



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Impacto de la crisis económica del 2008 en el número de jóvenes hospitalizados por patología psiquiátrica



Alvaro Medel-Herrero^{a,*} y Manuel Gomez-Beneyto^b

^a Center for Health and the Environment, University of California, Davis, Ca, EE. UU.

^b Universidad de Valencia. CIBERSAM, Valencia, España

Recibido el 17 de marzo de 2017; aceptado el 19 de octubre de 2017

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Hospital;
Salud mental;
Crisis económica 2008

Resumen

Introducción: Se dispone de escasa literatura científica sobre el impacto de la crisis económica de 2008 en los servicios de salud mental en España.

Método: Se ha realizado un análisis de serie temporal interrumpido para examinar una posible asociación a corto plazo entre la crisis económica y el número de hospitalizaciones psiquiátricas. El momento de la intervención (abril del 2008) se fijó sobre la base de los cambios observados en el Producto Interior Bruto (PIB). Se analizaron los datos de 1.152.880 hospitalizaciones psiquiátricas proporcionados por la Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria, 69 meses antes y después del inicio de la crisis económica (abril del 2008).

Resultados: Las tasas de altas hospitalarias psiquiátricas (ICD9.290-319) ajustadas por edad aumentaron significativamente a partir de abril del 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis: las hospitalizaciones aumentaron especialmente en pacientes en el rango de edad 15-24 y en menor medida en el rango de edad 25-34. Los restantes rangos de edad no se vieron afectados. Se observa un aumento significativo en los diagnósticos relativos a la alteración de conducta y emociones, depresión, trastornos neuróticos y de personalidad de alcohol y drogas; los diagnósticos relativos al retraso mental y psicosis orgánica no se vieron afectados.

Conclusiones: Las hospitalizaciones psiquiátricas aumentaron abruptamente a partir de abril del 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis económica. Se han identificado los grupos de edad y diagnósticos afectados. El aumento de las hospitalizaciones se observó solo en los rangos de edad más afectados por el desempleo. Los diagnósticos afectados fueron los más sensibles a los cambios ambientales.

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amedelherrero@usdavis.edu (A. Medel-Herrero).

KEYWORDS

Hospital;
Mental health;
2008 economic crisis

The impact of the 2008 economic crisis on the increasing number of young psychiatric inpatients**Abstract**

Background: Little is published about the impact of the 2008 economic crisis on mental health services in Spain.

Method: An interrupted time series analysis was conducted to investigate a potential short-term association between the 2008 economic crisis and the number of psychiatric hospital admissions. The timing of the intervention (April 2008) was based on observed changes in Gross Domestic Product (GDP). Data on 1,152,880 psychiatric inpatients from the national Hospital Morbidity Survey, 69 months before and after the onset of the economic crisis (April 2008), were analyzed.

Results: Age-adjusted psychiatric (ICD9 290-319) hospital discharge rates significantly increased from April 2008, matching the onset of the crisis, especially for inpatients aged 15-24 years old and to a less extent for inpatients aged 25-34 years old. Other age groups were not affected. There was a significant increase in diagnoses for disturbance of conduct and emotions, depression, neurotic and personality disorders and alcohol and drug disorders; however, diagnoses for mental retardation and organic psychosis for 15-34 years old inpatients were unaffected.

Conclusions: Psychiatric hospital admissions abruptly increased in April 2008, coinciding with the onset of the economic crisis. We identified age groups and diagnoses affected. Increased hospitalizations were found only at the age-ranges most affected by the rise in unemployment. The diagnoses affected were those most sensitive to environmental changes.

© 2017 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La economía española se ha visto fuertemente afectada por la crisis económica del 2008, que dio lugar a una súbita tendencia a la baja del Producto Interno Bruto (PIB) nacional¹ y a una subida de la tasa de desempleo (9,6% vs. 26,94% en el primer trimestre del 2008 y 2013, respectivamente)². El desempleo ha afectado a todos los grupos de edad, especialmente a los grupos de edad más jóvenes. En el primer trimestre de 2013, el desempleo se situaba en niveles especialmente elevados en el rango de edad 16-19 años (hombres 75,3%, mujeres 76,2%), 20-24 años (hombres 55,6%, mujeres 51,0%), 25-29 años (hombres 36,0%, mujeres 34,1%) y 30-34 años (hombres 27,1%, mujeres 26,4%). En ambos sexos las tasas se situaban por debajo del 25% en rangos de edad superiores². También aumentó la desigualdad en los ingresos familiares, el número de desahucios y el número de personas en situación de pobreza y en riesgo de exclusión en España^{3,4}.

Los estudios observacionales muestran una asociación entre la recesión económica y la salud mental⁵. La crisis económica puede aumentar la incidencia de patologías psiquiátricas, el consumo de medicamentos psiquiátricos y los suicidios^{1,5-10}. España experimentó un aumento en las tasas de suicidio a partir de abril del 2008¹, así como un aumento en el consumo de antipsicóticos a partir del 2009⁶.

Las tasas de hospitalización se registran con fiabilidad en la mayoría de los países debido a sus implicaciones económicas y jurídicas. Una asociación entre el desempleo y las hospitalizaciones psiquiátricas ha sido reiteradamente corroborada. Se ha demostrado que los indicadores económicos correlacionan con elevadas tasas de ingresos

psiquiátricos^{11,12} y readmisiones¹³⁻¹⁵. La recesión no solo podría afectar la incidencia y la prevalencia de la enfermedad mental. Las medidas de austeridad adoptadas por el gobierno para controlar el déficit público, como los recortes en la financiación de recursos comunitarios en trastornos mentales graves, también podrían contribuir a incrementar el número de hospitalizaciones psiquiátricas sin aumentar la incidencia real de trastornos mentales.

Sin lugar a dudas, la recesión podría provocar un considerable aumento del uso de los servicios de salud y en los gastos relacionados con la atención sanitaria. Sin embargo, es sorprendente que haya pocos estudios que analicen el impacto de la recesión en el uso de los servicios de salud mental¹⁶. El propósito de este estudio es investigar el impacto de la crisis económica del 2008 en el número de altas hospitalarias psiquiátricas.

Metodología

Hemos realizado un análisis de serie temporal interrumpido para investigar una posible asociación a corto plazo entre la crisis económica del 2008 y el número de hospitalizaciones psiquiátricas, identificando posibles cambios en la tendencia de la hospitalización psiquiátrica durante el inicio de la recesión económica en España. El momento de la intervención (abril del 2008) se determinó en función de los cambios observados en el PIB. Se analizó la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH), que proporciona datos correspondientes a 1.152.880 pacientes hospitalizados durante el período comprendido entre los 69 meses anteriores y los 69 meses posteriores al inicio de la crisis económica (abril del 2008).

Recopilación de datos y muestreo

Se analizaron los registros de altas hospitalarias ($n = 1.152.880$) de las bases de datos anuales de la EMH del 2002 al 2013. La EMH es una encuesta nacional elaborada por el Instituto Nacional de Estadística de España que contiene datos nacionales representativos sobre las altas hospitalarias. Todos los hospitales españoles están obligados por ley a facilitar la información contenida en la EMH. El Instituto Nacional de Estadística recoge la información, revisa la información recopilada y corrige y valida los datos antes de proporcionar la base de datos al público. Por lo tanto, no se encontró información perdida.

La EMH recopila información de pacientes ingresados en todos los hospitales españoles (públicos y privados, generales y monográficos), incluyendo el sexo, la edad y la causa de la hospitalización en el momento del alta, que se codifica mediante los 3 primeros dígitos correspondientes al diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades-9.^a edición (ICD9). La encuesta no proporciona datos a nivel de paciente, sino sobre altas hospitalarias, incluyendo aquellas que corresponden a reingresos. Las series demográficas utilizadas para calcular las tasas de hospitalización se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística de España.

Variables y resultados. Rango de edad objetivo y agrupación de patologías

Se analizaron las tasas de hospitalización ajustadas por edad. Se analizó la tasa hospitalaria causada por el conjunto de todas las patologías psiquiátricas; las tasas hospitalarias causadas por el conjunto de todas las patologías psiquiátricas para 12 diferentes rangos de edad (5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+ años) y las tasas de hospitalización por grupo diagnóstico para un rango de edad determinado. Se consideraron 10 grupos diagnósticos para aquellas franjas de edad previamente identificadas como afectadas durante la crisis económica: 1) todas las enfermedades psiquiátricas juntas (ICD9 290-319); 2) psicosis orgánica (ICD9 290, 293-294); 3) psicosis funcional (ICD9 295-298); 4) neurosis y trastornos de la personalidad (ICD9 300-302); 5) reacción de adaptación y reacción aguda al estrés (ICD9 308-309); 6) depresión (CIE-9, 311); 7) trastorno relacionado con el consumo de alcohol y drogas (ICD9 291-292, 303-305); 8) retraso mental (CIE9.317-319); 9) alteración de la conducta y de las emociones en la niñez y adolescencia (CIE9 312-314), que incluye alteración de la conducta no clasificada en otra parte, perturbación de las emociones específicas de la infancia y la adolescencia y síndrome hiperactivo infantil, y 10) cualquier otra patología psiquiátrica (ICD9 299, 306-7, 310, 315-6), incluyendo psicosis con orígenes específicos de la infancia (patologías del espectro autista), mal funcionamiento fisiológico derivado de factores mentales, síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte, trastornos mentales no psicóticos específicos tras daño cerebral orgánico, retrasos específicos en el desarrollo y factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas en otra parte.

Análisis estadístico

Todas las tasas de hospitalización fueron ajustadas por edad y sexo. Las tasas de hospitalización psiquiátrica mensual se calcularon por el método directo de acuerdo con la población estándar escandinava («europea») de la Organización Mundial de la Salud¹⁷. Las tasas se calcularon por cada 10.000 habitantes.

Hemos realizado análisis de series temporales interrumpidas. El análisis de series temporales interrumpidas se utiliza con frecuencia en este tipo de estudios^{1,5,16,18,19}. El primer objetivo del análisis es identificar los patrones temporales de las tasas hospitalarias mensuales a lo largo del tiempo mediante el modelado de la secuencia de observaciones. El modelo obtenido es una función matemática que representa las observaciones a lo largo del tiempo. El propósito al modelar es hacer que el modelo se adapte a los datos lo mejor posible. Utilizamos modelos ARIMA (p, d, q) para nuestro análisis, que integran 3 componentes, autorregresivo (AR), integrado (i) y promedio móvil (MA), representados por 3 parámetros (p, d, q), donde el valor p es el orden del componente AR (número de retrasos en tiempo), d valor es la diferenciación (número de veces que los datos han tenido valores pasados sustraídos) y los valores q corresponden al orden de media móvil del modelo. La notación para modelos estacionales es ARIMA (p, d, q) (P, D, Q) c , donde P, D y Q se refieren a los parámetros de componentes estacionales del modelo y c es el ciclo estacional. Una vez que se dispone de los modelos, se procede a probar y estimar el impacto del evento de intervención para el cual se aplicaron análisis de series temporales interrumpidas.

El análisis de serie temporal interrumpido es un tipo especial de análisis de serie temporal en el que conocemos el punto específico de la serie en la que se produjo una intervención (también llamada interrupción). Mediante la realización de un análisis de serie temporal interrumpido estimamos el efecto de una intervención en una variable de resultado. La hipótesis es que las observaciones después de la intervención tendrán un nivel o pendiente diferente respecto a las observaciones anteriores a la intervención. Como resultado del análisis se ofrece un valor estimado para el cambio de pendiente, un intervalo de confianza y un valor relacionado con la significatividad de los anteriores valores (« p value»). La hipótesis (las observaciones tienen una pendiente diferente después de la intervención) se acepta cuando el « p value» es inferior a 0,05 (para un intervalo confidencial del 95%). Información detallada sobre el análisis de la serie temporal y los modelos ARIMA ha sido ampliamente publicada y está disponible en Internet¹⁹.

Las series temporales (observaciones repetidas a lo largo del tiempo) se dividen en 2 segmentos, lo que permite comparar las tasas de hospitalización antes y después de la intervención. La intervención de interés en este estudio fue la crisis económica del 2008. En primer lugar, se estableció el momento de la intervención y luego se realizó un análisis de series temporales para diferentes intervalos de edad y grupos de patologías psiquiátricas. El momento de la crisis se estableció en abril del 2008, como se determinó en previos estudios¹. El momento de la intervención se basó en cambios registrados en el PIB, que en España comenzó a contraerse a partir del segundo trimestre del 2008¹. Los datos

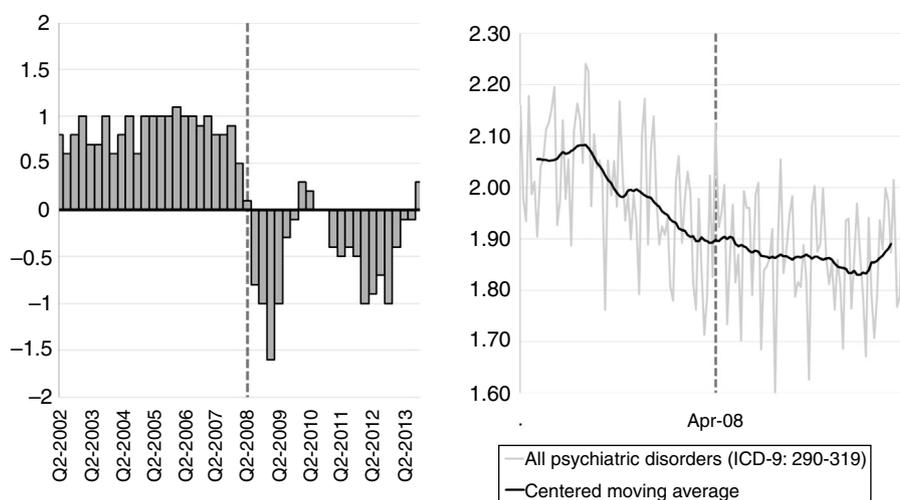


Figura 1 Producto interno bruto y tasa de hospitalización psiquiátrica. España 2002-2013.

sobre el PIB (fig. 1) están disponibles en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Los datos hospitalarios disponibles más recientes en el momento en que se inició el análisis correspondían al año 2013; el período posterior a la crisis económica consistió en 69 meses (abril del 2008 a diciembre del 2013). De esta forma, la serie temporal de 10 años (138 meses) consistió en 2 períodos de 69 meses, un período anterior a la crisis económica (julio del 2002 a marzo del 2008) y un período de crisis económica (abril del 2008 a diciembre del 2013). Se utilizó SPSS Statistics (versión 23, IBM, Armonk, NY, EE. UU.) como software para realizar todos los análisis.

Resultados

Se han analizado datos de la EMH del 2002 al 2013 (N = 1.152.880 pacientes hospitalizados). Se realizó un análisis de serie temporal a partir de las tasas de altas hospitalarias psiquiátricas ajustadas por edad y sexo con el fin de comprender el impacto de la crisis económica del 2008 en la atención de salud mental nacional.

Primero identificamos el momento de la intervención basándonos en los cambios observados en el PIB y analizamos la tasa de hospitalización psiquiátrica ajustada por edad para el conjunto de todas las patologías psiquiátricas (ICD9 290-319) (fig. 1). En segundo lugar, se analizaron las tasas de hospitalización psiquiátrica para 12 rangos de edad diferentes (figs. 2-3) y por grupo diagnóstico para un rango de edad determinado (fig. 4).

El crecimiento trimestral del PIB y la tasa de hospitalización psiquiátrica mensual se muestran en la figura 1. El PIB comenzó a contraerse en el segundo trimestre del 2008. Así, abril del 2008 se estableció como el inicio de la crisis económica en España.

La tendencia decreciente en la tasa de hospitalización psiquiátrica observado durante el período anterior a la crisis (julio del 2002-marzo del 2008) cambió durante el período de crisis económica (abril del 2008 a diciembre del 2013). La serie temporal de 69 meses correspondiente al período de preintervención se utilizó para identificar un modelo estacional ARIMA (2 1 0) (1 0 0)₁₂. El parámetro de intervención

para el momento de la intervención (abril del 2008) resultó estadísticamente significativo; se encontró un aumento del 13,3% (IC del 95%, 7,8-19,1%; p = 0,013) en la tasa mensual de hospitalización para todas las condiciones psiquiátricas por encima de la tendencia observada durante los 69 meses previos a la intervención. Se encontró un aumento adicional en las hospitalizaciones y visitas psiquiátricas durante los últimos 2 años de serie temporal, como se muestra en las figuras 1 y 3.

La figura 2 muestra la tasa mensual de hospitalización para todas las condiciones psiquiátricas para diferentes rangos de edad. Cuatro rangos de edad, 15-19, 20-24, 25-29 y 30-34 años, reflejan un cambio en la tendencia de la tasa de hospitalización psiquiátrica, coincidiendo con el momento del comienzo de la crisis económica (abril del 2008). Para los restantes grupos de edad no se observa un punto de inflexión en abril del 2008.

La figura 3 muestra la tasa de hospitalización psiquiátrica mensual para los pacientes hospitalizados de 15 a 34 años y para los pacientes en otros rangos de edad. A partir de abril del 2008 las hospitalizaciones psiquiátricas en el grupo de edad de 15 a 34 años dejaron de disminuir y se mantuvieron en un nivel similar durante los años posteriores. Por el contrario, parece haber una disminución constante en la tasa de hospitalización psiquiátrica para el conjunto de pacientes en los restantes grupos de edad, una tendencia que no varía con el inicio de la crisis y se mantiene entre julio del 2002 y diciembre del 2013.

Se identificó un modelo estacional ARIMA (2 1 0) (1 0 0)₁₂ en los pacientes de 15 a 34 años para la serie temporal de 69 meses anterior a la intervención. El parámetro de intervención fue fuerte y estadísticamente significativo para el rango de edad 15-34, lo que indica que la tasa de hospitalización psiquiátrica en el rango de edad 15-34 aumentó un 18,2% (IC del 95%, 9,1-28,0%; p = 0,039) por mes respecto a la tendencia observada durante el período previo a la crisis (julio del 2002 a marzo del 2008).

La figura 4 muestra la tasa de hospitalización mensual para diferentes grupos diagnóstico psiquiátricos en pacientes de 15 a 34 años de edad. Mientras que la psicosis orgánica y las tasas de hospitalización por retraso mental

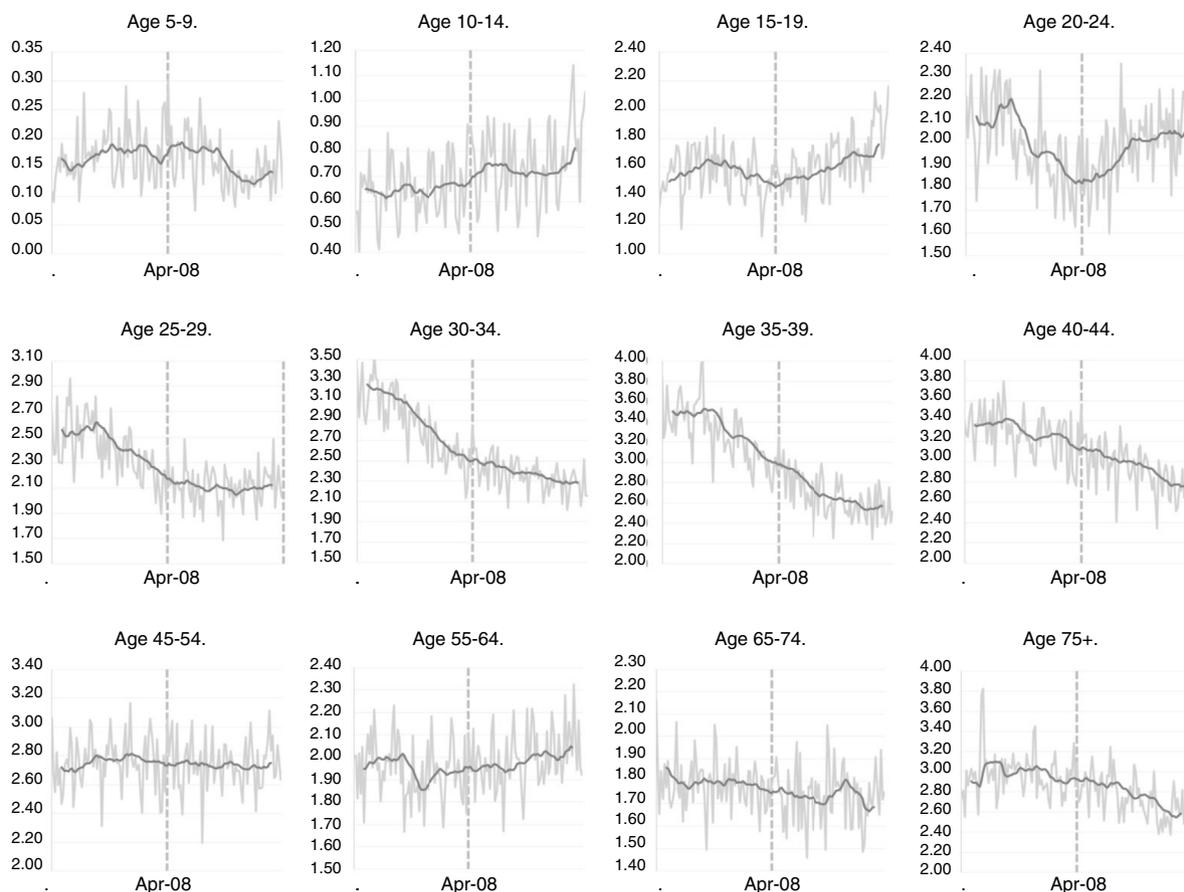


Figura 2 Tasas de hospitalización psiquiátrica (ICD9 290-319) por intervalos de edad.

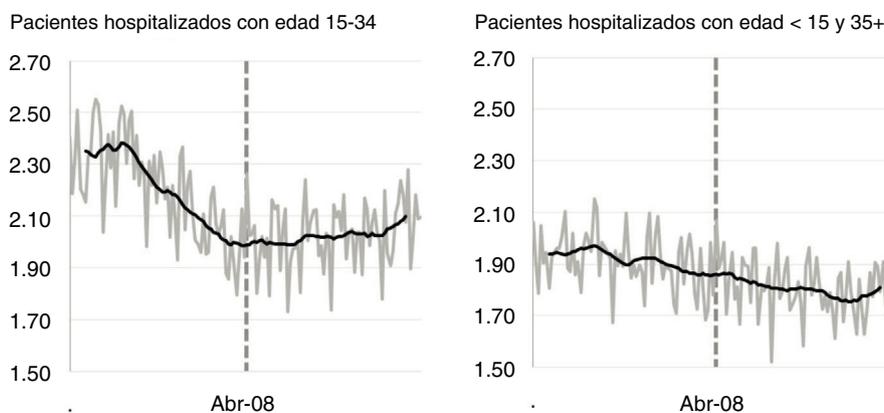


Figura 3 Tasas de hospitalización psiquiátrica (ICD9 290-319) para pacientes hospitalizados en el intervalo de edad de 15 a 34 años y para aquellos en cualquier otro rango de edad.

permanecieron estables, las tasas de hospitalización por trastorno de alcohol/drogas, trastornos neuróticos y de personalidad, depresión y trastornos de conducta y emociones en la infancia y la adolescencia cambiaron abruptamente en abril del 2008. Las tasas por psicosis funcional y por reacción al estrés sufrieron un cambio de tendencia durante los siguientes meses.

Se identificó un modelo estacional ARIMA (0 1 1) (1 1 0)₁₂ para trastornos de la personalidad neurótica y depresiva durante la serie temporal de 69 meses previa a la

intervención. Se identificó un modelo estacional ARIMA (0 1 1) (1 0 0)₁₂ para el trastorno de alcohol/drogas y trastornos de conducta y emociones en la niñez y adolescencia. El parámetro de intervención fue fuerte y estadísticamente significativo para los anteriores 4 grupos diagnósticos. El parámetro de intervención sugiere un aumento del 51,6% (IC del 95%, 24,2-85,1; $p = 0,039$) por mes para la depresión y un aumento del 46,1% (IC del 95%, 24,7-71,2; $p = 0,018$) para las hospitalizaciones causadas por trastornos de conducta y emoción en la infancia y la adolescencia en el rango

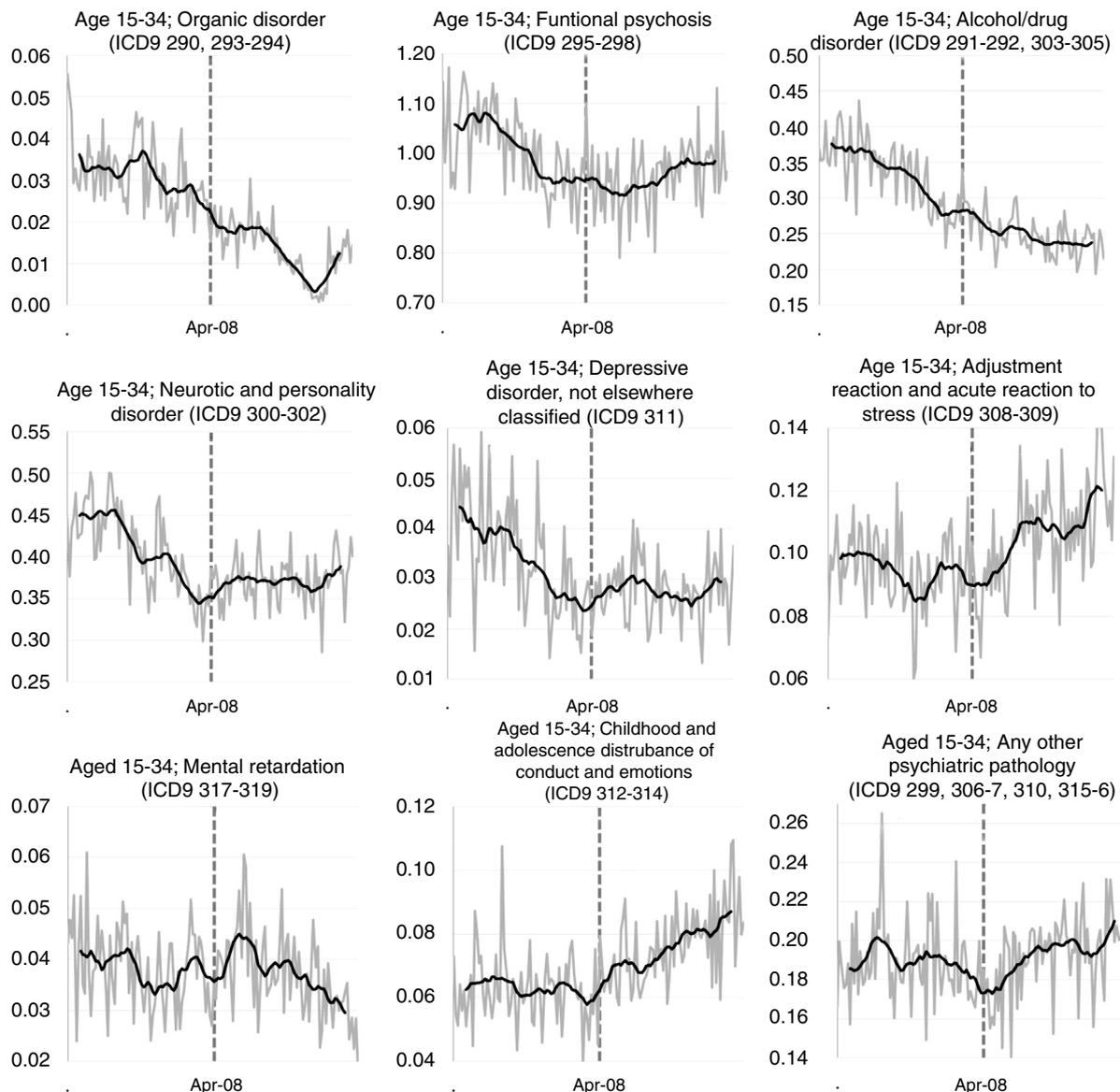


Figura 4 Tasa de hospitalización asociada a pacientes hospitalizados de 15 a 35 años. Datos desglosados en 9 grupos relacionados con el diagnóstico.

de edad de 15 a 34 años. Los trastornos neuróticos y de personalidad aumentaron en un 26,6% (IC del 95%, 14,2-40,3; $p = 0,024$) y los trastornos por alcohol / drogas aumentaron en un 26,2% (IC del 95%, 13,6-40,3; $p = 0,029$) por mes desde el inicio de la crisis económica.

Se identificó un modelo estacional ARIMA (0 1 1) (1 0 0)₁₂ para la psicosis funcional y un modelo estacional ARIMA (0 1 1) (1 1 0)₁₂ para la tasa causada por reacción de adaptación y reacción aguda al estrés y para la tasa causada por cualquier otra patología psiquiátrica no incluida en las anteriores categorías. La intervención en abril del 2008 no fue estadísticamente significativa para los pacientes de 15 a 34 años de edad para la psicosis funcional; reacción de adaptación y reacción aguda al estrés, y para cualquier otra patología psiquiátrica no incluida en las anteriores categorías (ICD9 299, 306-7, 310, 315-6). Sin embargo, el valor de la tasa aumentó gradualmente con el tiempo algunos meses después del inicio de la crisis para aquellas hospitalizaciones relacionadas

con la reacción de adaptación aguda al estrés y la psicosis funcional (fig. 4).

Discusión

Para comprender el impacto de la crisis económica del 2008 en la salud mental en España hemos realizado un análisis de series temporales de las tasas de altas hospitalarias psiquiátricas ajustadas por edad obtenidas a partir de datos proporcionados por la EMH, que incluye información de 1.152.880 hospitalizaciones para el período estudiado (2002-2013). El momento de la intervención (abril del 2008) se estimó en función de los cambios observados en el PIB.

El estudio produjo 3 conclusiones principales. En primer lugar, las hospitalizaciones psiquiátricas aumentaron abruptamente en 2008 por encima de la tendencia observada durante el período anterior. En segundo lugar, el aumento de

la tasa de hospitalización se limitó a las hospitalizaciones de pacientes en el rango de edad 15-34 años. En tercer lugar, las hospitalizaciones asociadas con la psicosis orgánica y el retraso mental no cambiaron de tendencia en los pacientes de 15-34 años; sin embargo, el análisis de series temporal interrumpido demostró un aumento abrupto en los pacientes de 15 a 34 años de edad para los siguientes diagnósticos: trastornos relacionados con el alcohol/drogas, depresión, trastornos de conducta y emociones y trastornos neuróticos y de personalidad. El valor de la tasa aumentó gradualmente algunos meses después del inicio de la crisis en las hospitalizaciones asociadas con la reacción ajustada/aguda al estrés, la psicosis funcional y en el conjunto de todos los demás diagnósticos no incluidos en las categorías anteriores.

El PIB español comenzó a contraerse en el segundo trimestre del 2008 y siguió haciéndolo en los trimestres siguientes, por lo que el momento de la intervención se estableció en abril del 2008. El momento de la intervención es consistente con un estudio previo que relaciona la recesión económica en España con un aumento de suicidios a partir de abril del 2008 mediante el uso de análisis de series temporales con intervención¹. El inicio del aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas para todas las edades, así como para las edades de 15 a 34 años, coincide perfectamente con el inicio en la caída del PIB.

El análisis de series temporales interrumpido aplicado en nuestro estudio ha demostrado inequívocamente que se produjo un aumento abrupto en el número de pacientes hospitalizados a partir de abril del 2008, lo que indica sin duda una relación entre la recesión económica y el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas. Sería aconsejable determinar si hubo un aumento paralelo en la demanda de servicios psiquiátricos ambulatorios a nivel nacional. Desafortunadamente, un estudio sobre servicios ambulatorios psiquiátricos a nivel nacional no es factible, dada la escasa disponibilidad de datos sobre la atención ambulatoria en España. La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, un registro nacional elaborado por el Ministerio de Salud español, proporciona el número anual de visitas psiquiátricas en hospitales y centros ambulatorios; sin embargo, no desagrega la información por patología psiquiátrica, edad y sexo²⁰.

La crisis económica en España provocó un aumento dramático en el desempleo, la pobreza y la desigualdad social^{3,4}. La inestabilidad relacionada con la vivienda, el gran número de desahucios, las deudas y la tensión económica son expresiones sociales de la recesión económica. Como se indica en la introducción, la tasa de desempleo aumentó en todos los grupos de edad, pero particularmente en el rango 15-34 años², el único rango de edad en el cual se observó un cambio de tendencia en la hospitalización psiquiátrica a partir de abril del 2008. Este grupo de edad registró un aumento de hospitalizaciones en los trastornos psiquiátricos que son más sensibles a los cambios ambientales (trastornos de conducta y trastornos emocionales, trastornos neuróticos y de personalidad, depresión y problemas relacionados con el consumo de sustancias), en contraste con la psicosis orgánica y el retraso mental, que no sufrieron un cambio de tendencia.

El aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas durante este período podría atribuirse a un aumento de la

morbilidad psiquiátrica causada por el estrés asociado con la recesión económica, o bien a un cambio en el uso de los servicios de salud como resultado de la crisis económica. Las medidas de austeridad adoptadas por el gobierno para controlar el déficit público, como los recortes en la financiación de apoyo comunitario para los trastornos mentales graves, podrían contribuir a aumentar el número de hospitalizaciones psiquiátricas sin que necesariamente se incremente la incidencia real de trastornos mentales. Nuestros datos muestran un aumento adicional de las altas hospitalarias y visitas psiquiátricas en 2013 (figs. 1 y 3), para lo cual no encontramos otra explicación que una posible asociación con los recortes en los servicios sociales y de salud.

El desempleo puede contribuir a aumentar el uso de los servicios de salud, independientemente de la tasa de trastornos mentales²¹. En los países con altas tasas de desempleo, los hombres tienden a consultar al médico de familia por cuestiones relacionadas con la salud mental con más frecuencia, independientemente de su estado de salud mental. Esta asociación se ha denominado «medicalización del desempleo»^{22,23}. La angustia causada por las consecuencias sociales y económicas negativas del desempleo puede ser interpretada por los desempleados como una manifestación de mala salud y puede ser codificada en términos de DSM o ICD, y tratada como un trastorno psiquiátrico por el médico de familia. Según diversos informes, más de una cuarta parte de las hospitalizaciones psiquiátricas son inadecuadas y solo causadas por factores sociales adversos^{24,25}. Sin embargo, es improbable que tal mecanismo pudiera explicar las hospitalizaciones psiquiátricas.

Otra hipótesis planteada para explicar el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas, independientemente de las tasas de morbilidad de la salud mental, es que en tiempos de contracción económica se reduce la tolerancia de la comunidad al desvío social. La frustración inducida por la contracción económica conduce a la intolerancia hacia aquellos que se consideran desviados en el orden social, como las personas con trastornos mentales, en particular los que sufren psicosis²⁶. Esta hipótesis difícilmente puede explicar el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas de las personas que sufren de trastornos mentales comunes, pero podría aplicarse a las personas con psicosis.

Al margen de estas explicaciones alternativas, una revisión sistemática recientemente publicada encontró un remarkable deterioro de la salud mental en Europa como resultado de la crisis económica⁵. Una asociación positiva entre el desempleo y las hospitalizaciones psiquiátricas ha sido reiteradamente corroborada por estudios previos. Diecinueve artículos publicados entre 1974 y 1984 describieron la asociación entre el desempleo y el comportamiento determinado por la búsqueda de ayuda, y la mayoría confirmó la esperada relación positiva²⁷. Las fluctuaciones de los indicadores económicos correlacionan con la tasa de hospitalizaciones psiquiátricas^{11,12} y readmisiones¹³⁻¹⁵ en la gran mayoría de los estudios, aunque no en todos²⁸⁻³⁰. En un estudio comparando la tasa de desempleo y los ingresos psiquiátricos estandarizados en diferentes áreas geográficas, la tasa de desempleo explicó más del 90% de la variación en las hospitalizaciones¹¹.

Contrariamente a lo que esperábamos observar, los ingresos hospitalarios causados por la psicosis funcional, la

reacción de adaptación y la reacción aguda al estrés y los diagnósticos no incluidos en otra categoría no cambiaron significativamente en abril del 2008, si bien aumentaron unos meses más tarde. En concordancia con este hallazgo, investigaciones anteriores han señalado que puede haber 2 picos en la tasa de hospitalizaciones después de una recesión económica; el primero se produce inmediatamente después del inicio de la crisis y el segundo unos meses más tarde. Se ha descrito un retraso de 2 a 6 meses entre el inicio del paro y el cambio en las tasas de ingreso^{31,32}.

En concordancia con nuestros resultados, Barceló et al.⁶ encontraron un aumento en el consumo de antipsicóticos en Cataluña (España) del 2009 al 2012. El retraso en el aumento de las tasas de psicosis funcional encontradas en nuestro estudio durante la contracción económica puede explicarse por la «hipótesis de la intolerancia», mencionada anteriormente. Puede llevar algún tiempo, después del comienzo de la crisis económica, para que la frustración en la población genere y consolide intolerancia contra la desviación de la conducta²⁵. Como explicación alternativa también podemos plantearnos la posibilidad de que la crisis del 2008 desencadenase un aumento de hospitalizaciones por agravamiento del estado clínico en población joven que ya sufría trastornos mentales, causando episodios psiquiátricos en los pacientes predispuestos. Así mismo, pocos meses después del inicio de la crisis, la persistencia de las malas condiciones económicas podría agotar los recursos personales, económicos e instrumentales de algunos adultos jóvenes sanos que luego llegarían a desarrollar reacciones de ajuste, causando hospitalización psiquiátrica.

Hay debilidades y limitaciones en la EMH que afectan a nuestro estudio. Cabe señalar que la base de datos utilizada en este estudio no distingue entre ingresos y reingresos hospitalarios, por lo que se ha analizado el volumen de hospitalización en lugar de la incidencia hospitalaria. Por otro lado, ya se trate de un aumento en la incidencia o de un mayor número de reingresos, el incremento del número de hospitalizaciones indica un empeoramiento de la salud mental de la población. En general, el creciente número de hospitalizaciones lleva a una presión extraordinaria sobre los servicios de salud mental y, por lo tanto, un aumento en el gasto en salud. En este sentido, se recomienda realizar un análisis relacionado con el aumento de los costes hospitalarios como consecuencia de la crisis económica en España para proporcionar más información a los responsables de la política de salud pública.

Los estudios ecológicos tienen limitaciones sustanciales. De forma inequívoca hemos demostrado un aumento abrupto de los pacientes hospitalizados a partir de abril del 2008. Tal aumento nos sugiere, de forma vehemente, una relación entre la recesión económica y el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas, ya que el aumento de las hospitalizaciones y el inicio de la crisis económica coincide en el tiempo y, además, el aumento en la hospitalización psiquiátrica solo se encontró en aquellos trastornos psiquiátricos que son más sensibles a los cambios ambientales, en contraste con la psicosis orgánica y el retraso mental. Sin embargo, la coincidencia en el tiempo y el hecho de que no hay aumento de la psicosis orgánica y el retraso mental en contraste con el aumento hospitalario encontrado para las patologías más sensibles a los cambios sociales no demuestra de manera concluyente la relación entre la crisis económica

y el aumento de la hospitalización. Por lo tanto, se recomiendan futuras investigaciones basadas en información a nivel individual, incluida la situación personal o familiar. Por último, también sería muy recomendable realizar un análisis de las hospitalizaciones psiquiátricas en hombres y mujeres por separado, ya que anteriores publicaciones encontraron diferencias de género relevantes⁵.

Para concluir, el aumento dramático de las hospitalizaciones implica necesariamente una presión extraordinaria sobre los servicios de salud mental y un aumento en el gasto sanitario. Por lo tanto, nuestro estudio ciertamente indica no solo un deterioro de la salud mental en España, sino también un aumento significativo en los costos de atención de la salud en la atención psiquiátrica.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos a Emily Brooke Felt y Suzette Smiley-Jewell su trabajo de edición y sus útiles sugerencias sobre el lenguaje y la estructura de nuestro manuscrito.

Bibliografía

1. Lopez-Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, Mckee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013;23:732-6.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Desempleo, datos a nivel nacional. Tasas de desempleo por sexo y grupo de edad, 2002-2016 [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
3. Colau A, Alemany A. Retrospectiva sobre desahucios y ejecuciones hipotecarias en España, Estadísticas Oficiales e Indicadores, 2007-2012. PAH Report, Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH). 2013 [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://afectadosporlahipoteca.com/wp-content/uploads/2013/02/RETROSPECTIVA-SOBRE-DESAHUCIOS-Y-EJECUCIONES-HIPOTECARIAS-EN-ESPA%C3%91A-COLAUALEMANY1.pdf>
4. Cavero T. Europa para la mayoría, no para las élites. Cambiar ya el rumbo de la desigualdad y la pobreza en Europa. OXFAM report 206. Oxfam Internacional Sept 2015 [consultado 9 Nov 2015]. Disponible en: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp206-europe-for-many-not-few-090915-summ-es.pdf
5. Martin-Carrasco M, Evans-Lacko S, Dom G, Christodoulou NG, Samochowiec J, González-Fraile E, et al. EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266:89-124.
6. Barceló MA, Coll-Negre M, Coll-De-Tuero G, Saez M. Effects of the financial crisis on psychotropic drug consumption in a cohort from a semi-urban region in Catalonia, Spain. *PLoS ONE*. 2016;11:e0148594. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0148594.PDF>
7. Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10:70-7.
8. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(51):104-8.

9. Roca M, Gili M, Garcia-Campayo J, Garcia-Toro M. Economic crisis and mental health in Spain. *Lancet*. 2013;382:1977–8. Epub 2013/12/18.
10. Gili M, López-Navarro E, Castro A, Homar C, Navarro C, García-Toro M, et al. Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*. 2016;28:407–13.
11. Brenner MH. Economic change and mental hospitalization: New York State, 1960. *Soc Psychiatry*. 1967;2:180–8.
12. Kammerling RM, O'connor S. Unemployment rate as predictor of rate of psychiatric admission. *BMJ*. 1993;307:1536–9.
13. Ahr PR, Gorodezky MJ, Cho DW. Measuring the relationship of public psychiatric admissions to rising unemployment. *Psychiatr Serv*. 1981;32:398–401.
14. Callaly T, Hyland M, Trauer T, Dodd S, Berk M. Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: Identifying those at risk. *Aust Health Review Aust Health Rev*. 2010;34:282.
15. Schmutte T, Dunn C, Sledge W. Characteristics of inpatients with a history of recurrent psychiatric hospitalizations: A matched-control study. *Psychiatr Serv*. 2009;60:1683–5.
16. Cheung S, Marriott B. Impact of an economic downturn on addiction and mental health service utilization: A review of the literature. Alberta Health Services, Knowledge notes num.12. Oct. 2015 [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.albertahealthservices.ca/assets/info/res/mhr/if-res-mhr-kn-12-economic-downturn.pdf>
17. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: A new who standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. 2001. World Health Organization.
18. Benmarhnia T, Zunzunegui MV, Llácer A, Béland F. Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: Research clues based on an analysis of mortality. *SESPAS report 2014. Gac Sanit*. 2014;28 Suppl 1:137–41.
19. Tabachnick BG, Fidell LS. Time series analysis. En: *Using multivariate statistics*. 4th ed. Allyn & Bacon; 2001. Capítulo 18.
20. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Resultados estadísticos anuales e informes [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
21. Buffel V, Straat VVD, Bracke P. Employment status and mental health care use in times of economic contraction: A repeated cross-sectional study in Europe, using a three-level model. *Int J Equity Health*. 2015;14:29.
22. Holmqvist M. Medicalization of unemployment: Individualizing social issues as personal problems in the Swedish welfare state. *Work Employ Soc*. 2009;23:405–21.
23. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol*. 1992;18:209–32.
24. Elwood PY. Characteristics of admissions considered inappropriate by junior psychiatrists. *B J Psych Bulletin*. 1999;23:34–7.
25. Beck A, Croudace TJ, Singh S, Harrison G. The Nottingham Acute Bed Study: Alternatives to acute psychiatric care. *Br J Psychiatry*. 1997;170:247–52.
26. Catalano R, Snowden L, Shumway M, Kessell E. Unemployment and civil commitment: A test of the intolerance hypothesis. *Aggr Behav*. 2007;33:272–80.
27. Kiernan M, Toro PA, Rappaport J, Seidman E. Economic predictors of mental health service utilization: A time-series analysis. *Am J Community Psychol*. 1989;17:801–20.
28. Catalano RA, Dooley D, Jackson RL. Economic antecedents of help seeking: Reformulation of time-series tests. *J Health Soc Behav*. 1985;26:141.
29. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece *Psychiatriki*. 2011;22:109–19.
30. Iglesias CG, Sáiz PM, García-Portilla MP, Bousoño MG, Jiménez LT, Sánchez FL, et al. Efectos de la crisis económica en la demanda por trastornos mentales en Asturias: datos del registro acumulativo de casos psiquiátricos (2000-2010). *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42:108–15.
31. Green B, Griffiths E. Hospital admission and community treatment of mental disorders in England from 1998 to 2012. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:442–8.
32. Agerbo E, Eriksson T, Mortensen PB, Westergaard-Nielsen N. Unemployment and mental disorders. An empirical analysis. Centre for Labour Market and Social Research Working. 1998, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.176109>. Paper No. 98-002.