

Conducta suicida y crisis económica.

Suicidal Behaviour and Economic Crisis.

Sandra Muñoz Sánchez (1), Paula García Jorge (2), Sara García de Fernando García (3), Laura Portabales Barreiro (4), Laura Moreno Fernández (2), Antonio Ceverino Domínguez (5), Cristina Polo Usaola (5).

(1) Médica Interno Residente Psiquiatría III H. Rodríguez Lafora (Madrid);

(2) Médica Interno Residente Psiquiatría II H.U. Ramón y Cajal (Madrid);

(3) Psicóloga Interna Residente II H. Rodríguez Lafora (Madrid);

(4) Psicóloga Interna Residente III H.U. Ramón y Cajal (Madrid);

(5) Médica Psiquiatra Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid).

Resumen: En este trabajo realizamos una revisión bibliográfica con el fin de estudiar si existe relación entre la crisis económica y las variaciones de la tasa de suicidio. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos electrónicas PubMed y el análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas. Diferentes estudios que hemos revisado apuntan a que el desempleo se relaciona con mayores tasas de suicidio. Sin embargo, en otros trabajos donde se analiza la situación política y económica de ciertos países no es posible establecer esta relación de manera tan directa, existiendo otros factores que pueden jugar un papel importante en el riesgo suicida de la población.

Palabras clave: crisis económica, suicidio, desempleo, salud mental.

Abstract: Through this paper we look over the literature in order to analyze the correlation between the economic crisis and the fluctuations of the suicide rate. The research carried out on the electronic databases of PubMed was supplemented by consulting the reference manual of the systematic reviews included. Several of the studies examined link a higher unemployment with rising suicide rates. However, in different studies on the economic and political situation of certain countries the former link seems weaker, glimpsing other factors as more influential in the performance of the suicide rate.

Key words: economic crisis, suicide, unemployment, mental health.

El suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110

personas y lo intentan cientos de miles, situándose de esta forma como uno de los problemas de salud más importantes a los que tenemos que enfrentarnos.

Agradecimiento a los compañeros/as del Centro de Salud Mental de Hortaleza que han colaborado en este trabajo con sus comentarios y en la recogida de muestra: Cristina Alonso Salgado, Marisa Alfaya Tomé, Antonio Diéguez Gómez, Carmen González de Vega y Marisa López Gironés.

Estas cifras ponen de manifiesto una paradoja, consistente en el hecho de que a pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas en la comprensión y el tratamiento de muchos trastornos mentales, las tasas de suicidio se han mantenido relativamente estables, o su decrecimiento ha sido inferior al esperado. Esto refleja las dificultades para encontrar factores de riesgo sensibles y específicos que nos permitan predecir qué sujetos van a intentar suicidarse, y quiénes de estos lograrán finalmente consumir el suicidio. Esta pobreza de resultados y el escaso poder predictivo de los estudios sobre la conducta suicida se justifica por las debilidades metodológicas de los diseños de investigación, la dificultad para definir la conducta suicida de un modo “operativo” o el carácter multifactorial del comportamiento autolesivo.

Con respecto a esto último, se argumenta que el suicidio es una conducta compleja y multideterminada: el resultado de la confluencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas autolesivas, que van desde la ideación suicida y el gesto autolesivo hasta el suicidio consumado. Los factores que influyen en el desencadenamiento de la conducta suicida son muchos según estos planteamientos. Algunos autores diferencian cinco dominios o esferas de vulnerabilidad: factores de personalidad (que involucran dimensiones psicopatológicas como la impulsividad, la agresividad, la desesperanza), trastornos psiquiátricos (fundamentalmente los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad y los trastornos por abuso de sustancias), factores biológicos (hormonales, enfermedades médicas, dolor, sistemas de neurotransmisión, etc.), factores familiares y genéticos (la historia familiar de conducta suicida es, junto con los antecedentes personales de conducta suicida, uno de los predictores más potentes) y, por último, factores psicosociales de riesgo suicida (de orden macro y microsocioal, del tipo de sexo masculino, edad avanzada, estado civil soltero/divorciado, vivir sólo, raza blanca, situación económica, laboral... y también inmigración, crisis económica y social, situaciones de anomia, etc.).

En relación con estos últimos factores, desde el año 2007 se ha producido a nivel planetario una

recesión económica, con zonas más castigadas por la crisis como el continente europeo y especialmente los países del sur de la zona euro, como Grecia, España y Portugal.

La literatura científica refiere un incremento de la prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, y de trastornos por uso de sustancias en las fases de recesión del ciclo económico. Nos preguntamos, ¿aumentan también las conductas e ideas suicidas en relación con la crisis económica?

Metodo

Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas PubMed en el periodo comprendido entre 2005 y 2013. Las palabras clave utilizadas fueron: crisis económica + suicidio + salud mental. Se obtuvo una primera búsqueda con un total de 402 artículos, incluyendo artículos en español e inglés. Posteriormente, tras una revisión de dichos artículos y teniendo en cuenta las variables de interés, seleccionamos un total de 42 artículos que han sido revisados y analizados. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas.

Nuestro propósito era obtener información sobre el impacto subjetivo de la crisis económica actual y su efecto sobre la prevalencia de la ideación autolítica y los intentos de suicidio, tratando de determinar la existencia de una relación entre el aumento de las dificultades económicas en la ciudadanía y el incremento de la conducta suicida.

Resultados

A la hora de analizar los diferentes artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica nos hemos encontrado con diferentes enfoques en el estudio de la relación entre la crisis económica y la tasa de suicidio en España, así como en otros países europeos, Estados Unidos y algunos países asiáticos.

Desde que en 2009 la revista Lancet publicase una investigación con los datos obtenidos desde 1970 a 2007 en 26 países europeos, parece haberse despertado un gran interés por la posible



relación entre crisis económica y conducta suicida en diversos países¹.

En nuestro país se llevó a cabo un estudio publicado en junio de 2013 en la revista *European Journal of Public Health*, con el título “El efecto de la crisis financiera de finales de los 2000 en los suicidios en España: un análisis de series temporales interrumpidas”, donde se refiere, desde el comienzo de la crisis financiera, un aumento del 8% en las tasas de suicidio por encima de la tendencia subyacente². Sin embargo, estos datos son interpretados de forma distinta por otros autores. Algunos analistas consideran que las cifras del suicidio en España (provenientes del INE, con datos europeos de Eurostat) en general han ido disminuyendo a lo largo de la última década. Sin embargo, si se divide el periodo considerado (2005-2010) en dos etapas, con el límite entre ambas en 2008 (el inicio de la crisis), sí se aprecia un incremento en la incidencia de suicidio en los años que siguen al 2008, aunque en valores absolutos no llega a superar las tasas previas al 2005.

Nos preguntamos entonces por qué resultaba tan controvertido abordar dicha relación y se encontraban datos tan dispares en función de cómo se llevara a cabo el análisis de las cifras obtenidas.

Volviendo a la publicación antes citada de la revista *Lancet*, en el artículo “The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe” (Stuckler et al., 2009) se concluye que cada 1% de aumento de la tasa de desempleo se asocia a un incremento del 0,79% en las tasas de suicidio en edades menores a 65 años, y un aumento de 0,79% de homicidios, reforzando la idea de que los efectos del paro pueden mitigarse con políticas de protección social, como ha ocurrido en países como Finlandia y Suecia, que han sido capaces de prevenir el aumento de suicidios a pesar de la crisis.

En otros artículos³, se indica que España, Grecia y Portugal son los países con mayor afectación de la salud mental en relación con la crisis económica, y se enfatiza la idea de que la recesión económica tiene efectos sobre la salud, concluyéndose que la interacción entre austeridad fiscal, shock económico y débil protección social

aumenta dicho riesgo. En otros estudios en Grecia⁴, se ha observado que desde 2007 los suicidios han aumentado más del 60%.

Con el mismo interés se ha examinado la asociación del suicidio con los ciclos económicos que se han producido desde 1928 hasta 2007 en los Estados Unidos⁵.

El mayor aumento en el suicidio global ocurrió durante la Gran Depresión (1929-1933), cuando se elevaron las cifras de 18,0 a 22,1, aunque la tasa general de suicidios también se ha visto aumentada en otras tres graves recesiones: el final del New Deal (1937-1938), la crisis del petróleo (1973-1975) y la recesión de 1980-1982.

En el análisis de la variación de las tasas de suicidio durante los distintos ciclos económicos, se concluye que la tasa general de suicidios aumentó durante las recesiones y cayó durante las expansiones. Concretamente, se observó que la tasa de suicidio de los grupos de edad entre 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años, y 55 a 64 años aumentó durante la recesión y disminuyó durante la expansión. No ocurre así, sin embargo, con las tasas de suicidio de los grupos de edades de 15 a 24 años, 65 a 74 años, y 75 años o más no mostraron este comportamiento. En conclusión: son las personas en edad de trabajar las más vulnerables a la recesión. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que muchas de esas personas eran el sostén de la familia, y sus trabajos cubrían los gastos de hipoteca, seguros de salud, educación para niños, y otros gastos. Por lo tanto, la pérdida del empleo puede causar más dificultades a aquellas personas que a los demás.

Un estudio⁶ que evalúa la tendencia de la tasa de suicidio de los 50 estados de EE.UU. en relación con la crisis económica, encuentra resultados interesantes. Por ejemplo, en los años antes de la aparición de la crisis (de 1999 a 2007), la tasa de mortalidad por suicidio en los EE.UU. fue en aumento, y se incrementó aun más coincidiendo con el inicio de la recesión. El estudio analiza el efecto concreto del desempleo en la suicidalidad, refiriéndose que la tasa de desempleo entre 2007 y 2010 en los EE.UU. incrementó en un 3,8% la tasa de suicidios. En otras palabras, el aumento del desempleo podría explicar según los

autores, aproximadamente una cuarta parte del aumento de suicidios observado en los EE.UU. durante el periodo considerado.

En este artículo se recogen también datos concretos en EE.UU. entre 1999 y 2010 en relación al paro y la tasa de suicidio. Se obtuvieron datos que sostenían la idea de que cuando no hay políticas de protección laboral el aumento de la tasa de suicidio es mayor (0,99%-1,06%). Por tanto, se hace necesario implementar las políticas que aumenten la protección de la población en épocas de recesión: programas de soporte social para los desempleados, y nuevas políticas activas de empleo que estimulen la contratación (incluso a tiempo parcial), así como programas de prevención de la salud mental para mitigar los efectos de la recesión en la población. Los mismos autores afirmaron en otro trabajo previo (Stuckler et al., 2009) que por cada aumento de 10 dólares en programas sociales la tasa de suicidio se reduce en un 0,38%, y Karanikolos et al. (2013) afirman que aunque la recesión provocó consecuencias adversas sobre el estado de salud de la población, la interacción entre austeridad fiscal, shock económico y débil protección social aumenta el riesgo de efectos en salud.

Este y otros estudios (Reeves, 2012) sugieren que la tasa de suicidio en los EE.UU. ha aumentado desde 2007 en correlación directa con el incremento del desempleo causado por la recesión económica. Sin embargo, aunque esta correlación es fuerte, la interpretación sigue siendo problemática y, a pesar de la opinión generalizada de que el desempleo aumenta las tasas de suicidio, los datos no son concluyentes.

En posteriores trabajos⁷ se critica el artículo anterior cuestionándose que el incremento de las tasas de suicidio pueda explicarse únicamente por la recesión económica. En los países bálticos como Estonia, Lituania y Latvia, donde la crisis del 2008 fue devastadora, no se produjo un aumento de suicidios. Sin embargo, a comienzos de los 90, tras la caída del muro de Berlín y coincidiendo con la independencia de estos países, las cifras del suicidio aumentaron notablemente y no comenzaron a bajar hasta el 2006 (a pesar de que las tasas de paro habían ido creciendo en este periodo). Esto sugiere que la relación entre paro y suicidio es compleja y cambiante y que

hay factores aun no valorados que pueden jugar un importante papel.

En el artículo de Fountoulakis⁸ nuevamente se critica el artículo de Reeves. Los autores sostienen que la interpretación de la causa y el efecto es problemática, analizando dicha asociación en otros países como Argentina, Hungría o Ucrania, en los que se observa que las mayores tasas de suicidio se relacionan en mayor medida con etapas de crisis política más que con periodos de crisis económica. Sugieren por tanto evitar interpretaciones apresuradas.

Otras evidencias también informan de un aumento significativo de los suicidios en relación con la recesión económica en los países europeos. En nuestro país, alrededor de un tercio del riesgo global en la asistencia de la población consultante con trastornos de salud mental pueden ser atribuidos a los riesgos combinados de desempleo de los hogares y las dificultades en el pago de la hipoteca. Un estudio de las tasas de mortalidad en España encontró un incremento de los suicidios durante las recesiones (anticíclico), aunque las tasas globales de mortalidad tienden a aumentar durante los periodos de crecimiento económico y a disminuir durante las crisis (variación procíclica)⁹. Hay signos iniciales de que las tasas de suicidio entre los menores de 65 años han aumentado en España, del 5,16 por 100.000 habitantes en 2007 a 5,56 por 100.000 en 2008, lo que representa un paso atrás en las reducciones que habían tenido lugar desde la década de 2000¹⁰.

En Inglaterra, los estudios que se han llevado a cabo para analizar la asociación del suicidio con la crisis económica entre 2008 y 2010 han encontrado variaciones en las tasas de suicidio de hombres y mujeres en relación con las tendencias históricas. En varones se encontraron 846 suicidios más que los esperados, y 155 en las mujeres, a pesar de que, históricamente las fluctuaciones anuales en el desempleo se habían asociado con variaciones en el número de suicidios entre los hombres, y no en mujeres. Por otro lado, estos autores sugieren que alrededor del 40% del reciente aumento de los suicidios en los varones (329 suicidios) durante el periodo 2008-2010 se puede atribuir al aumento del desempleo. De hecho, son las regiones inglesas con



las mayores tasas de desempleo las que presentan el mayor aumento de suicidios, sobre todo en varones¹¹.

Por otro lado, la crisis económica de Asia produjo un fuerte aumento de la mortalidad por suicidio relacionado con el incremento del desempleo. Las tasas de suicidio en China por ejemplo, se han registrado de siempre como muy bajas. En los últimos años, sin embargo han aumentado de manera alarmante entre ciertos grupos de edad, en las zonas rurales y entre las mujeres jóvenes y hombres mayores de 60 años. Los datos revelan que el suicidio en China puede tener características únicas, asociadas con variables socio-culturales, como la cultura tradicional, la clase social, la posición económica, los niveles de atención de salud y los problemas interpersonales, demostrando que la falta de servicios de salud mental en determinadas zonas del país puede ser considerada una de las razones asociadas a la alta tasa de suicidios rural en China¹².

En otros lugares como Taiwán y Hong Kong, durante los años de alto desempleo, las tasas de suicidio aumentaron considerablemente, evolucionando de manera muy diferente cuando las condiciones de empleo mejoraron. Así, las tasas de suicidio bajaron en Hong Kong, pero sin embargo en Taiwán se mantuvo el índice de suicidios a pesar de la mejora en el empleo. En conclusión, la reducción del desempleo no produce de forma necesaria o inmediata una reducción de las tasas de suicidio¹³.

Discusión

La relación entre crisis económicas y tasas de suicidio es controvertida, sujeta a diferentes interpretaciones, y presenta diferencias significativas entre unos países y otros.

Por ejemplo, el aumento del PIB ajustado por paridad de poder adquisitivo (es decir, el aumento de riqueza por habitante cuando aumenta el PIB a nivel nacional) reduce las tasas de suicidio en los países europeos, y sin embargo las incrementa en los países latinoamericanos¹⁴. Esto podría explicarse por el desigual reparto de la riqueza que tiene lugar en las economías de países emergentes y por el hecho de que en Europa se cuenta con sistemas de protección social y sanitaria que

amortiguan las variaciones en el PIB, protegiendo a la población en momentos de crisis. Es el caso, por ejemplo, de los países escandinavos (Stuckler et al., 2009), como hemos visto anteriormente, en los que las tasas de suicidio siguen una tendencia descendente aún en periodos de recesión económica. De hecho, las tasas de suicidio han seguido una tendencia decreciente en países europeos hasta el año 2009, y, aunque desde entonces se observa una variación en dicha tendencia, de forma global no puede decirse que las tasas de suicidio hayan aumentado, sino que el descenso se ha ralentizado.

En los países en vías de desarrollo, por el contrario, al carecer de estos sistemas de protección social, las crisis económicas afectan más drásticamente a la población y el aumento de la incidencia de suicidio es un hecho incontable. Esto mismo ha podido ser demostrado en países que han experimentado un rápido crecimiento en las últimas décadas, como Corea del Sur, donde a pesar del aumento de la esperanza de vida, también se ha observado un incremento de la mortalidad por suicidio, sobre todo entre varones de más de 30 años. En estos países, con débiles sistemas de protección social e incorporados a una economía capitalista globalizada y altamente competitiva, el suicidio podría ser el precio que se paga por la desigualdad y otras disfunciones sociales relacionados con la industrialización.

En este punto, y en lo que respecta a nuestro país, conviene recordar que el reciente Informe de Exclusión y Desarrollo Social de Cáritas y la Fundación Foessa¹⁵ sitúa a España a la cabeza de los países de la Unión Europea en cuanto a desigualdad social. También los datos de Eurostat documentan este hecho mediante el coeficiente o índice de Gini (que mide las desigualdades de un país, siendo mayores a medida que el número es más elevado). La comparación entre el grupo de países de la Unión Europea más desarrollados económicamente muestra que España es uno de los países que tiene un índice más alto (0,313 comparado con 0,292 que es el promedio de la UE-15). El resto de indicadores son igualmente desalentadores: el número de hogares con todos sus miembros en paro ya son casi dos millones (el 11% de los hogares), la tasa de pobreza ha crecido del 23.9% al 26.8% del 2006 al 2012 (aunque

paradójicamente la pobreza relativa descendió un poco en el 2012 porque, al definirse para el conjunto de la población, si todo el país se empobrece, el porcentaje de pobres puede estabilizarse o incluso descender levemente), aumenta en el mismo periodo del 6 al 21.4% el porcentaje de hogares con la persona principal en paro, se duplica (del 25 al 50%) el paro de larga duración, e incluso (como efecto de la precariedad laboral y la reforma del mercado laboral) aumenta incluso el porcentaje de trabajadores pobres (del 10.7 al 12.7%), (Fuente OCDE. Ministerio de Empleo y Seguridad Social). A esto se añade un deficiente desarrollo en nuestro país del sector público, con un estado del bienestar claramente subfinanciado y un gasto público social y un empleo público muy bajo.

Es por tanto el desarrollo de medidas para fortalecer los servicios de apoyo social para los que pierden empleos y hogares, así como el fortalecimiento de servicios comunitarios y medidas sanitarias, lo que puede permitir reducir las tasas de suicidio en mitad de la recesión económica.

En otros trabajos se sugiere que también factores como son la temporalidad y la inseguridad laboral han producido tantos efectos sobre la salud mental como el desempleo. En un estudio realizado en Australia se observó un incremento de los niveles de malestar psíquico durante el año 2008 (período de crisis económica) entre los trabajadores a tiempo parcial, pero una disminución en los trabajadores a tiempo completo. Se midieron además las tasas de estrés, siendo más bajas en los sujetos en paro que en las personas que sí tenían empleo. Pero al ser éste precario o parcial, tenían mayores tasas de distrés mostrando gran preocupación con el hecho de mantener su puesto de trabajo¹⁶.

Otros factores que se han observado en la asociación crisis-suicidio son la incorporación de la mujer al mundo laboral (con la desestabilización cultural de estructuras familiares establecidas) y el nivel educativo y estado civil. Paradójicamente los participantes no casados y con un nivel educativo inferior presentaron incrementos de prevalencia de suicidio menores que los sujetos casados y con estudios superiores, sobre todo en el caso de los varones. Los autores lo explican en base al miedo a perder su trabajo y ser en mu-

chos casos el sostén de la economía familiar, en una situación de crisis financiera e inseguridad laboral, donde situaciones tan trágicas como los desahucios son cada vez más frecuentes¹⁷.

Sugerencias

Nuestro grupo de trabajo se plantea una serie de sugerencias para analizar e interpretar la relación entre crisis económica y tasa de suicidio.

En primer lugar, tener en cuenta las diferentes definiciones que existen de suicidio desde el punto de vista psicopatológico (algunos se refieren a la conducta suicida, o la ideación, el suicidio consumado, los intentos de suicidio), que dificultan el análisis de los datos de manera global y las comparaciones.

Por otro lado, conviene distinguir entre el suicidio de causa psicosocial del suicidio psicopatológico, que es el vinculado de forma más directa a la enfermedad mental grave. La incidencia de este último tipo de suicidio no se ha visto modificada, encontrándose las mayores diferencias en el suicidio “psicosocial”.

Por otro lado, no conviene olvidar el inevitable sesgo ideológico que influye a la hora de interpretar los resultados de los diferentes estudios, así como la necesidad de tener en cuenta en contexto sociocultural a la hora de analizar las cifras.

Es importante ser cautos y no perder de vista el hecho de que existe un retraso temporal entre la aparición del periodo de recesión económica en un país y la variación de las tasas de suicidio.

Otra variable a considerar es la escasa fiabilidad de la notificación y la estadística del suicidio: Los suicidios consumados en individuos sin antecedentes de enfermedad mental no se registran o se contabilizan por el procedimiento habitual en personas con un diagnóstico psiquiátrico previo. Es difícil de valorar y demostrar la verdadera intención autolítica en los “suicidios sociales”.

El estigma social, las creencias locales y las consecuencias legales hacen que muchos suicidios sean etiquetados como muertes naturales o muertes accidentales. Las investigaciones cualitativas han documentado la creencia generalizada en la población de que el suicidio es

una opción posible cuando uno tiene que hacer frente a conflictos personales graves. Aunque los servicios psiquiátricos alivian la angustia y previenen el suicidio, su influencia sobre el suicidio de causa psicosocial es limitado, y no se traducirá en un decremento de las tasas de suicidio globales. Es necesario reducir el malestar

personal y social de los individuos y centrarse en otras causas subyacentes del sufrimiento humano, como la pobreza, la desigualdad económica y la falta de justicia social.

Contacto

Sandra Muñoz Sánchez • CSM HORTALEZA
C/Mar de Kara s/n • 28033 Madrid • sanmusan84@gmail.com

Bibliografía

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, Volume 374, Issue 9686, Pages 315 - 323, 25 July 2009.
2. López 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 Oct; 23(5): 732-6.
3. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity and health in Europe. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9874, Pages 1323-1331, 13 April 2013.
4. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a greek tragedy. *The Lancet*, Volume 378, Issue 9801, Pages 1457 - 1458, 22 October 2011.
5. Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby AE. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *Am J Public Health*. 2011 Jun; 101(6): 1139-46.
6. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. Correspondence. *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9856, Pages 1813 - 1814, 24 November 2012.
7. Stankunas M, Lindert J, Avery M, Sorensen R. Suicide, recession and unemployment. Correspondence. *The Lancet*, Vol. 381, Issue 9868, Page 721, 2 March 2013.
8. Fountoulakis KN, Koupidis SA, Siamouli M, Grammatikopoulos IA, Theodorakis PN. Suicide, recession and unemployment. Correspondence. *The Lancet*, Volume 381, Issue 9868, Pages 721-722, 2 March 2013.
9. Tapia-Granados J. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *Eur J Popul* 2005; 21: 393-422.
10. World Health Organization. WHO European Health for All Database. January 2011.
11. 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, 14 August 2012.
12. Wada K, Kondo N, Gilmour S, Ichida Y, Fujino Y, Satoh T, Shibuya K. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ* 2012; 344.
13. Chen YY, Yip PS, Lee C, Fan HF, Fu KW. Economic fluctuations and suicide: a comparison of Taiwan and Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2010 Dec; 71(12): 2083-90.

14. Navarro V. El mantenimiento o desmantelamiento del estado del bienestar. El desplazamiento de los poderes de decisión hacia los “mercados” y el debilitamiento de la política. XV Jornadas de Otoño de Vigo. El derecho laboral en la crisis.
15. Fundación Foessa y Cáritas (2012). Informe de Exclusión y Desarrollo Social. Madrid, 2012.
16. Shi Z, Taylor AW, Goldney R, Winefield H, Gill TK, Tuckerman J, et al. The use of a surveillance system to measure changes in mental health in Australian adults during the global financial crisis. *Int J Public Health*. 2011 Aug; 56(4): 367-72.
17. Blasco-Fontecilla H, Pérez-Rodríguez MM, García-Nieto R, Fernández-Navarro P, Galfalvy H, De León J, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open* 2012; 2: e000785.
18. Acevedo Navas, C. Does economic reality influence suicide? The case of Colombia. *Economía del Caribe*, 2010, ISSN-e 2011-2016, Nº 5.
19. Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiology Community Health*, 2010 Apr; 64(4): 284-91.
20. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M and Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Europe Journal of Public Health* 2013, 23, 103-108.
21. Mathieson JH, Ashton J. Local efforts are paramount in preventing suicide during recession. *BMJ* 2012; 345.
22. Pérez del Río F. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, 45: 66-74.
23. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 financial crisis on health: a first look at European data. *The Lancet*, 378: 124-5, 2011.

- Recibido: 27/10/2013.
- Aceptado: 16/12/2013.