

# SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE CRISIS

***Ya llevamos más de un mes sumidos en esta gran crisis social y las preguntas que nos hacemos son: ¿Cuanto durara la crisis? ¿Qué tan profundo esta calara en nuestra sociedad? ¿Cuánto afectara nuestra calidad de vida?, esta y otras muchas preguntas que se nos vienen a la cabeza tienen un hilo conductor, la incertidumbre!!!***

***La incertidumbre es quizás el factor más difícil de procesar por el ser humano, el no saber nos hace presa de emociones como el miedo y la angustia, emociones paralizantes que a veces te dejan sin posibilidad de acción o que pueden destruir nuestro equilibrio psíquico incluso hasta después de terminada la crisis. NCD***

## **INTRODUCCIÓN**

1. Existen ciertas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las crisis 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 y de incertidumbre.
2. El estudio IMPACT ha comparado la prevalencia de trastornos mentales en atención primaria 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.
3. El número de suicidios no ha experimentado un aumento significativo durante la crisis social en España (datos disponibles hasta el año 2011).
4. Se ha producido un aumento relevante, alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2018 en países que han sufrido crisis sociales u económicas.
5. Para reducir el impacto de esta crisis sobre la salud mental se sugieren diferentes medidas activas de política asistencial, preventiva y social.

Numerosos estudios han tratado de determinar las consecuencias de las crisis sobre la salud de los ciudadanos. Los resultados plantean ciertas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las dificultades económicas en crisis en relación a 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 y inestabilidad social.

El objetivo del trabajo es presentar los datos disponibles hasta el momento sobre diferentes aspectos relacionados con la crisis 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.

Los trabajos previos a la crisis sugieren que las dificultades económicas o sociales contribuyen a una peor salud mental. Publicaciones más recientes se han centrado en la depresión y el suicidio. En relación a la depresión, el estudio de Lee et al. Indica un aumento significativo de este trastorno durante la crisis financiera asiática. Otros trastornos, como los de ansiedad, del sueño o de abuso de sustancias, han sido estudiados.

Las crisis sociales ejercen un impacto negativo sobre la salud mental por diversos factores interrelacionados, entre los que el desempleo constituye el principal factor de riesgo. Numerosos estudios han utilizado esta variable para investigar la relación entre salud mental y crisis. 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. Por lo tanto, el desempleo y los factores asociados 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.

A pesar de que casi todos los países europeos se han visto afectados por la actual crisis sociales y económicas, 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, y un aumento de la deuda privada. Por ello el objetivo de comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos diferentes (antes y durante la crisis y analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en este ámbito. Los datos de un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico (estudio screen) realizado en 2016 en todas las comunidades autónomas y diseñamos un trabajo similar en 2017, durante la crisis social, 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 participaron 1175 médicos de atención primaria, con una muestra final de 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.

Los resultados obtenidos antes y durante la crisis social 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 figura 1.

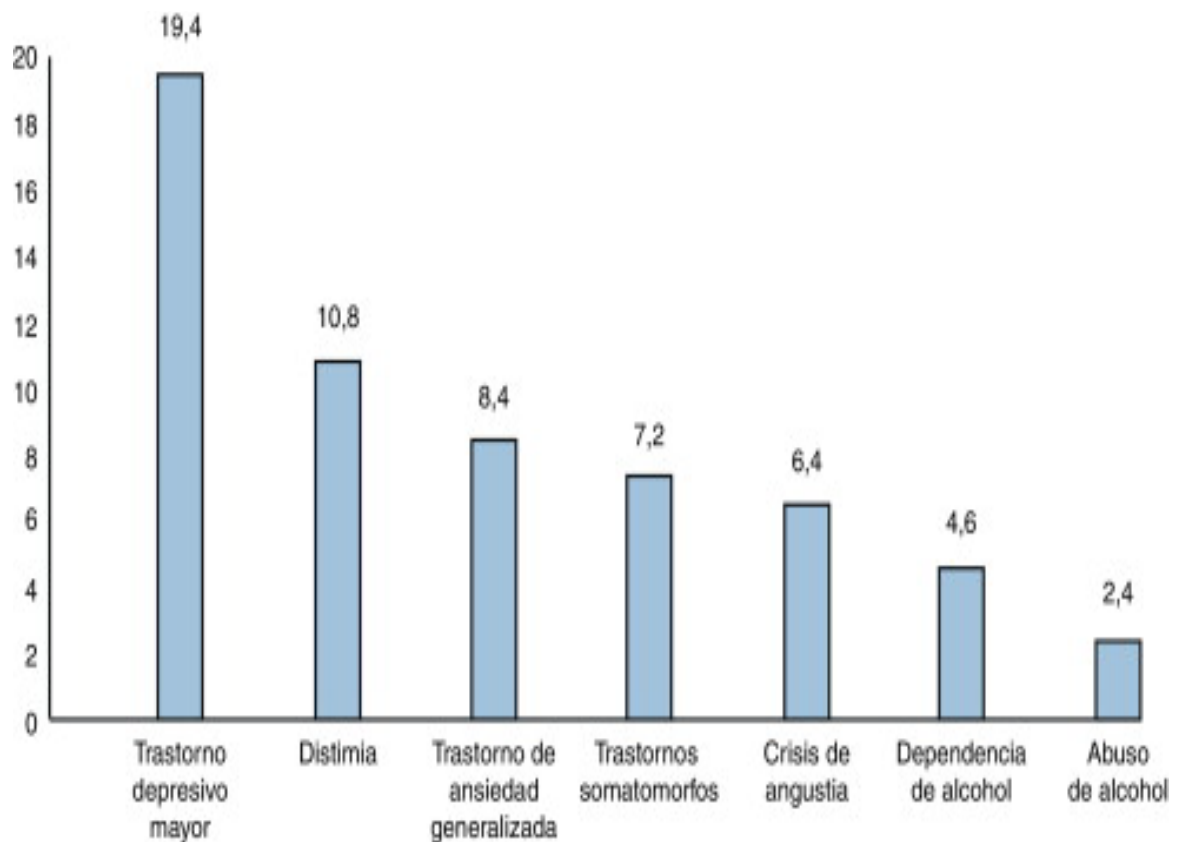


Figura 1. Incremento (%) de los trastornos mentales entre 2016 y 2017 en España.

En la figura 2 puede verse el incremento relativo de los trastornos mentales entre 2016 y 2017. 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.



Figura 2. Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2016 y 2017 en España.

Por lo que se refiere al sexo, se observaron diferencias en la prevalencia de los diferentes trastornos mentales. Concretamente, la 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 2016 y 2017. 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 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, que en la de las mujeres, y estas diferencias se han relacionado con las responsabilidades familiares y la clase social

## 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 y Kwon** 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.

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. Datos parecidos han encontrado **Stuckler.**, 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. 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 los autores exponen por una parte, algunos auto-resdefienden 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.



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 social y económicas anteriores en el tiempo. Por lo que se refiere a la crisis actual, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, las cifras de suicidio en España aumentaron de 7,37 por 100.000 habitantes en 2016 a 7,58 por 100.000 habitantes en 2017. Sin embargo, se observa una tendencia a la baja que deviene en una tasa de 6,89 por 100.000 habitantes en 2018. Estos cambios se mantienen al analizar los datos por sexo.

## 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 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, 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*) Por ejemplo, entre 2004 y 2017 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. La alta prevalencia de cuadros clínicos como depresión y ansiedad, la progresiva asunción de los tratamientos por parte de la atención primaria y los aumentos demográficos, entre otros factores, se han argumentado para explicar estos incrementos.

Durante los años de la actual crisis, en la 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, 2017, un total de 128,796 millones (un aumento de alrededor del 4%). El detalle por subgrupos ofrece algunos datos relevantes: entre 2009 y 2017 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 2017 (54,9) e incluso se reducen ligeramente en 2018 (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 2017, 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 2017 y 2018. El total acumulado de los últimos 12 meses, hasta abril de 2016, conserva tendencias muy similares en todos los grupos.

## **Conclusiones**

Las crisis generar un aumento en el desequilibrio psíquico y un deterioro en la salud mental de la población. Frente a estos antecedentes y tomando en consideración los datos estudiados, se puede concluir que frente a la crisis social actual en Chile, es necesario comenzar a psico-educar a la población para entregar herramientas que puedan auto generar factores protectores y a través de estos cultivar la resiliencia para evitar una profundización de la crisis. Se deben estudiar que tipo de psicoeducación es la más útil para generar en la población el mejor manto y evitar el posible deterioro en la calidad de vida y el aumento de enfermedades psicológicas y psiquiátricas. En la actualidad se ha comprobado que las acciones preventivas suelen ser bastante más eficiente que las medidas paliativas.