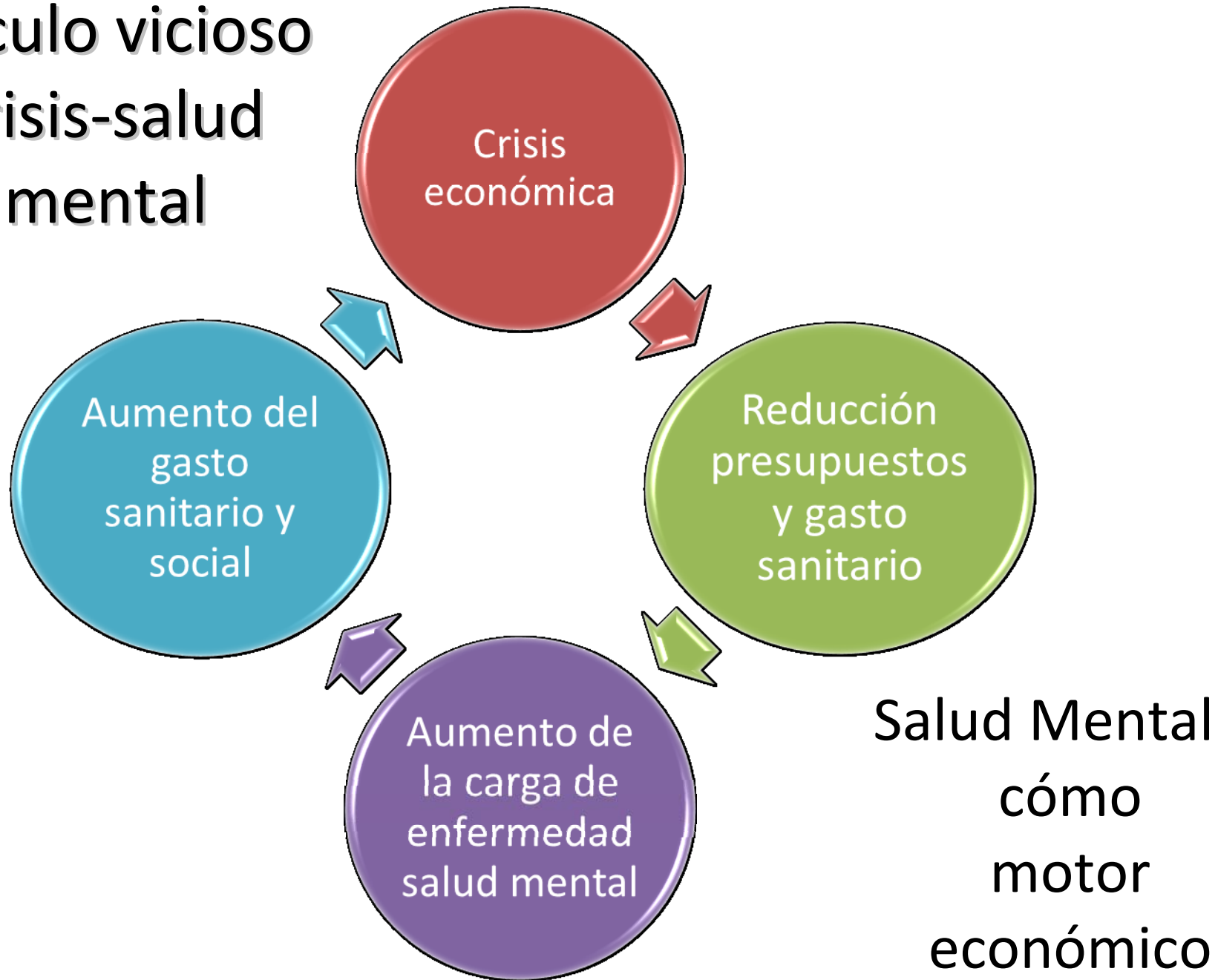
Desestabilizan los presupuestos de los servicios públicos



Pero, los datos de las diferentes investigaciones muestran que legislar a favor de la medidas sociales incrementa la resiliencia de las comunidades y mitiga los efectos del desempleo y sus consecuencias sobre la salud mental.

C
R
I
S
I
S

Circulo vicioso crisis-salud mental

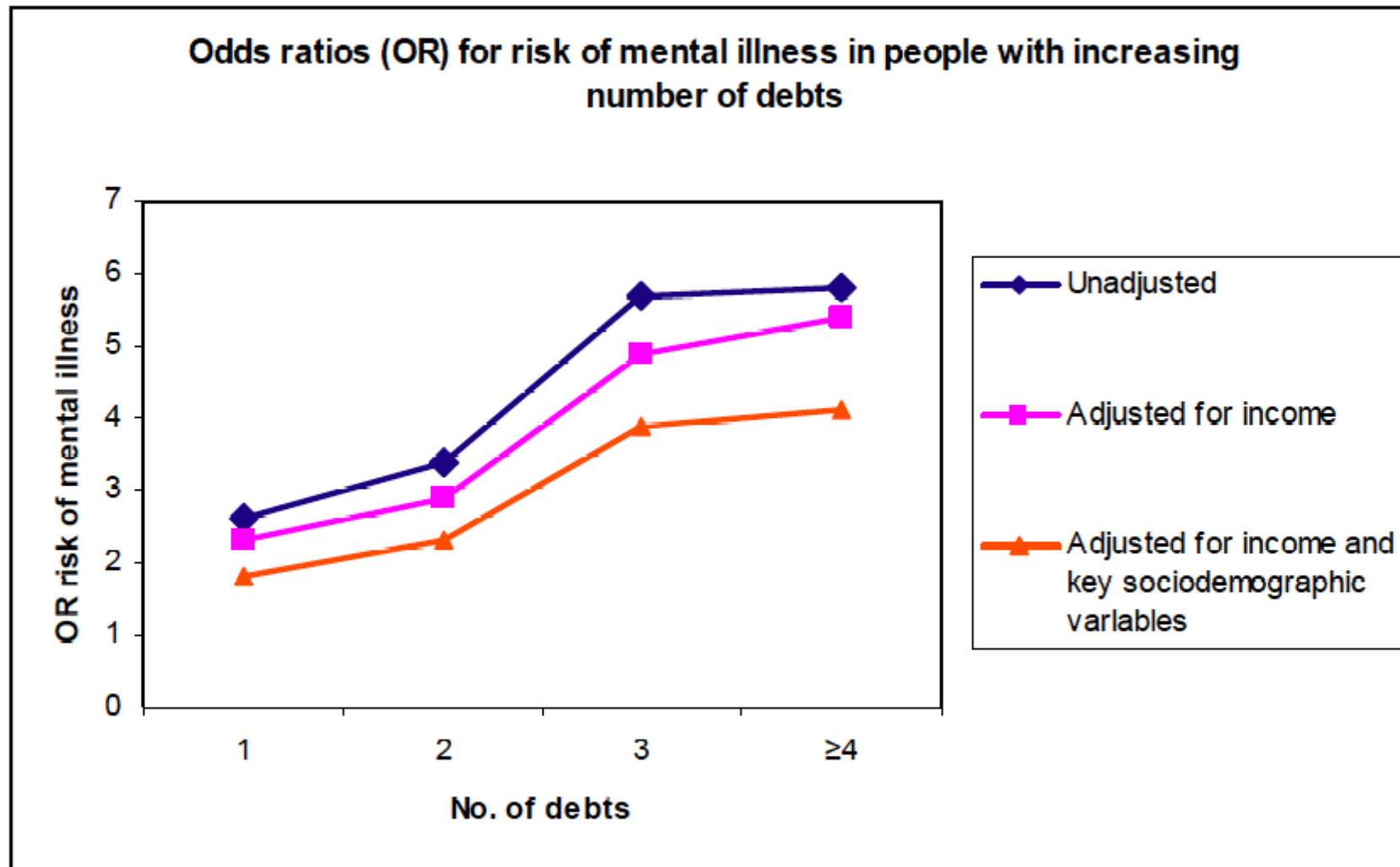


Determinantes psicosociales de la salud mental

OMS, 2011

Factores protectores	Factores de riesgo
Capital social y protección del estado de bienestar	Pobreza, menor educación, deprivación, endeudamiento
Ambiente saludable prenatal y en la infancia	Nutrición prenatal pobre, abuso, crianza difícil, relaciones familiares pobres
Lugares de trabajo y vida saludable	Desempleo, inseguridad laboral, stress laboral
Estilos de vida saludables	Alcohol y abuso de drogas

A mayor número de deudas, mayor riesgo de enfermedad mental



Jenkins R et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 2008, 38:1485–1493.

Salud Mental y Crisis Económica. Búsqueda bibliográfica

Fuente: Scopus

“Mental health” and “unemployment”, 1445 referencias

“Mental health” and “economic crisis”, 239 referencias

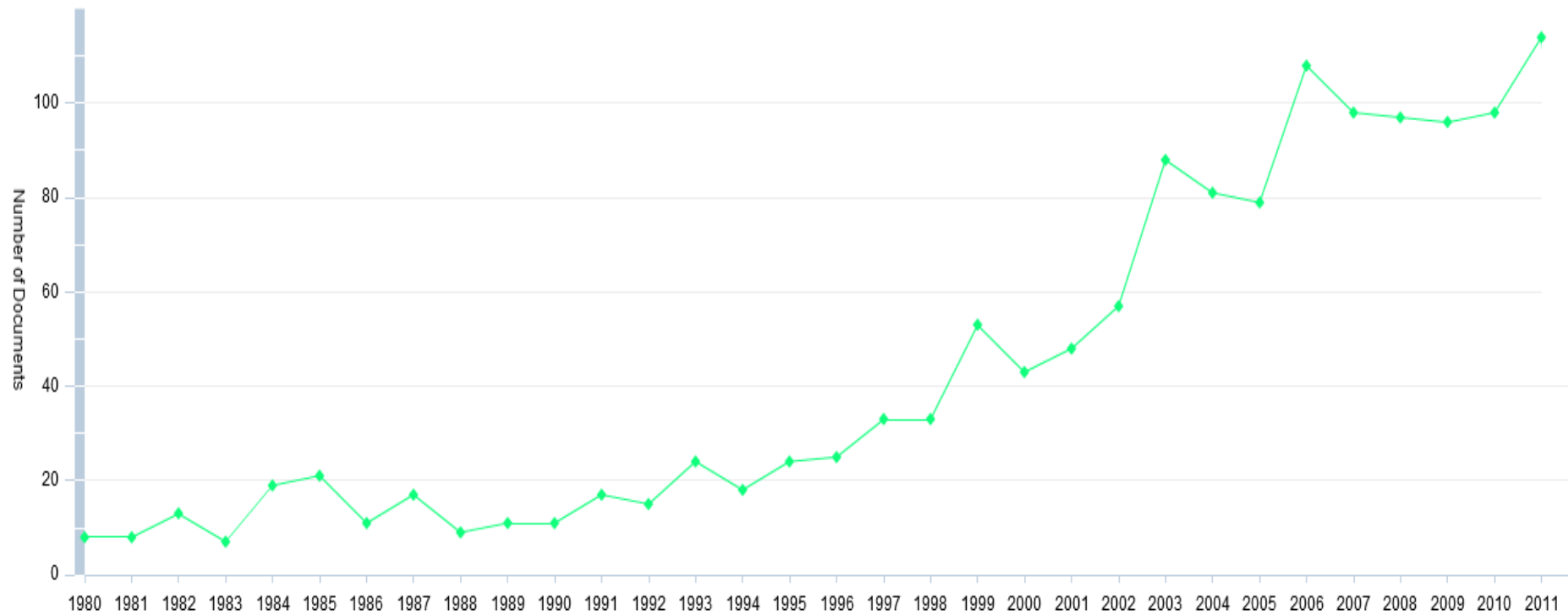
“Depression” and “economic crisis”, 8 referencias

“Anxiety” and “economic crisis”, 0 referencias

“Adjustment disorder” and “economic crisis”, 0 referencias

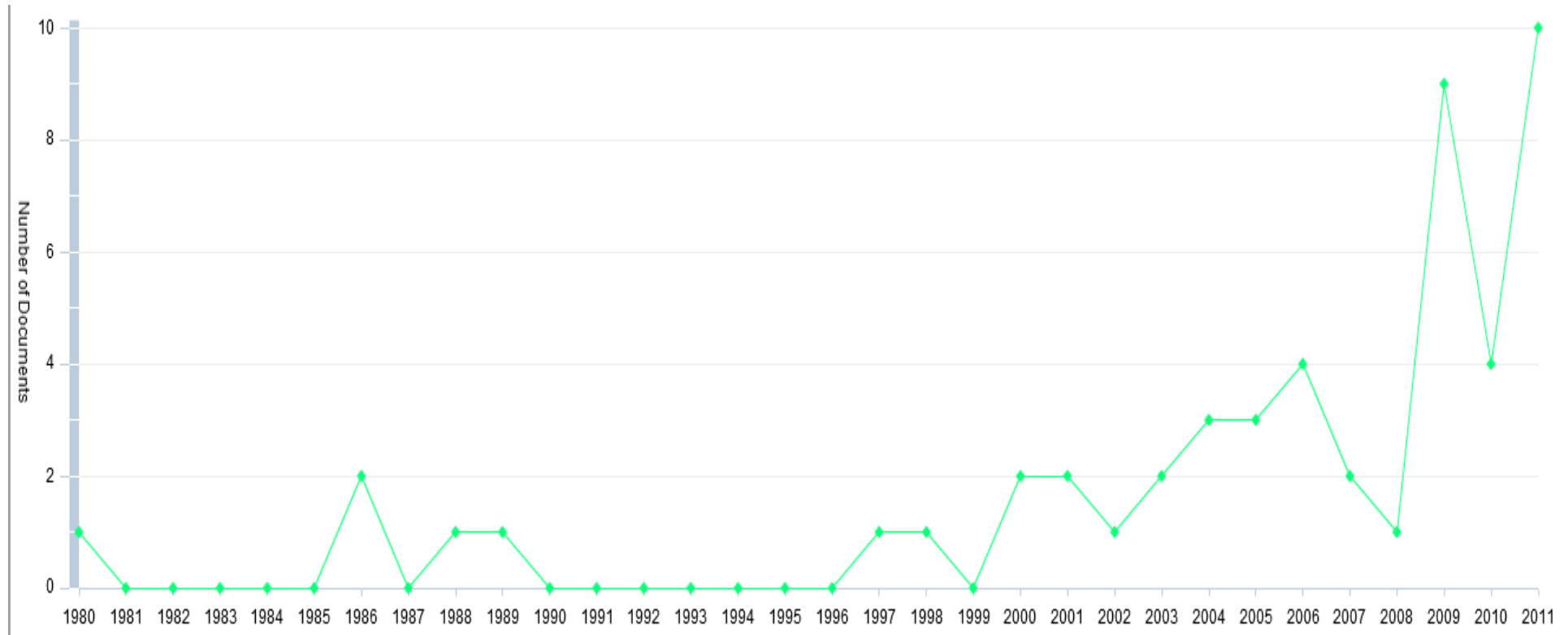
“Suicide” and “economic crisis”, 50 referencias

“Unemployment” AND “mental health”: 1.445 resultados Por años



Fuente: Scopus

“Suicide” AND “economic crisis”: 50 resultados Por años



Fuente: Scopus

El suicidio y la crisis, una compleja relación

- Durkheim, *El grado de cohesión social de una sociedad está en relación inversa a la tasa social de suicidios.*
- Asociación entre crisis económica en Asia (1997-98) y un aumento pronunciado de la mortalidad por suicidio en la mayoría de países asiáticos, relacionado con un incremento de las tasas de desempleo.

(Chang et al., 2009; Kwon et al., 2009)

- Cada 1% de aumento en desempleo se asocia a 0.79% de aumento en tasa de suicidios en menores de 65 años en Europa

(Stuckler et al, Lancet, 2009)

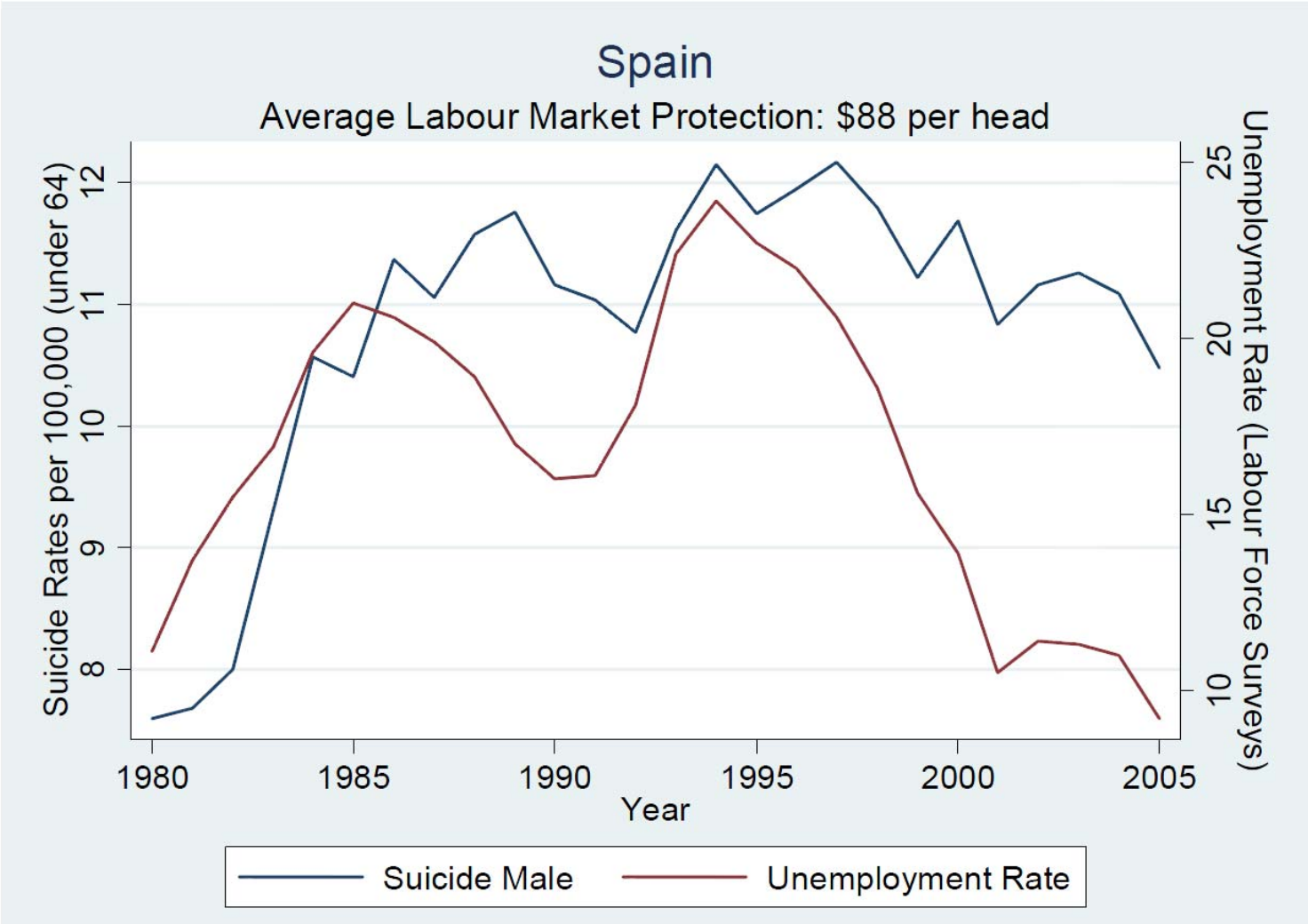
- No hay diferencias entre las tasas de intentos de suicidio en Finlandia durante la recesión económica 1989-1997

(Ostamo et al, 2001)

- Grecia?
- España?

Crisis económica y suicidio (Stuckler et al, Lancet, 2009)

Web Figure 8a. Direct Association of Unemployment with Suicide, Spain 1980-2005

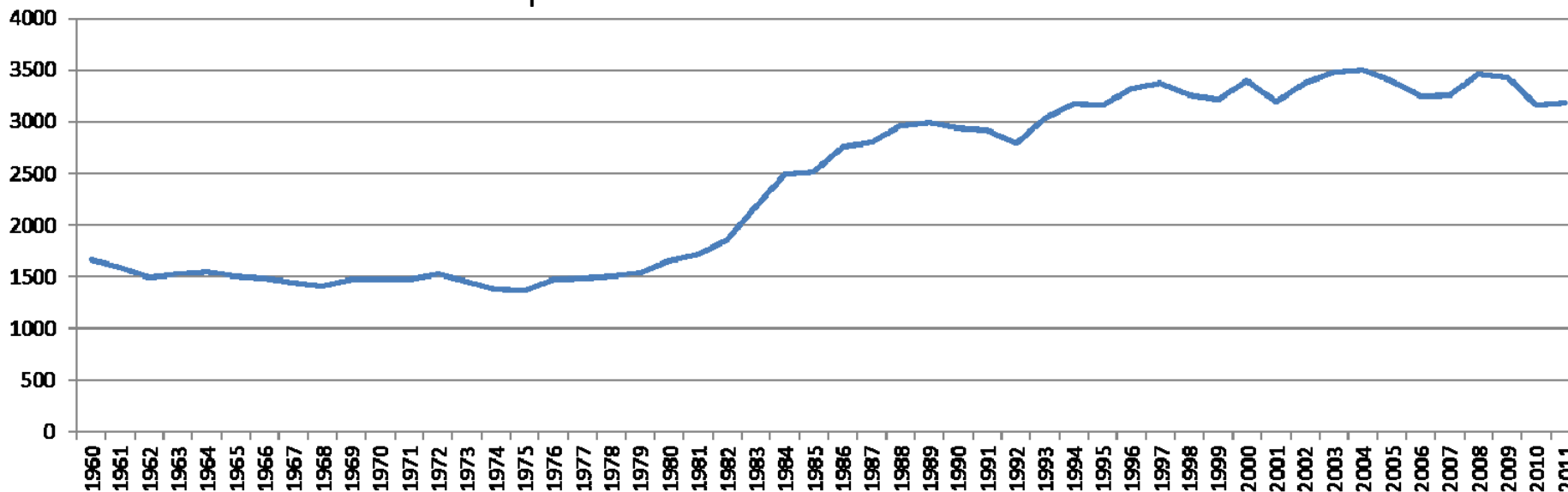


Crisis económica y suicidio (Stuckler et al, Lancet, 2009)

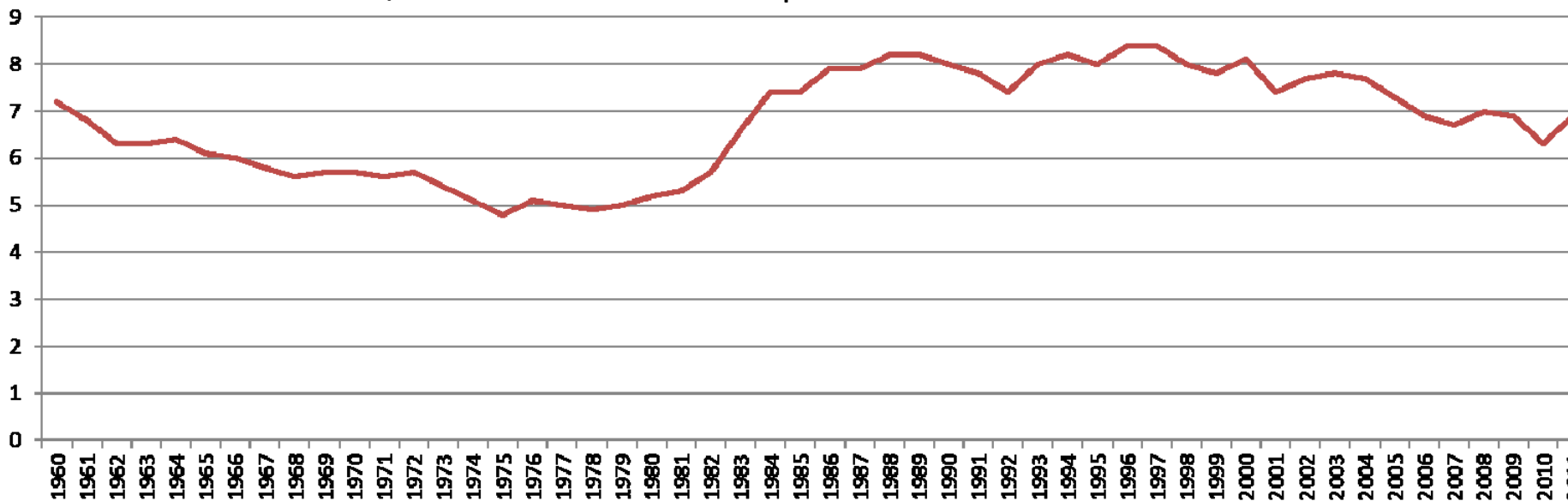
Web Figure 8b. No Association of Unemployment with Suicide, Sweden 1980-2005



Número de suicidios España Fuente: INE



tasa de suicidios/ 100.000 habitantes España Fuente: INE



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):103-8.



European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 1, 103–108
© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/cks035 Advance Access published on 19 April 2012

The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010

Margalida Gili^{1,2}, Miquel Roca^{1,2}, Sanjay Basu^{3,4,5}, Martin McKee⁵, David Stuckler^{5,6}

- 1 Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), University of Balearic Islands, 07122 Palma de Mallorca, Spain
- 2 Red de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (RediAPP), 08007 Spain
- 3 Department of Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, USA
- 4 Division of General Internal Medicine, San Francisco General Hospital, 505 Parnassus Avenue, Room M987, San Francisco, CA 94122, USA
- 5 London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 15-17 Tavistock Place, London WC1H 9SH, UK
- 6 Department of Sociology, University of Cambridge, Free School Lane, Cambridge CB3 3RQ, UK

Correspondence: Margalida Gili, Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), University of Balearic Islands, 07122 Palma de Mallorca, Spain, Tel: +34 97 1175000, e-mail: mgili@uib.es

Background: Nearly all European countries have been affected by the economic crisis that began in 2007, but the consequences have been among the worst in Spain. We investigated the associations of the recession on the frequency of mood, anxiety, somatoform, alcohol-related and eating disorders among those visiting Spanish primary care settings. **Methods:** Primary care physicians selected randomized samples of patients attending primary care centres representing Spain's consulting populations. A total of 7940 patients in 2006–07 and 5876 in 2010–11 were administered the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) instrument to diagnose mental disorders. Multivariate logistic regression models were used to quantify overall changes in the frequency of mental disorders, adjusting for potential socio-demographic differences in consulting populations unrelated to economic factors. **Results:** Compared with the pre-crisis period of 2006, the 2010 survey revealed substantial and significant increases in the proportion of patients with mood (19.4% in major depression), anxiety (8.4% in generalized anxiety disorder), somatoform (7.3%) and alcohol-related disorders (4.6% in alcohol dependence), all significant at $P < 0.001$, but not in eating disorders (0.15%, $P = 0.172$). Independent of observed risks of unemployment [odds ratio (OR) = 1.72, $P < 0.001$], we observed a significantly elevated risk of major depression associated with mortgage repayment difficulties (OR = 2.12, $P < 0.001$) and evictions (OR = 2.95, $P < 0.001$). About one-third of the overall risk in the consulting population's attendance with mental health disorders could be attributed to the combined risks of household unemployment and mortgage payment difficulties. **Conclusion:** Recession has significantly increased the frequency of mental health disorders and alcohol abuse among primary care attendees in Spain, particularly among families experiencing unemployment and mortgage payment difficulties.

Introduction

Nearly all European countries have been affected by the economic crisis that began in 2007, but the consequences have been among the worst in Spain. In the decade preceding 2007, Spain's economy was among the fastest growing in Europe, averaging annual gross domestic product (GDP) growth rates above 5%.¹ Signs of economic collapse were evident when the housing market fell at the end of 2007. Spain's debt-driven construction boom came to a halt, leading to a rapid reversal of fortune as the country's stock market deflated from 125% of GDP in November 2007 to 54% 1 year later² and its economy contracted leading to job losses, housing repossessions and large government budget deficits.³ At the beginning of 2010, over

20% of working-age Spaniards (or 4.5 million people) were unemployed, a rise from 8.5% in 2006 and the highest rate in Western Europe.⁴

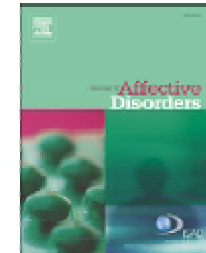
Public health officials have raised concerns that recession on this scale, and its economic consequences of unemployment, debt and losses of income, have potential health consequences.⁵ The fear and insecurity generated by the anticipation of unemployment is also associated with poor physical and mental health, in some cases even more than with actual job loss.^{6–8} However, some analysts suggest that there may be counter-intuitive health benefits during hard economic times, as people may smoke and drink less and potentially walk instead of drive while road traffic diminishes as transportation due to commercial purposes (cargo) declines.^{9–13} One



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad



Research report

Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care

M. Roca^{a,*}, M. Gili^a, M. Garcia-Garcia^b, J. Salva^a, M. Vives^a, J. Garcia Campayo^c, A. Comas^d

^a Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), Juan March Hospital, University of Balearic Islands, Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), Palma de Mallorca, Spain

^b Biomètrica Institut, Barcelona, Spain

^c Miguel Servet Hospital, University of Zaragoza, Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), Zaragoza, Spain

^d Almirall Medical Department, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 6 February 2009

Received in revised form 16 March 2009

Accepted 16 March 2009

Available online 10 April 2009

Keywords:

Mental disorders

Comorbidity

Primary care

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and comorbidity of the most common mental disorders in primary care practice in Spain, using the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) questionnaire.

Design: A systematic sample of 7936 adult primary care patients was recruited by 1925 general practitioners in a large cross-sectional national epidemiological study. The PRIME-MD was used to diagnose psychiatric disorders.

Setting: 1356 primary care units proportionally distributed throughout the country.

Results: 53.6% of the sample presented one or more psychiatric disorder. The most prevalent were affective (35.8%), anxiety (25.6%), and somatoform (28.8%) disorders. 30.3% of the patients had more than one current mental disorder. 11.5% presented comorbidity between affective, anxiety, and somatoform disorders.

Conclusions: The study provides further evidence of the high prevalence and high comorbidity of mental disorders in primary care. Given the large overlap between affective, anxiety and somatoform disorders, future diagnostic classifications should reconsider the current separation between these entities.

Estudio IMPACT

IMPACTO DE LA ACTUAL CRISIS ECONÓMICA EN LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES EN AP

¿Ha aumentado la prevalencia de los trastornos mentales durante la crisis financiera?
¿Hasta qué punto los factores de riesgo económico explican un eventual aumento?

OBJETIVOS:

Comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos económicos diferentes: antes y durante la actual crisis económica.

Analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en AP

Gili M, Roca M, Basu M, 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**, 2012.

Dos estudios epidemiológicos, multicéntricos,
transversales de Salud Mental en AP en las 17
CCAA

Estudio SCREEN, realizado en 2006

Estudio IMPACT, realizado en 2010

Metodología

Diseño del estudio:

Muestreo polietápico, estratificado (género y residencia rural/urbana)

- Selección de Centros de Salud distribuidos proporcionalmente entre las 17 comunidades autónomas.
- Selección de médicos de Atención primaria en cada uno de los centros
- Selección aleatoria (por días de la semana y franja horaria) de un número determinado de pacientes por parte de cada médico de AP.

Metodología

Muestra.

Se calculó el tamaño muestral a partir de los datos de prevalencia de los trastornos mentales más habituales en Atención Primaria para garantizar un nivel de confianza del 95% y una precisión de ± 2.5 .

•Screen.

1925 médicos de atención primaria, cada uno incluyó 4 pacientes aleatoriamente por días y horas de la semana. n= 7940

•Impact.

1175 médicos de atención primaria reclutaron 5 pacientes cada uno. n=5876

Criterios de inclusión

Pacientes de 18 años o más que acuda a consulta de AP por cualquier motivo de salud.

Características de la muestras

Web Appendix 1. Descriptive Statistics for each Survey Wave, 2006 and 2010, Primary Care Attendees, Spain, Analytic Sample

Variable	Total Sample N=13816 Mean (SD) or %	2006 Sample N=7940 Mean (SD) or %	2010 Sample N=5876 Mean (SD) or %
Mean age (SD, range)	48.4 (15.1, 18-98)	48.6 (15.5, 18-90)	48.2 (14.5, 18-98)
Gender %			
Male	38.7	38.3	39.1
Women	61.3	61.7	60.9
Mean BMI (SD, range)	25.7 (4.1, 15-60)	25.6 (4, 14-57)	25.8 (4, 14-60)
Marital status %			
Never married	20.2	20.1	20.5
Married	58.6	60.8	55.8
Widowed	10.5	10.6	10.4
Separated/divorced	10.5	8.5	13.2
Education %			
No schooling	24.4	27.5	20.1
Primary school	25.7	23	29.5
Secondary school	29.7	28.6	31.1
University	20.2	20.9	19.3
Living status %			
Alone	21.6	17.4	19.2
Accompanied	78.4	82.6	80.8
Unemployed (among those participating in the workforce)			
Yes	8.2	5.5	11.9
No	52.2	58.8	43.3
Perceived health status %			
Excellent	2.9	3.5	2
Very good	10.7	12.3	8.4
Good	36.5	38.9	33.3
Fair	37.5	32.7	43.9
Poor	12.5	12.6	12.3

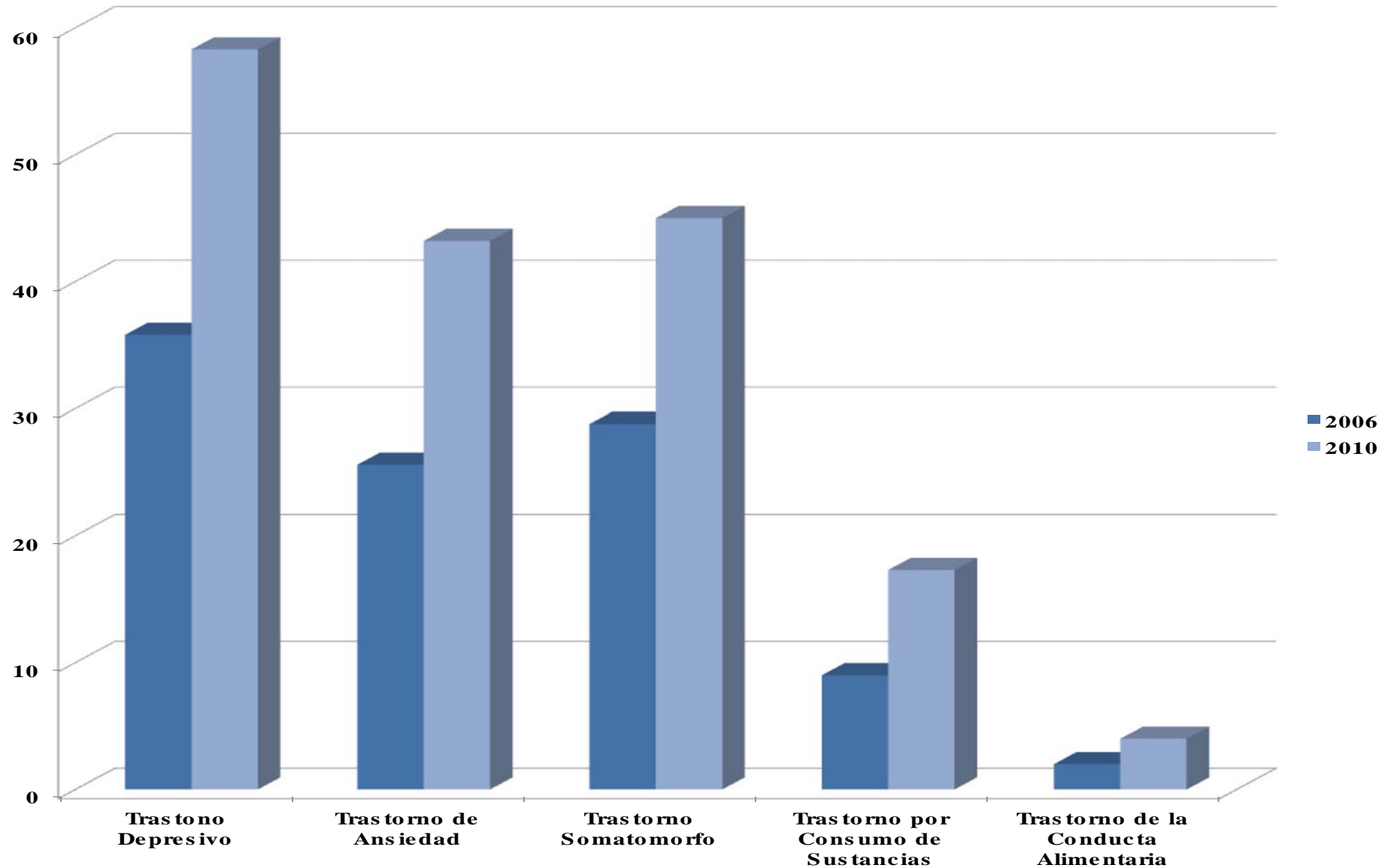
Resultados

Durante el último mes ha sufrido a menudo de...

	2006 n= 7940	2010 n=5876	Diferencia
1. dolor de estómago	31,3	39,5	↑ 8,2
2. dolor de espalda	48,7	55,7	↑ 7
3. dolor en las piernas, brazos o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	44,3	49	↑ 4,7
4. dolor o molestias con la regla	16,6	18,6	↑ 2
5. dolor o dificultades durante el acto sexual	12,2	20,2	↑ 8
6. dolor de cabeza	49,5	59,5	↑ 10
7. dolor de pecho	18,4	24,3	↑ 5,9
8. mareos	29,7	37,6	↑ 7,9
9. episodios de desmayo	5,1	7,9	↑ 2,8
10. sensación que el corazón le late más fuerte o más aprisa	33,5	44	↑ 10,5
11. sensación que le falta el aire	32,5	45,3	↑ 12,8
12. estreñimiento, vientre suelto o diarrea	26,8	31,6	↑ 4,8
13. náuseas, gases o indigestión	30,9	37,2	↑ 6,3
14. sentirse cansado o con poca energía	49,2	64,5	↑ 15,3
15. dificultades para dormir	44,4	63,6	↑ 19,2
16. no poder controlarse con la comida	9,8	15,9	↑ 6,1
17. falta de interés o placer en las cosas	33	51,2	↑ 18,2
18. sentirse decaído, deprimido o desesperado	34,5	55,5	↑ 21
19. «nervioso», ansioso o a punto de explotar	31,3	45,9	↑ 14,6
20. preocupado por muchas cosas diferentes	42,7	62,4	↑ 19,7

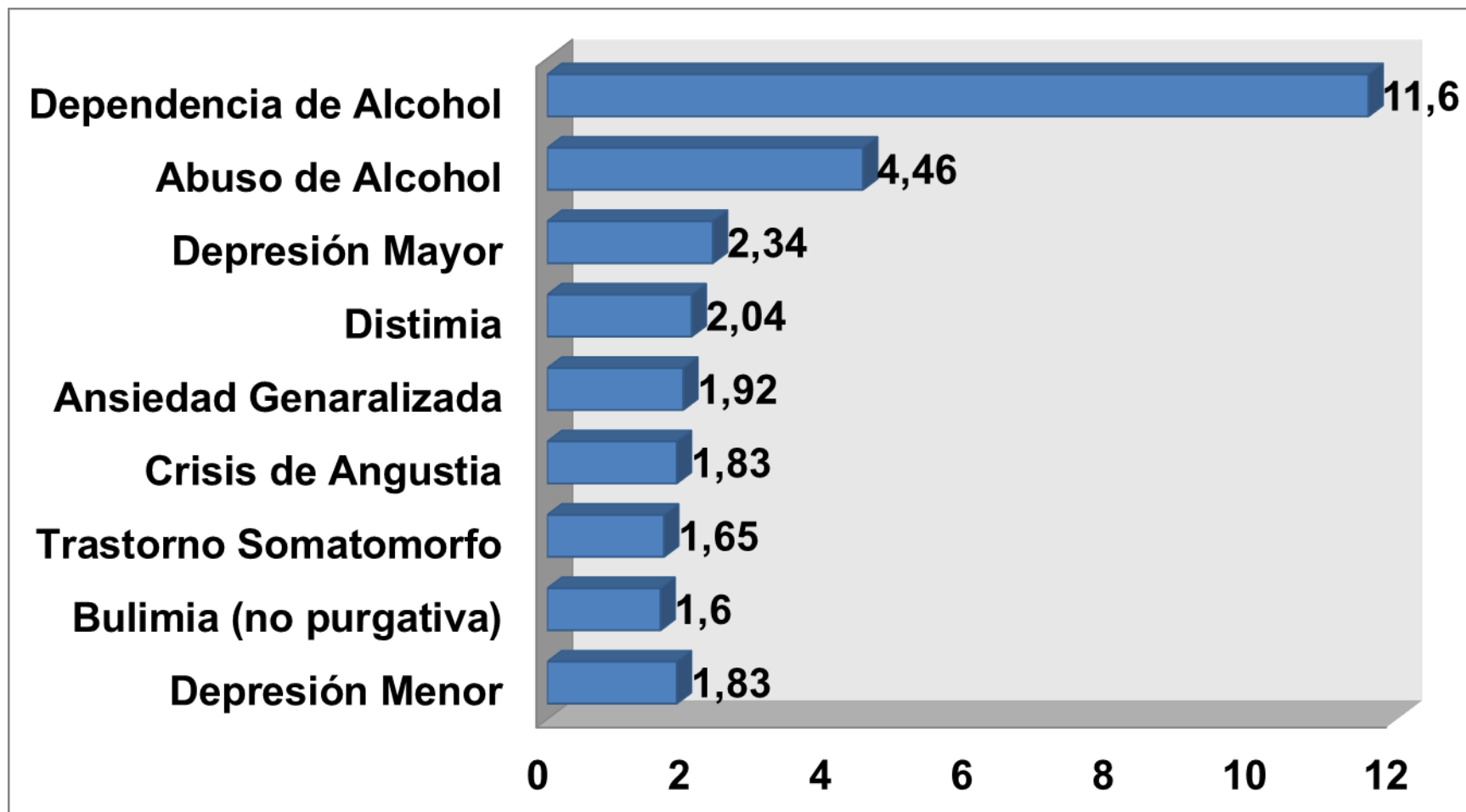
Resultados

Prevalencia de trastornos mentales antes y durante la crisis

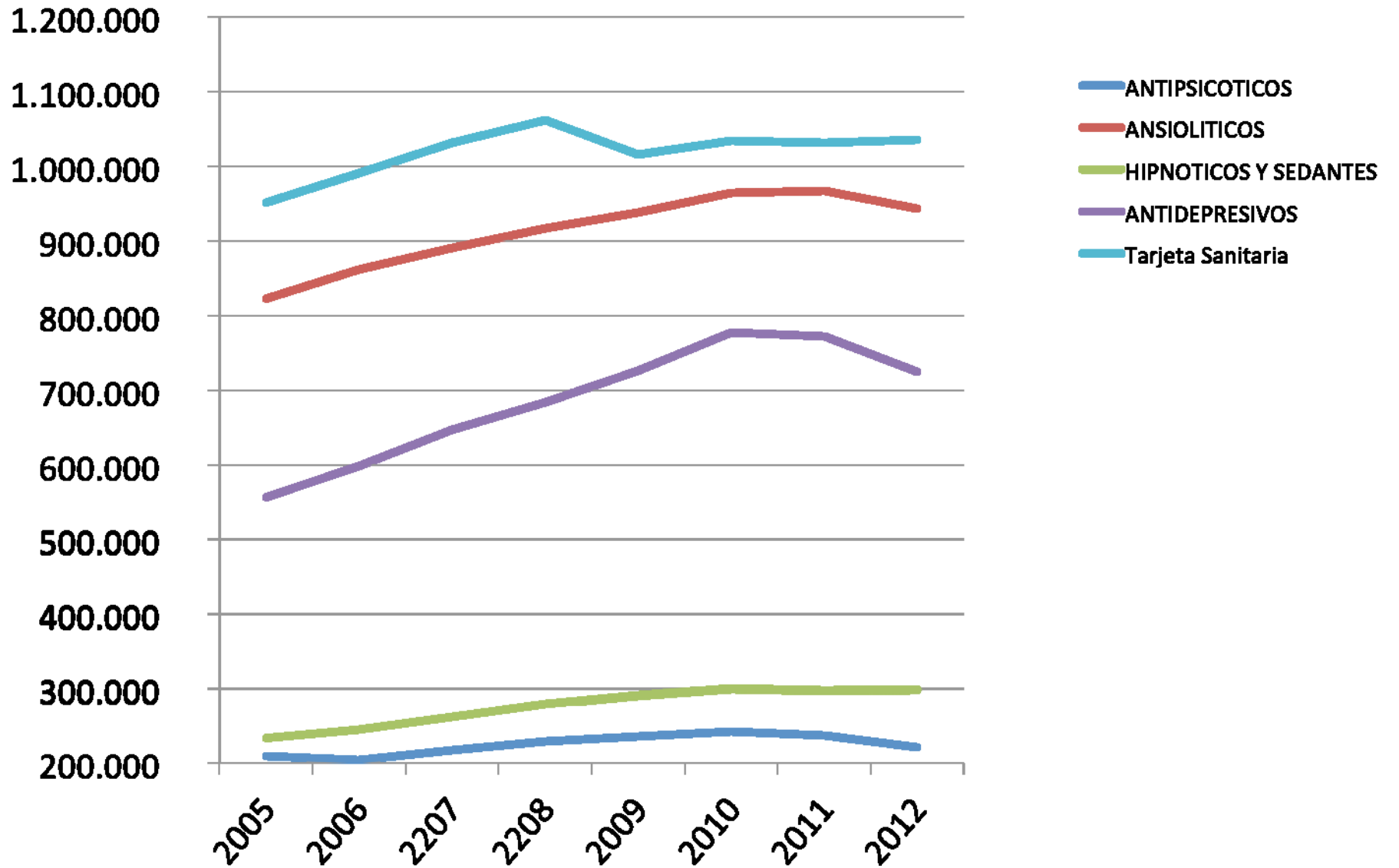


Resultados

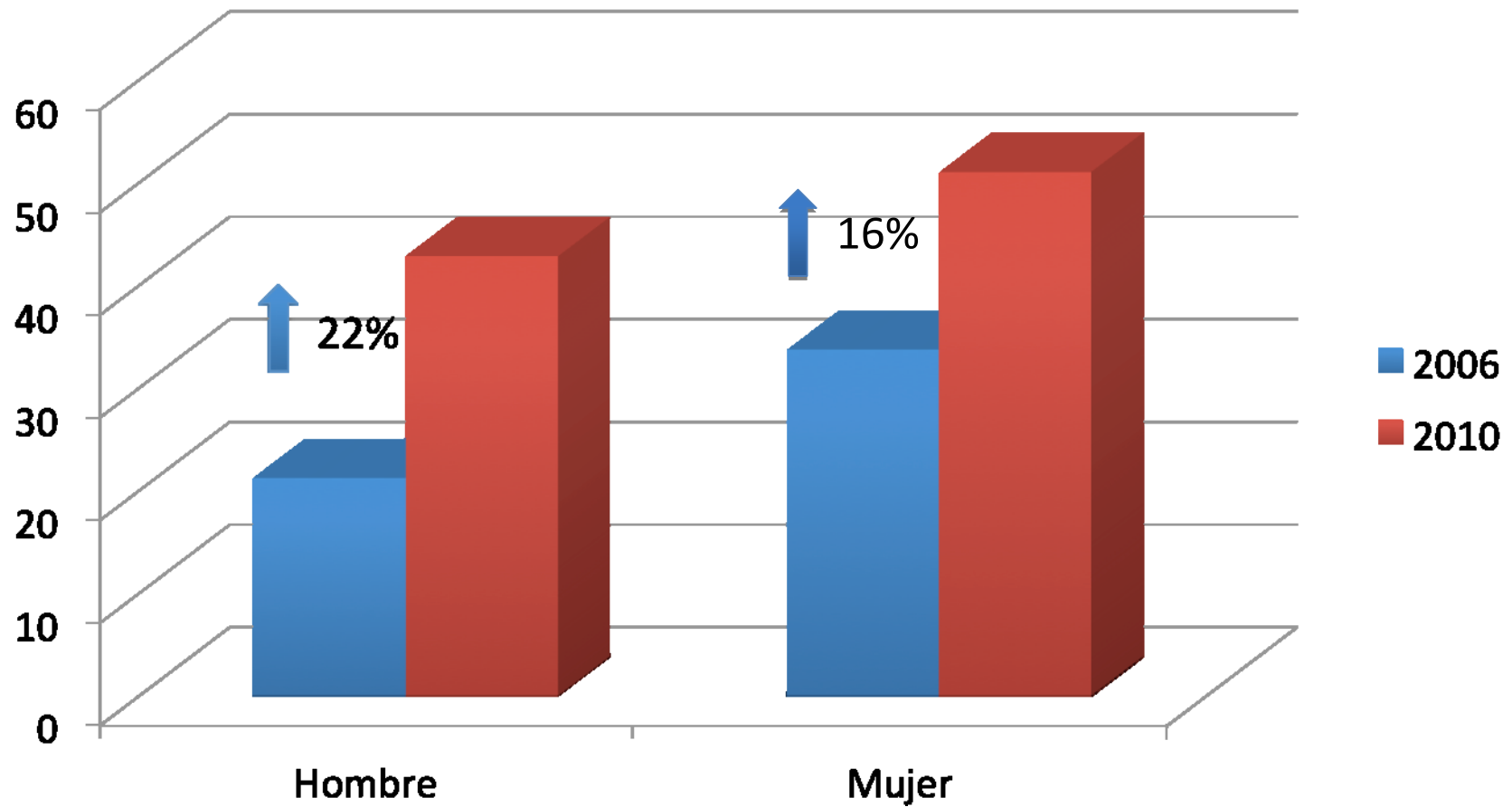
Incremento relativo de los trastornos mentales en 2006 y 2010



Consumo de psicofármacos. Receta electrónica. Baleares 2005-2012

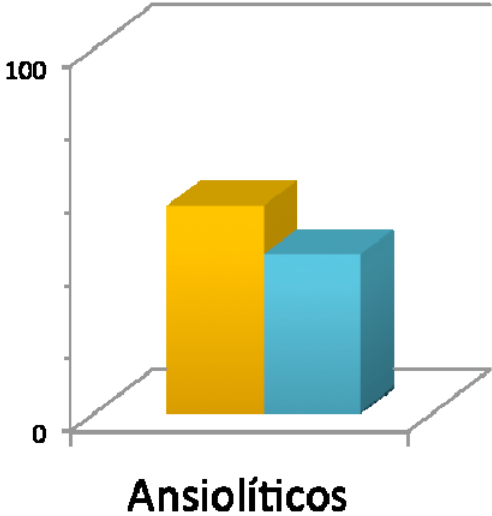
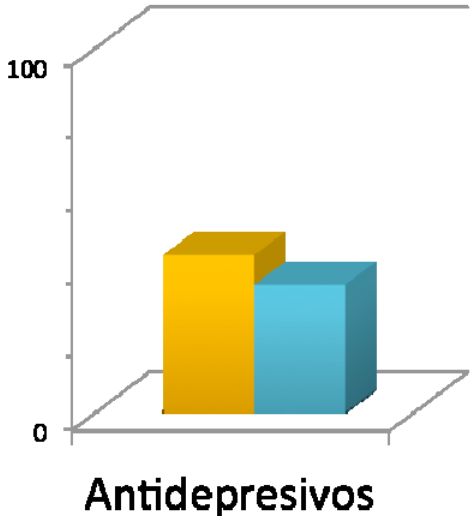
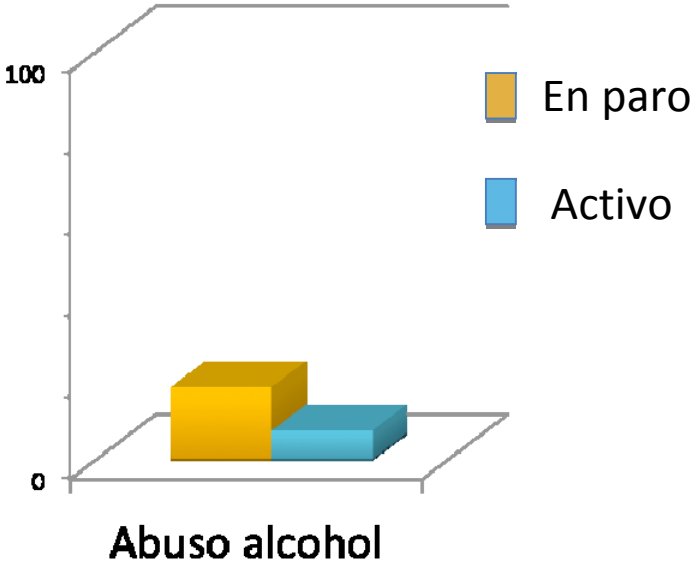
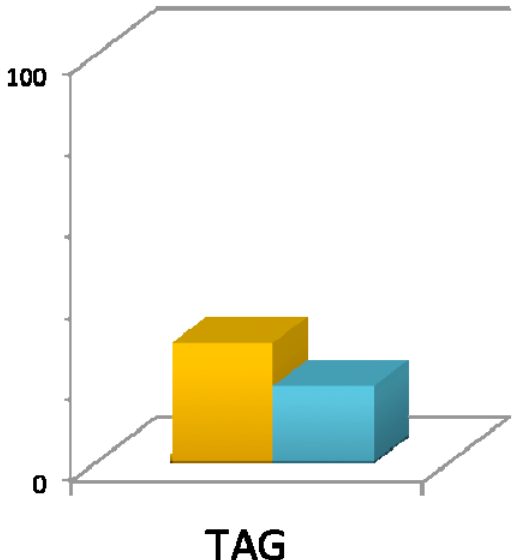
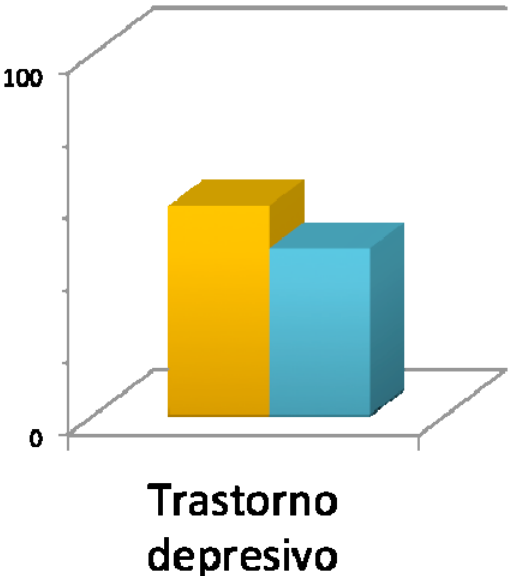


Resultados. Género, crisis y depresión

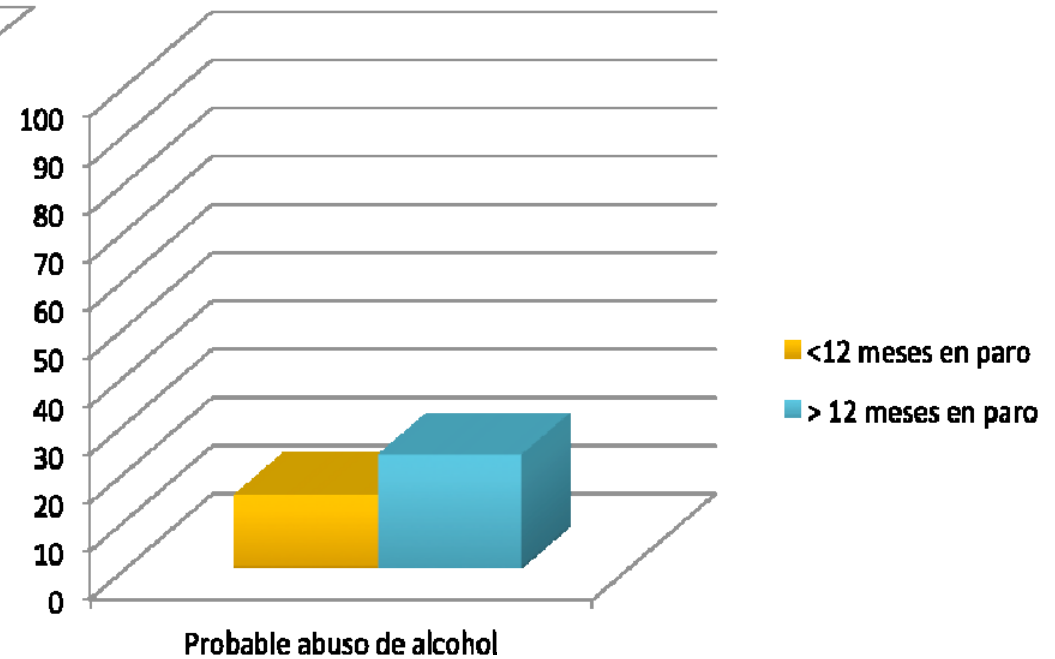
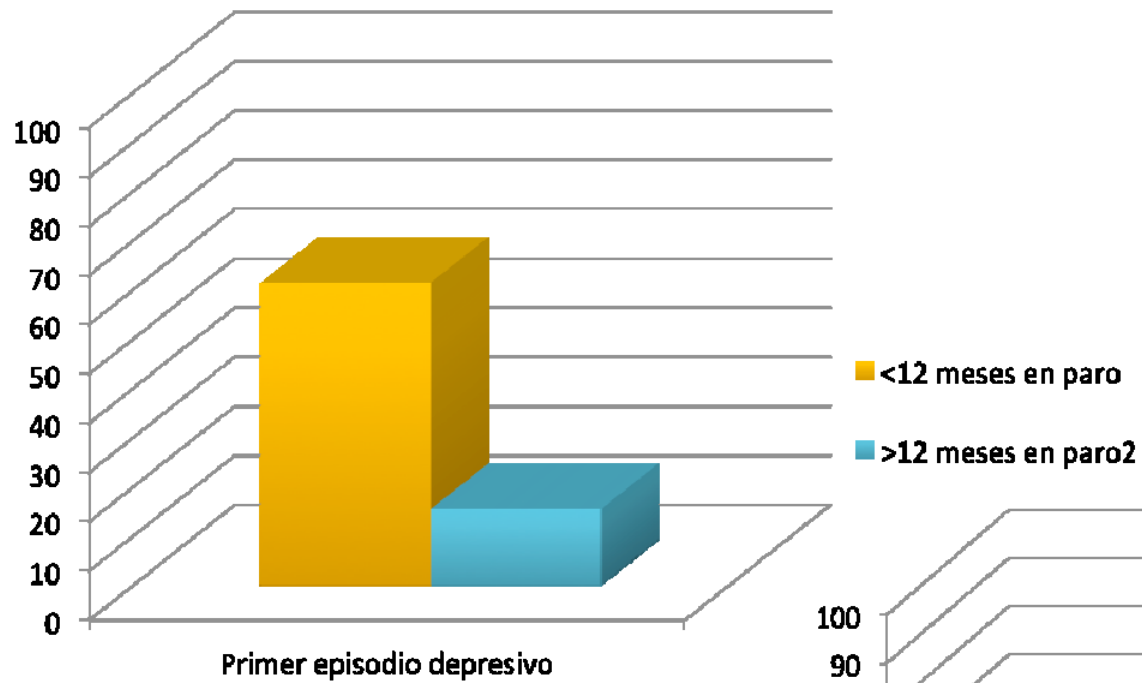


$P < 0.05$

Desempleo y salud mental. Resultados



Meses desempleo y salud mental. Resultados



Resultados IMPACT. Salud mental y dificultades socioeconómicas

Factores de riesgo de **depresión**, tras ajustar por sexo, edad, estado civil, nivel educativo y lugar de residencia:

- -Desempleo

Tras ajustar también por desempleo:

- **Dificultades socioeconómicas personales:**
 - Dificultades en el pago del domicilio
 - Dificultades para llegar a fin de mes.
- **Dificultades socioeconómicas familiares:**
 - Algún miembro de la familia en paro
 - Algún miembro en empresa con ERE
 - Dificultades pago de la vivienda de un familiar nuclear.

Reducir el impacto psicosocial de la crisis

- Individual:
 - Psicológica (“no psicologizante”)
 - Farmacológica
 - Terapias alternativas!
- Colectivo/político/social (OMS, 2012):
 - Programas de protección del mercado laboral
 - Programas de apoyo a las familias
 - Aumentar los precios del alcohol y disminuir su disponibilidad
 - Atención Primaria para personas en riesgo de problemas de salud mental
 - Programas de alivio de la deuda.

Conclusiones

- Las crisis económicas se acompañan a largo plazo de peor salud (por el aumento del paro y de la pobreza, y por el incremento de la diferencias entre pobres y ricos) pero no siempre se acompañan de mayor mortalidad.
- La evidencia empírica parece sugerir una relación directa entre crisis y peor salud mental
- El estudio IMPACT sugiere un aumento de prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes, medidos con instrumentos específicos para atención primaria.
- Se necesitan datos comparados sobre utilización de servicios de salud mental, tasas de hospitalización, visitas a urgencias, consumo de psicofármacos, intentos de suicidio, suicidios consumados en situación previa y durante una crisis económica
- Planificación de servicios en salud mental debe adecuarse a un eventual aumento de la demanda

El mayor avance que podría hacerse en el campo de la salud sería eliminar las grandes desigualdades que existen entre los pobres y ricos, la eliminación de las desigualdades de la salud exige la redistribución de la riqueza y es probable que en definitiva dependa de la eliminación de la pobreza. En el mundo actual, la mala salud se debe menos a la falta de recursos que a su distribución desigual entre naciones y dentro de ellas



Tomas McKeown

McKeown, T. (2006): Los orígenes de las enfermedades humanas Madrid, Triacastela.



Muchas gracias por su atención