



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Pérez-Romero, Shirley; Gascón-Cánovas, Juan J; de la Cruz-Sánchez, Ernesto; Sánchez
-Ruiz, José F; Parra-Hidalgo, Pedro; Monteagudo-Piqueras, Olga
Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población
española
Salud Pública de México, vol. 58, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 41-48
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643795010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población española

Shirley Pérez-Romero, MD, MPH,⁽¹⁾ Juan J Gascón-Cánovas, PhD, MD, MPH,⁽²⁾ Ernesto de la Cruz-Sánchez, PhD,⁽²⁾
José F Sánchez-Ruiz, BS,⁽¹⁾ Pedro Parra-Hidalgo, MD, PhD, MPH,⁽¹⁾ Olga Monteagudo-Piqueras, MD, PhD, MPH.⁽³⁾

Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ,
de la Cruz-Sánchez E, Sánchez-Ruiz JF,
Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O.
Recesión económica (2006-2012) y cambios
en el estado de salud de la población española.
Salud Publica Mex 2016;58:41-48.

Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ,
de la Cruz-Sánchez E, Sánchez-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;58:41-48.

Resumen

Objetivo. Analizar la relación de los problemas de salud mental en población española con la recesión económica (2006-2012) y establecer en qué sentido afecta a la autopercepción del estado de salud. **Material y métodos.** Estudio transversal comparativo utilizando la Encuesta Nacional de Salud de España, 2006/2007 y 2011/2012. Mediante modelos de regresión logística, se analizaron tres indicadores relacionados con la salud mental y la salud percibida. **Resultados.** En 2011/2012 aumentó el consumo de medicamentos ansiolíticos y somníferos en hombres y mujeres. La disfunción mental aumentó durante el periodo de crisis económica en la población de varones. La percepción de una salud óptima no sufrió cambios significativos en hombres ni en mujeres. **Conclusiones.** La recesión económica mostró una relación variable con la salud mental y general de la población, y coincidió con un aumento de los trastornos de salud mental, como la ansiedad.

Palabras clave: recesión económica; salud mental; factores epidemiológicos; estado de salud; España

Abstract

Objective. To analyze the relationship of mental health problems in Spanish population with the economic recession (2006-2012), and find out how it affects the self-perception of health status. **Materials and methods.** Cross-sectional study using the National Health Survey of Spain, 2006/2007 and 2011/2012. Using logistic regression models, three indicators linked to mental health and perceived health were analyzed. **Results.** In 2011/2012 the consumption of anti-anxiety medications and sleeping pills increased in men and women. Mental dysfunction increased during the economic crisis in the male population. The perception of optimal health did not suffer significantly in either men or women. **Conclusions.** The economic recession showed a changing relation to the mental and general health of the population, coinciding with an increase in mental health disorders, such as anxiety.

Keywords: economic recession; mental health; epidemiologic factors; health status; Spain

(1) Servicio Murciano de Salud. Murcia, España.

(2) Universidad de Murcia. Murcia, España.

(3) Consejería de Sanidad. Murcia, España.

Fecha de recibido: 16 de febrero de 2015 • **Fecha de aceptado:** 10 de noviembre de 2015

Autor de correspondencia: Shirley Pérez Romero. Servicio Murciano de Salud. Pinares 6, 2ª planta. 30001 Murcia, España.

Correo electrónico: shirleypr18@gmail.com; shirleyb.perez@carm.es

La pérdida o el deterioro de la salud mental pueden afectar de forma intensa y permanente tanto a grupos de población como a cada uno de los seres humanos.¹ El concepto de salud mental incluye el bienestar subjetivo, la autoeficiencia percibida, la autonomía, la competencia y la capacidad de reconocer el propio potencial intelectual y emocional.² En un entorno de recesión económica es importante tener en cuenta que la salud mental puede jugar un rol fundamental en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población.^{3,4}

Existe evidencia de que las recesiones económicas influyen sobre la salud mental de la población, particularmente en los sectores más vulnerables de la sociedad. Durante la Gran Recesión (1930-1944), la población con cierto nivel educativo afrontó social y psicológicamente mejor las dificultades de este periodo.⁵ Actualmente, casi todos los países europeos se ven afectados por la recesión económica que comenzó en 2007. Uno de ellos, España, ha sufrido las graves consecuencias de la disminución de su PIB, contracción económica que ha provocado pérdidas de empleo, embargos de viviendas y grandes déficits presupuestarios de los gobiernos regionales. Algunos estudios incluso han demostrado que existe pérdida de salud mental, especialmente entre familias que sufren el desempleo.⁶

Se estima que los trastornos mentales constituyen alrededor de 13% de la carga global de enfermedades a nivel mundial. En concreto, la depresión ha afectado a 150 millones de personas en algún momento de su vida, con lo cual, es una de las mayores causas de años vividos con discapacidad.^{2,7}

En España, según el estudio Eseméd (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), 15.7% de los hombres y 22.9% de las mujeres presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental. De estos trastornos, el más frecuente fue la depresión, con una prevalencia de 10.5%.⁸

Los factores que se han asociado con una mayor prevalencia de problemas de salud mental son: sexo femenino,⁸ adultez mayor y desempleo.⁹ Otros factores que favorecen la aparición de enfermedades mentales son: las patologías crónicas, estar separado o divorciado, el nivel educativo, la clase social o el nivel de ingresos.¹⁰ También se presentan trastornos mentales con mayor frecuencia en inmigrantes y personas con poco apoyo social,¹¹ o en aquellas que han padecido acontecimientos vitales estresantes.¹²

El objetivo de este trabajo es, bajo la hipótesis de que las recesiones económicas pueden afectar la auto-percepción del estado de salud, detectar (en población española) la posible relación entre problemas de salud mental y la recesión económica (2006/2012).

Material y métodos

Población de estudio

Se realizó un estudio transversal comparativo a partir de los microdatos del cuestionario de adultos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)¹³ de los años 2006-2007 y 2011-2012. La ENSE recoge los datos sobre salud de una muestra representativa de la población española a partir de la información proporcionada por los individuos mediante una entrevista cara a cara.

El tipo de muestreo empleado fue trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las seccionales censales. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. En cada hogar se seleccionó una persona adulta al azar para que respondiera el cuestionario. El tamaño muestral fue de 18.202 y 12.615 sujetos en los años 2006/2007 y 2011/2012, respectivamente.

Para el presente estudio se seleccionaron los datos correspondientes a los sujetos entre 18 y 64 años de edad, considerados población potencialmente activa (se excluyeron estudiantes, jubilados y aquellos con incapacidad laboral permanente). El protocolo del proyecto cumple los principios éticos de investigación; no implica experimentación con humanos y utiliza microdatos anonimizados de uso público del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, tal como especifica la revisión del Comité de Bioética de la Universidad de Murcia.

Indicadores de salud analizados

Se analizaron tres indicadores de salud (dos sobre salud mental y uno sobre salud general autopercebida). Para medir la salud mental, se analizaron los datos sobre la prevalencia de personas que consumieron medicamentos de tipo ansiolítico o somnífero durante las dos semanas previas a la entrevista. Adicionalmente, se utilizó la información del GHQ-12,¹⁴ una herramienta de cribado que tiene como objetivo valorar la carga psicológica y el estado de salud mental subjetivo de los individuos, y que resulta muy sensible a trastornos de ansiedad y depresión. Se incluye en las ENSE de 2006/2007 y 2011/2012, y consta de 12 ítems valorados con una escala likert de cuatro puntos. Se consideran casos en riesgo de mala salud mental aquellos con una puntuación ≥ 3 .

La salud autopercebida se midió a partir de un ítem, por medio de una escala likert que evalúa la percepción del estado de salud en los últimos 12 meses, valorado en cinco categorías (de muy buena a muy mala). Se dico-

tomizó en salud óptima (muy buena, buena y regular) y salud no óptima (muy mala y mala).

Otras variables de estudio

Las variables independientes fueron los dos periodos que comprende la recesión económica 2006/2007-2011/2012: prerrecesión económica (2006/2007) y mayor declive económico (2011/2012). La medición de interés en este estudio fue la relación entre recesión económica e indicadores de salud mental y percepción del estado de salud de la población española. Para ello, se compararon los niveles de salud mental y general en dos periodos de estudio: 2006/2007 y 2011/2012.

Otras variables sociodemográficas del modelo fueron: *sexo*; *edad* (años): agrupada en [18-24], [25-44], [45-64]; *clase social ocupacional*: determinada, según la clasificación prevista en la ENSE, a través de la clase social del individuo de referencia o sustentador principal, agrupadas en clase social I-II (más privilegiada), III (media) y IV-V (menos privilegiadas);¹⁵ *país de nacimiento* y su correspondiente IDH: muy alto, alto/medio y bajo (estimado por tres parámetros: salud, educación y riqueza –medido por el PIB per cápita¹⁶); *zona de residencia*: en municipios rurales y urbanos; *estado civil*: soltero, casado, viudo, separado o divorciado; *nivel educativo*: agrupado en: sin estudios o primaria, secundaria y universitarios;¹⁷ *estatus laboral*: trabajando, desempleado y actividades del hogar; *limitación de actividades diarias*: a partir del nivel de limitación causado por un trastorno de salud para realizar las tareas diarias (nada limitado, limitado y gravemente limitado); *apoyo social*: según el cuestionario de apoyo social de Duke (recoge dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo), cuya escala de valores se ha agrupado en terciles: apoyo social bajo, medio, y alto.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo estimando las frecuencias en forma de porcentaje con sus respectivos intervalos de confianza de 95%. El estudio comparativo de los indicadores de salud mental y general entre los dos periodos económicos se llevó a cabo mediante modelos de regresión logística múltiple para cada uno de los indicadores de salud estudiados; se incluyeron como variables de ajuste, el *período de estudio* (declive económico *vs* prerrecesión) y las *características sociodemográficas* que potencialmente podrían afectar a la salud; se estimaron así razones de momios ajustadas (OR) y estratificadas por sexo. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 19.0, (Chicago: IBM SPSS Inc 2010).

Resultados

La tasa de respuesta a la encuesta, en el total de la población encuestada, fue muy elevada en ambos periodos de estudio, tanto en el año 2006/2007 –previo a la recesión económica– (96.1%), como en el año 2011/2012 de declive económico (89.6%). El peso específico del sexo, los individuos provenientes de países con IDH muy alto, alto y medio/bajo, la población que reside en municipios rurales de menos de 10 000 habitantes, la proporción de población con apoyo social bajo, los titulados universitarios y el porcentaje tanto de sujetos casados como de viudos fue similar en los dos periodos del estudio (cuadro I). Por el contrario, el resto de las características sociodemográficas no se han mantenido estables. Estas diferencias son más manifiestas en relación con la distribución por edad [45-64 años], en la proporción de sujetos pertenecientes a las clases sociales intermedia y manual no cualificada, en la percepción del apoyo social medio y alto, en el nivel de estudios (secundarios y sin estudios o primarios) y en la ocupación laboral. Como era de esperar, el aumento porcentual en la cifra de sujetos en desempleo fue muy destacable; experimentó un incremento de 106.6% durante el periodo de declive económico estudiado –2011/2012– ($p<0.01$) en relación con el periodo basal, antes de que se iniciara la recesión económica. Este nuevo escenario sociodemográfico, impuesto por la crisis, se acompaña también de otras situaciones desfavorables como, por ejemplo, el ascenso de las clases sociales menos cualificadas (11.1% de incremento relativo) en detrimento de la clase social intermedia (cuadro I).

Por otra parte, el análisis multivariante evidencia que un mayor consumo de somníferos y ansiolíticos está significativamente 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). 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, cuando el IDH del país de origen es mayor y, sobre todo, en situaciones de discapacidad, desde leve hasta grave. Tanto en hombres como en mujeres, el hecho de estar en un intervalo de edad entre 16 y 44 años resultó ser un factor protector del consumo de tranquilizantes en relación con el intervalo de 45 a 64 años (OR_{hombres} [25-44 años]=0.75, $p<0.01$; OR_{mujeres} [25-44 años]=0.54, $p<0.01$). También para ambos sexos, el tener empleo resultó ser un factor protector del consumo de tranquilizantes en relación con estar desempleado (cuadro II).

Los cambios observados en la evolución de los casos de disfunción o deterioro mental (GHQ-12 ≥ 3) durante

Cuadro I
COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN
ENTRE LOS PERÍODOS DE ESTUDIOS.* ESPAÑA, 2006-2012

| | Periodo pre-crisis [‡] (2006/2007) (n=18 202) | | | Periodo crisis económica [§] (2011/2012) (n=12 615) | | | p |
|--------------------------------------|---|---|-------------|---|---|-------------|-------|
| | % | | IC95% | % | | IC95% | |
| Género | | | | | | | |
| Hombre % | 49.3 | ± | (48.4-49.9) | 49.7 | ± | (49.0-50.4) | NS |
| Mujer % | 50.7 | ± | (50.1-51.3) | 50.3 | ± | (49.6-51.0) | NS |
| Grupos de edad (años) | | | | | | | |
| [18-24] | 8.9 | ± | (8.6-9.2) | 5.8 | ± | (5.5-6.1) | <0.01 |
| [25-44] | 56.3 | ± | (55.7-56.9) | 54.6 | ± | (53.9-55.3) | <0.01 |
| [45-64] | 34.8 | ± | (34.3-35.3) | 39.6 | ± | (38.9-40.3) | <0.01 |
| Apoyo social (terciles) | | | | | | | |
| Bajo apoyo social (T1) | 35.1 | ± | (34.6-35.6) | 35.7 | ± | (35.0-36.4) | NS |
| Medio apoyo social (T2) | 38.0 | ± | (37.4-38.6) | 34.3 | ± | (33.6-35.0) | <0.01 |
| Alto apoyo social (T3) | 26.9 | ± | (26.4-27.4) | 30.0 | ± | (29.4-30.6) | <0.01 |
| País de nacimiento (IDH) | | | | | | | |
| IDH muy alto | 85.9 | ± | (85.5-86.3) | 86.6 | ± | (86.1-87.1) | NS |
| IDH alto | 1.5 | ± | (1.4-1.6) | 1.3 | ± | (1.1-1.5) | NS |
| IDH medio/bajo | 12.6 | ± | (12.2-13.0) | 12.1 | ± | (11.6-12.6) | NS |
| Clase social | | | | | | | |
| [I + II] | 21.1 | ± | (20.6-21.6) | 19.3 | ± | (18.8-19.8) | <0.01 |
| III | 23.3 | ± | (22.8-23.8) | 18.9 | ± | (18.4-19.4) | <0.01 |
| [IV + V] | 55.6 | ± | (55.0-56.2) | 61.8 | ± | (61.1-62.5) | <0.01 |
| Municipio de residencia | | | | | | | |
| >500 000 | 16.9 | ± | (16.5-17.3) | 15.7 | ± | (15.2-16.2) | <0.01 |
| 10 001-500 000 | 62.6 | ± | (62.0-63.2) | 64.1 | ± | (63.4-64.8) | <0.05 |
| <10 000 | 20.5 | ± | (20.0-21.0) | 20.2 | ± | (19.5-20.7) | NS |
| Estado civil | | | | | | | |
| Solteros | 33.0 | ± | (32.5-33.5) | 32.0 | ± | (31.4-32.6) | <0.05 |
| Casados | 61.0 | ± | (60.4-61.6) | 61.1 | ± | (60.4-61.8) | NS |
| Viudos | 1.2 | ± | (1.1-1.3) | 1.1 | ± | (1.0-1.2) | NS |
| Divorciados | 4.9 | ± | (4.7-5.1) | 5.8 | ± | (5.5-6.1) | <0.01 |
| Situación laboral | | | | | | | |
| Empleado | 74.8 | ± | (74.3-75.3) | 67.4 | ± | (66.8-68.0) | <0.01 |
| Desempleado | 10.6 | ± | (10.2-11.0) | 21.9 | ± | (21.3-22.5) | <0.01 |
| Actividades del hogar | 14.6 | ± | (14.2-15.0) | 10.7 | ± | (10.3-11.1) | <0.01 |
| Nivel educativo | | | | | | | |
| Universitario | 20.8 | ± | (20.3-21.3) | 20.0 | ± | (19.4-20.6) | NS |
| Secundaria | 46.8 | ± | (46.2-47.4) | 68.3 | ± | (67.7-68.9) | <0.01 |
| Primaria/sin estudios | 32.3 | ± | (31.8-32.8) | 11.6 | ± | (11.2-12.0) | <0.01 |
| Limitación de las actividades | | | | | | | |
| No limitado | 83.8 | ± | (83.4-84.2) | 86.7 | ± | (86.2-87.2) | <0.01 |
| Limitado | 14.3 | ± | (13.9-14.7) | 11.9 | ± | (11.5-12.3) | <0.01 |
| Gravemente limitado | 1.9 | ± | (1.7-2.1) | 1.4 | ± | (1.2-1.6) | <0.01 |

* Datos ponderados de acuerdo con el diseño muestral y tasa de respuesta

‡ Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2006

§ Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2012

IDH= índice de desarrollo humano

el periodo de declive económico no son homogéneos entre ambos sexos. El análisis ajustado muestra que el periodo de recesión económica se asocia con cambios significativos en este indicador de la salud mental. No obstante, la disfunción mental aumenta durante el periodo de crisis económica en hombres (OR=1.2; IC95% 1.1-1.3), mientras que en mujeres no muestra cambios significativos respecto al periodo de prerecesión (OR=0.97; IC95% 0.88-1.07). Otro factor que influye sobre este indicador en hombres es la edad de entre 25 y 44 años (OR=1.24, $p<0.01$) (cuadro III). Al igual que ocurría con el consumo de ansiolíticos, se observa un gradiente en el aumento de casos de disfunción mental según disminuye el apoyo social y, de forma importante, cuando aumentan las limitaciones en las actividades diarias (OR_{hombres con discapacidad grave}=9.25, $p<0.01$; OR_{mujeres con discapacidad grave}=7.74, $p<0.01$). Para ambos sexos, el estar soltero y casado se asocia con menos casos de disfunción mental, específicamente, en mujeres pertenecientes a las clases sociales I y II (cuadro IV).

El otro indicador estudiado, salud autopercebida calificada como óptima, no ha mostrado cambios significativos en la población, asociados con el periodo de recesión económica (OR_{hombres}=0.85; IC95% 0.66-1.10; OR_{mujeres}=1.03; IC95% 0.85-1.24). El análisis de regresión múltiple demostró que la variable "Estado de salud autopercebida" se asociaba con una percepción negativa para los que tenían menor nivel de estudios (sin estudios/primaria; OR_{hombres}=1.89, $p<0.01$; OR_{mujeres}=2.14, $p<0.01$) y aquellos con una importante limitación de sus actividades diarias (gravemente limitado; OR_{hombres}=61.58, $p<0.01$; OR_{mujeres}=51.40, $p<0.01$). Como variables asociadas con una percepción positiva del estado de salud, se encuentran el intervalo de edad entre 16 y 44 años y el tener una situación laboral de empleo (OR_{hombres}=0.67, $p<0.01$; OR_{mujeres}=0.72, $p<0.01$) (cuadro III).

Discusión

Este estudio ha intentado aproximarse a la medición del estado de salud mental en dos momentos clave de España: prerrecesión e intrarrecesión. De los tres posibles indicadores de salud seleccionados a partir de la ENSE, el incremento en el consumo de somníferos y ansiolíticos, y un empeoramiento en la CVRS mental en la población masculina (GHQ-12 \geq 3) parecen asociados con este cambio socioeconómico. Posiblemente, la explicación de este hallazgo sea que la recesión económica esté dando paso a la sintomatología inicial de los trastornos mentales como la ansiedad generalizada, generada por la alta carga de estrés derivada de la inseguridad económica, tal y como lo plantean estudios previos realizados en otros países de la Unión Europea.¹⁸

Cuadro II

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS Y SOMNÍFEROS; ANÁLISIS ESTRATIFICADO SEGÚN SEXO.* ESPAÑA, 2006-2012

| | Hombres [‡] (2006-2012) | | Mujeres [‡] (2006-2012) | |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|---------------|
| | OR | IC95% | OR | IC95% |
| Periodo de recesión económica§ | 2.26 | ± (1.82-2.81) | 1.65 | ± (1.43-1.91) |
| Grupos de edad (años) | | | | |
| [18-24] | 0.24 | ± (0.10-0.53) | 0.22 | ± (0.14-0.36) |
| [25-44] | 0.75 | ± (0.60-0.95) | 0.54 | ± (0.46-0.63) |
| [45-64] | I | | I | |
| Apoyo social (terciles) | | | | |
| Bajo apoyo social (T1) | 1.40 | ± (1.07-1.83) | 1.50 | ± (1.26-1.79) |
| Medio apoyo social (T2) | 1.06 | ± (0.80-1.39) | 1.21 | ± (1.01-1.44) |
| Alto apoyo social (T3) | I | | I | |
| País de nacimiento (IDH) | | | | |
| IDH Muy alto | 1.68 | ± (1.09-2.58) | 1.44 | ± (1.13-1.83) |
| IDH Alto | 3.27 | ± (1.42-7.53) | 2.01 | ± (1.12-3.60) |
| IDH Medio/bajo | I | | I | |
| Clase social | | | | |
| [I + II] | 1.16 | ± (0.86-1.56) | 0.91 | ± (0.75-1.12) |
| III | 0.99 | ± (0.75-1.32) | 0.84 | ± (0.70-1.00) |
| [IV + V] | I | | I | |
| Municipio de residencia | | | | |
| >500 000 | 1.12 | ± (0.80-1.59) | 1.10 | ± (0.87-1.39) |
| 10 001-500 000 | 1.03 | ± (0.79-1.35) | 1.14 | ± (0.96-1.36) |
| <10 000 | I | | I | |
| Estado civil | | | | |
| Solteros | 0.77 | ± (0.49-1.23) | 0.63 | ± (0.48-0.82) |
| Casados | 0.71 | ± (0.46-1.09) | 0.63 | ± (0.50-0.80) |
| Viudos | 1.47 | ± (0.58-3.73) | 0.95 | ± (0.61-1.50) |
| Divorciados | I | | I | |
| Situación laboral | | | | |
| Empleado | 0.62 | ± (0.48-0.79) | 0.72 | ± (0.59-0.86) |
| Actividades del hogar | 0.70 | ± (0.13-3.78) | 0.98 | ± (0.79-1.20) |
| Desempleo | I | | I | |
| Nivel educativo | | | | |
| Primaria/sin estudios | 0.79 | ± (0.54-1.15) | 1.83 | ± (1.41-2.36) |
| Secundaria | 0.84 | ± (0.62-1.13) | 1.51 | ± (1.21-1.88) |
| Universitario | I | | I | |
| Limitación de las actividades | | | | |
| Gravemente limitado | 7.03 | ± (4.55-10.86) | 5.33 | ± (3.94-7.20) |
| Limitado | 4.11 | ± (3.29-5.15) | 3.73 | ± (3.25-4.30) |
| No limitado | I | | I | |

* Análisis de regresión logística ajustada (inclusión de todas las variables)

‡ Datos agregados de los años 2006 y 2012

§ Año 2012 vs año 2006

IDH= índice de desarrollo humano

Cuadro III
FACTORES ASOCIADOS CON LA AUTO-PERCEPCIÓN
NEGATIVA DEL ESTADO DE SALUD;^{*} ANÁLISIS
ESTRATIFICADO SEGÚN SEXO.[‡] ESPAÑA, 2006-2012

| | Hombres [§] (2006-2011) | | Mujeres [§] (2006-2011) | |
|--|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|
| | OR | IC95% | OR | IC95% |
| Periodo de recesión económica [#] | 0.85 ± | (0.66-1.10) | 1.03 ± | (0.85-1.24) |
| Grupos de edad (años) | | | | |
| [18-24] | 0.22 ± | (0.09-0.54) | 0.51 ± | (0.31-0.83) |
| [25-44] | 0.57 ± | (0.44-0.75) | 0.62 ± | (0.51-0.76) |
| [45-64] | I | | I | |
| Apoyo social (terciles) | | | | |
| Bajo apoyo social (T1) | 1.17 ± | (0.85-1.61) | 1.57 ± | (1.25-1.98) |
| Medio apoyo social (T2) | 1.10 ± | (0.79-1.53) | 1.02 ± | (0.80-1.31) |
| Alto apoyo social (T3) | I | | I | |
| País de nacimiento (IDH) | | | | |
| IDH Muy alto | 1.54 ± | (0.94-2.54) | 0.89 ± | (0.68-1.17) |
| IDH Alto | 1.59 ± | (0.49-5.11) | 0.69 ± | (0.29-1.66) |
| IDH Medio/bajo | I | | I | |
| Clase social | | | | |
| [I + II] | 0.94 ± | (0.64-1.38) | 0.72 ± | (0.54-0.97) |
| III | 1.10 ± | (0.80-1.52) | 0.93 ± | (0.74-1.18) |
| [IV + V] | I | | I | |
| Municipio de residencia | | | | |
| >500 000 | 0.76 ± | (0.49-1.17) | 0.74 ± | (0.54-1.03) |
| 10 001-500 000 | 0.94 ± | (0.70-1.27) | 1.04 ± | (0.83-1.30) |
| <10 000 | I | | I | |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 0.74 ± | (0.44-1.26) | 0.97 ± | (0.66-1.40) |
| Casado | 0.78 ± | (0.48-1.28) | 0.86 ± | (0.62-1.19) |
| Viudo | 2.22 ± | (0.79-6.25) | 1.25 ± | (0.67-2.34) |
| Divorciado | I | | I | |
| Situación laboral | | | | |
| Empleado | 0.67 ± | (0.50-0.90) | 0.72 ± | (0.56-0.91) |
| Actividades del hogar | 2.43 ± | (0.66-8.95) | 0.93 ± | (0.72-1.22) |
| Desempleado | I | | I | |
| Nivel educativo | | | | |
| Primaria/sin estudios | 1.89 ± | (1.16-3.10) | 2.14 ± | (1.49-3.06) |
| Secundaria | 1.70 ± | (1.10-2.61) | 1.56 ± | (1.14-2.15) |
| Universitario | I | | I | |
| Limitación de las actividades | | | | |
| Gravemente limitado | 61.58 ± | (41.60-91.14) | 51.40 ± | (37.83-69.83) |
| Limitado | 13.44 ± | (10.37-17.44) | 11.46 ± | (9.45-13.89) |
| No limitado | I | | I | |

* Valores dicotomizados a partir de una escala Likert: salud óptima (muy buena, buena y regular) y salud no óptima (muy mala y mala)

[‡] Análisis de regresión logística ajustada (inclusión de todas las variables)

[§] Datos agregados de los años 2006 y 2012

[#] Año 2012 vs año 2006

IDH= índice de desarrollo humano

Cuadro IV
FACTORES ASOCIADOS CON BAJA SALUD MENTAL
(GHQ-12[≥]3);^{*} ANÁLISIS ESTRATIFICADO
SEGÚN SEXO.[‡] ESPAÑA, 2006-2012

| | Hombres [§] (2006-2011) | | Mujeres [§] (2006-2011) | |
|--|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|
| | OR | IC95% | OR | IC95% |
| Periodo de recesión económica [#] | 1.19 ± | (1.06-1.34) | 0.97 ± | (0.88-1.07) |
| Grupos de edad (años) | | | | |
| [18-24] | 0.84 ± | (0.64-1.10) | 0.94 ± | (0.75-1.17) |
| [25-44] | 1.24 ± | (1.09-1.41) | 1.01 ± | (0.90-1.12) |
| [45-64] | I | | I | |
| Apoyo social (terciles) | | | | |
| Bajo apoyo social (T1) | 2.98 ± | (2.56-3.47) | 3.00 ± | (2.65-3.40) |
| Medio apoyo social (T2) | 1.70 ± | (1.45-2.00) | 1.59 ± | (1.39-1.81) |
| Alto apoyo social (T3) | I | | I | |
| País de nacimiento (IDH) | | | | |
| IDH Muy alto | 0.94 ± | (0.80-1.11) | 0.83 ± | (0.72-0.95) |
| IDH Alto | 1.05 ± | (0.67-1.66) | 0.87 ± | (0.58-1.31) |
| IDH Medio/bajo | I ± | | I ± | |
| Clase social | | | | |
| [I + II] | 1.08 ± | (0.91-1.28) | 0.79 ± | (0.68-0.91) |
| III | 1.14 ± | (0.98-1.32) | 0.92 ± | (0.82-1.04) |
| [IV + V] | I | | I | |
| Municipio de residencia | | | | |
| >500 000 | 1.12 ± | (0.92-1.35) | 1.28 ± | (1.10-1.50) |
| 10 001- 500 000 | 1.07 ± | (0.93-1.23) | 1.13 ± | (1.10-1.27) |
| <10 000 | I | | I | |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 0.64 ± | (0.49-0.83) | 0.75 ± | (0.62-0.91) |
| Casado | 0.69 ± | (0.54-0.89) | 0.68 ± | (0.57-0.81) |
| Viudo | 0.72 ± | (0.34-1.51) | 1.21 ± | (0.84-1.73) |
| Divorciado | I | | I | |
| Situación laboral | | | | |
| Empleado | 0.33 ± | (0.29-0.38) | 0.66 ± | (0.58-0.75) |
| Actividades del hogar | 1.43 ± | (0.75-2.73) | 0.82 ± | (0.71-0.95) |
| Desempleado | I | | I | |
| Nivel educativo | | | | |
| Primaria/sin estudios | 1.05 ± | (0.85-1.29) | 1.30 ± | (1.09-1.54) |
| Secundaria | 1.00 ± | (0.84-1.18) | 1.22 ± | (1.06-1.40) |
| Universitario | I | | I | |
| Limitación de las actividades | | | | |
| Gravemente limitado | 9.25 ± | (6.47-13.23) | 7.74 ± | (5.84-10.27) |
| Limitado | 3.65 ± | (3.16-4.22) | 3.71 ± | (3.32-4.14) |
| No limitado | I | | I | |

* General Health Questionnaire

[‡] Análisis de regresión logística ajustada (inclusión de todas las variables)

[§] Datos agregados de los años 2006 y 2012

[#] Año 2012 vs año 2006

IDH= índice de desarrollo humano

Una tendencia al aumento de padecer problemas de salud mental en hombres, y asociada significativamente con el desempleo durante el periodo de estudio es consistente con la propensión encontrada en estudios, realizados en España, otros países de la Unión Europea y en EUA.¹⁸ En Grecia, se encontró que los efectos de la crisis financiera eran, de hecho, más fuertes y significativos entre los hombres con desempleo. Una posible justificación a este hecho es que en España, Grecia y en los países del mediterráneo en general, los hombres aún tienen una mayor participación en el mercado laboral que las mujeres.^{19,20} Cabe destacar que el desempleo puede no sólo acarrear una pérdida importante de ingresos, sino también influir en la salud mental a través de mecanismos como el estrés crónico, la reducción de la cohesión social, 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 y, por tanto, al consumo de tranquilizantes e inductores del sueño.²¹

Diversas investigaciones en países de la Unión Europea, entre ellos España, Italia y Grecia, han evidenciado la relación existente entre la recesión económica y el incremento de la tasa de suicidios, especialmente en hombres. Esta situación refleja los cambios que este periodo ha suscitado en la salud mental de la población.²² Como lo han expresado varios autores, el suicidio es para muchos individuos el alivio rápido de sus trastornos mentales, principalmente en los casos de depresión mental. Esta premisa da aún más soporte a los resultados derivados de este estudio, si se tiene en cuenta que la recesión económica está empezando a tener sus primeros efectos sobre la salud mental. De hecho, la sintomatología inicial de estos trastornos—ansiedad e insomnio—se ha incrementado tras un periodo de cuatro años de recesión económica y se ha visto reflejado por una mayor prevalencia en el consumo de ansiolíticos y somníferos para ambos sexos, así como de disfunción en la calidad de vida relacionada con la salud mental en hombres.²³

Por otra parte, Stuckler y Suhrcke resaltan que el impacto sobre la salud secundaria a una situación de privación económica depende de diversos factores, como el tiempo de recesión y la rapidez de instauración de las mismas. La adaptación a condiciones socioeconómicas adversas de la población proveniente de países en vías de desarrollo (IDH medio-bajo) puede ser mayor, a corto plazo, que en individuos de países industrializados (IDH muy alto y alto). Este fenómeno se ha explicado a través de mecanismos de inmunidad social, dado que este tipo de población (IDH medio-bajo) está más habituada y tiene una mayor tolerancia a las condiciones económicas precarias y a una mínima protección social.²⁴ Esto contrasta con los resultados

encontrados en este estudio, donde se evidencia que, durante el periodo de recesión económica, el consumo de ansiolíticos y somníferos ha sido más elevado en la población autóctona y en los inmigrantes procedentes de países ricos (IDH muy alto) que en los inmigrantes de países en vías de desarrollo (IDH medio-bajo).

Por otra parte, investigaciones realizadas en la antigua URSS mostraron que los efectos de la recesión financiera se mitigaron en las personas que participaban en clubes deportivos, sindicatos, congregaciones e iglesias, ya que tenían la sensación de un mayor apoyo social. Lo anterior coincide con los hallazgos de este estudio, donde los indicadores de salud mental afectados por el periodo de recesión económica y, con apoyo social bajo y medio, muestran mayor riesgo de consumo de tranquilizantes e inductores del sueño y de disfunción mental (GHQ-12 >2). Una probable explicación de este hecho es que las personas que se integran en grupos sociales tienen la creencia de que en momentos de dificultades tendrán una “mano amiga” a quien acudir y pedir ayuda, lo que genera en ellas una sensación de seguridad.^{25,26}

Estudios transversales elaborados en Japón, en los que se examinó el impacto de la recesión económica durante la década de 1990, observaron que la autopercepción del estado de salud mejoró a corto plazo.²⁷ Esto podría explicar el porqué del efecto no significativo encontrado en nuestra investigación, sobre todo si se tiene en cuenta que los mayores efectos de las crisis financieras sobre la salud física y mental suelen expresarse de 5 a 7 años de haber iniciado la recesión. Es decir, lo que se evidencia probablemente sea una situación de inercia y ralentización en la evolución positiva que algunos indicadores de salud experimentan durante el periodo previo de auge económico. Otra explicación podría ser el hecho de que este indicador procede de una sola pregunta, de manera que es un índice del estado de salud unidimensional, no multidimensional (como lo sería el estimado a partir del cuestionario de CVRSEQ-5D-5L, que mide cinco dimensiones de salud). Lamentablemente, el EQ-5D-5L sólo estaba disponible para el periodo de mayor declive económico (ENSE del 2011/2012). Por otro lado y, a diferencia de este estudio, un trabajo realizado en Grecia en el periodo de recesión económica 2012, evidenció un impacto negativo en la autopercepción del estado de salud.²⁸

Dentro de las limitaciones de este estudio podemos destacar las diferencias en la estructura sociodemográfica de la población entre los dos periodos económicos estudiados, aunque esta limitación se haya obviado ajustando los resultados mediante un análisis multivariante. Otras limitaciones son, la tasa de no respuesta, no haber contado con la información de personas

institucionalizadas por problemas de salud mental y la posible sobreestimación de los trastornos mentales, ya que el GHQ-12 es un instrumento de cribado más sensible que específico.

Una de las fortalezas de este estudio es el tamaño de la muestra, con más de 20 000 participantes representativos del Estado Español, para cada uno de los momentos analizados (prerrecesión e intrarrecesión). Esto permite obtener datos de referencia sobre la salud de la población y conocer cómo la recesión económica y las características sociodemográficas y de trabajo influyen sobre la salud mental y la percepción de salud. Asimismo, se han identificado potenciales grupos de población vulnerados y susceptibles de especial intervención por parte de gestores y planificadores sanitarios. No obstante, líneas de investigación futuras deberían ir encaminadas a establecer relaciones de causalidad entre los grupos de riesgo identificados y su repercusión en la sociedad, de forma que se continúe generando herramientas a la salud pública para mejorar la gestión sanitaria.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Segura A. La salud y la enfermedad. Determinantes y consecuencias. En: Lumbreras B, ed. Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en ciencias de la salud. 2 ed. Madrid: Médica Panamericana, 2011:2-6.
2. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, 2003.
3. Monteagudo O, Arizaleta LH, Palomar JA. Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gac Sanit* 2011;25(1):50-61.
4. Patrick DL, Erickson P. In: Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press, 1993.
5. Ardel M. Social Crisis and Individual growth: The Long-Term Effects of the Great Depression. *J Aging Stud* 1998;12:291-314.
6. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health* 2013;2013:978656.
7. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance abuse, 2011.
8. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)* 2006;12:445-451.
9. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-88.
10. Banes K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010;22:389-395.
11. Vonneilich N, Jöckel K, Erbel R, Klein J, Dragano N, Weyers S. Does socioeconomic status affect the association of social relationships and Health? A moderator analysis. *Int J Equity Health* 2011;10:43.
12. Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Ment Health J* 2005;41:581-597.
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). [consultado el 3 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
14. Banes K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols J. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ) en población general española. *Int J Clin Health Psych* 2011;11:125-139.
15. Regidor E. The Goldthorpe Social Class Classification: reference framework for a proposal for the measurement of social class by the Working Group of the Spanish Society of Epidemiology. *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(1):13-22.
16. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* 2003;9(2):09-21.
17. UNESCO. International standard classification of education 2011 (ISCED). Montreal, Quebec: UNESCO, 2012:13-18.
18. 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;24(3):415-418.
19. Jacobson L, LaLonde R, Sullivan D. Earnings losses of displaced workers. *Am Econ Rev* 1993;83:685-709.
20. Vandenbos S, Hessel P, Leone T, Avendano M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health* 2013;23(5):727-731.
21. Gallo WT, Bradley EH, Siegel M, Kals S. The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers: findings from the health and retirement survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56:S3-S9.
22. Lopez JA, Gasparrini A, Artundo C, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health* 2013;23(5):732-736.
23. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:5142.
24. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med* 2012;74:647-653.
25. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet* 2009;373(9661):399-407.
26. d'Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, McKee M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Econ* 2010;19(1):56-74.
27. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(10):869-875.
28. Zavras D, Tsianlou V, Pavi E, Mylonas K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2013;23(2):206-210.