



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Impacto de una crisis sociolaboral en la demanda de atención en salud mental (crisis del calzado, Elche 2004)

Carlos Jeremías Martínez Pastor^{a,*}, Miguel Alfonso García Escudero^a,
Ana Martí Martínez^b, Francisco Fenollar Iváñez^b, Julio Quiles Lloret^a
y Vicente Real Román^a

^a USM Altabix, Hospital General Universitario de Elche, España

^b Psiquiatría, Hospital General Universitario de Elche, España

Recibido el 7 de julio de 2010; aceptado el 16 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Factores
socioeconómicos;
Acontecimientos
vitales estresantes;
Desempleo;
Salud mental

KEYWORDS

Socioeconomic
factors;
Stressful life events;
Unemployment;
Mental health

Resumen

Introducción: Entre diciembre de 1999 y diciembre de 2004 la industria manufacturera de calzado de Elche sufrió una disminución del empleo del 24%. En este contexto se decidió realizar un estudio para detectar posibles variaciones en las demandas de salud mental.

Material y métodos: Se compararon las primeras consultas atendidas entre diciembre de 2001 y junio de 2002 con aquellas atendidas entre octubre de 2004 y abril de 2005. Se buscaron diferencias en cuanto al porcentaje de derivaciones por estresores de índole laboral. En un segundo momento se valoró el papel de los estresores laborales en los cambios detectados en el perfil sociodemográfico de los pacientes.

Resultados y conclusiones: Se detectaron cambios en el perfil sociodemográfico (sexo y nivel de formación), situación laboral y en el motivo de consulta. Aumentaron las primeras consultas de los siguientes grupos: varones, con mayor nivel de formación, en paro, de baja laboral o pensionistas, y también aquellos con problemas laborales como principal motivo de consulta o agravando otros cuadros.

© 2010 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of a social and employment crisis on the demand for mental health care (Footwear Crisis, Elche 2004)

Abstract

Introduction: Between December 1999 and December 2004 the footwear manufacturing industry in Elche suffered a 24% fall in employment. In this context, it was decided to conduct study to detect possible changes in the demand for mental health care.

Material and methods: The first-time consultations between December 2001 and June 2002 were compared with those seen between October 2004 and April 2005. Differences were looked

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosj.mtnez.pastor@yahoo.es (C.J. Martínez Pastor).

for in the percentage of referrals for work-related stress factors. The role of these work-related stress factors in the changes detected in the sociodemographic profile of the patients was also evaluated.

Results and conclusions Changes were detected in the sociodemographic profile (gender and education level), employment status and reason for consultation. First consultations increased in the following groups: males, with a higher education level, unemployed, on sick leave or pensioners, and also those with employment problems as the main reason for consultation or a worsening of other health conditions.

© 2010 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad hay un interés creciente por estudiar la relación que existe entre crisis socioeconómica y salud mental. Aunque la impresión generalizada en el momento actual es que una crisis económica se traducirá en un aumento de las enfermedades mentales¹, es llamativa la ausencia de estudios en nuestro medio hasta el momento. Es por ello que ahora cobran más importancia que nunca los datos de estudios que permitan ir más allá de las meras impresiones.

Durante mucho tiempo se ha supuesto que el cambio económico afecta a la salud mental más allá de los trabajadores implicados en este. Durkheim² postuló que el cambio económico rápido provocaba varias formas de inestabilidad y conducta suicida. El estudio de Catalano³ de 1977 documentaba cómo el cambio económico se relacionaba con un incremento significativo de los acontecimientos estresantes, lo que provocaba un aumento del estado de ánimo deprimido. Weyerer y Wiedenmann⁴ en 1995 observaron asociaciones positivas entre indicadores del mercado laboral y tasas de depresión y suicidio. También, en 1997 Pritchard⁵ relacionó el desempleo con la tasa de suicidios. En el año 2000 Dooley et al⁶ señalaron que tasas elevadas de desempleo se relacionaban con un mayor riesgo de depresión. En resumen, hay datos empíricos considerables que indican que la exposición a circunstancias estresantes, en múltiples niveles de análisis, puede desempeñar un papel importante en el inicio de los trastornos del estado de ánimo.

Entre diciembre de 1999 y diciembre de 2004 la industria manufacturera de calzado de Elche sufrió una disminución del empleo del 24%, pasando de 11.415 a 8.639 trabajadores dados de alta en la Seguridad Social. Si bien el descenso se enmarcaba dentro de la misma tendencia a nivel provincial y nacional, la bajada en el caso de Elche fue especialmente aguda. De acuerdo con los datos de las oficinas del Servicio Valenciano de Empleo y Formación (SERVEF) de Elche, el 31 de diciembre de 2004 había 13.317 parados, un 24% más que el año anterior. Más del 40% del incremento del paro fue atribuible directamente a las crisis del calzado, aumentando en 1.000 los parados que habían trabajado en dicho sector antes de perder el empleo⁷. En este contexto se decidió realizar un estudio para detectar posibles variaciones en las demandas de salud mental durante ese período, tanto en el porcentaje de derivaciones por estresores de índole laboral como en el perfil sociodemográfico de los usuarios. En un segundo momento se valoró el papel de los estresores laborales en los cambios detectados en el perfil sociodemográfico.

Material y métodos

La Unidad de Salud Mental de Altabix (Elche) presta atención a una población de 125.000 habitantes. La derivación de pacientes a la misma tiene lugar mayoritariamente por parte de los médicos de atención primaria, utilizando las hojas de interconsulta que estos profesionales cumplimentan con información referida al motivo de la derivación, posible diagnóstico y tratamiento aplicado.

En el contexto de un programa de coordinación con atención primaria se recogió una primera oleada de derivaciones a salud mental entre los meses de diciembre de 2001 y junio de 2002⁸. Los datos recogidos se referían a la actividad del médico de familia (tipo de derivación, tratamientos, latencia de tratamiento), al tipo de patología derivada, a la coordinación con salud mental y al perfil sociodemográfico del paciente. Dos años más tarde, una serie de observaciones iniciales nos hicieron plantearnos la hipótesis de que el tipo de demanda asistencial a nuestra unidad estaba modificándose en relación con una serie de acontecimientos referidos a la crisis del calzado que se estaba viviendo en la comarca del Vinalopó⁹. Por este motivo se decidió realizar una segunda oleada para compararla con la primera. Se planteó la hipótesis principal de que un periodo de crisis económica en nuestra área sanitaria se relacionaba con el aumento en salud mental de usuarios con estresores de índole laboral. Se obtuvo la información referida a todas las derivaciones recibidas en la unidad de salud mental durante dos periodos de seis meses. El primer período se extendía desde diciembre de 2001 a junio de 2002 y el segundo desde octubre de 2004 hasta abril de 2005.

En el momento de la recepción de la interconsulta en la unidad de salud mental se cumplimentaba por el clínico un cuestionario diseñado al efecto por los investigadores destinado a recoger información referida a los datos sociodemográficos y a las posibles motivaciones subyacentes a la demanda de atención en la unidad de salud mental. Se establecieron los siguientes tipos de motivaciones para la demanda: presencia de problema laboral directo, problema laboral indirecto, problema familiar, problema de pareja, problema médico, problema social, problema académico, otro tipo de problema. Se consideraba el caso como problema laboral directo cuando la demanda se refería única y exclusivamente a un problema en el ámbito laboral, con independencia del diagnóstico que realizaba el clínico. Se consideraba problema laboral indirecto cuando un problema en el ámbito laboral se sumaba a problemas en otros ámbitos o agravaba lo que se consideraba el motivo de consulta principal.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Primera oleada	Segunda oleada
<i>Sexo (varones/mujeres)</i>	87/230 (27,4%/72,6%)	137/250 (35,4%/64,6%)
<i>Edad (años) media ± DE</i>	51,24 ± 17,9	45,99 ± 17,7
<i>Estado civil</i>		
Soltero	57 (26,3%)	112 (34,6%)
Casado/en pareja	121 (55,8%)	156 (48,1%)
Separado/divorciado	25 (11,5%)	33 (10,2%)
Viudo	14 (6,5%)	23 (7,1%)
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	17 (7,9%)	19 (6,1%)
Lee y escribe	40 (18,6%)	48 (15,4%)
Primarios	96 (44,7%)	83 (26,6%)
Graduado	7 (3,3%)	66 (21,2%)
Secundarios	35 (16,3%)	67 (21,5%)
Superiores	20 (9,3%)	29 (9,3%)
<i>Situación laboral</i>		
Activo	76 (35,5%)	84 (26%)
Paro	20 (9,3%)	39 (12,1%)
Baja	27 (12,6%)	67 (20,7%)
Pensionista	26 (12,1%)	56 (17,3%)
Estudia	16 (7,5%)	28 (8,7%)
Ama de casa	49 (22,9%)	49 (15,2%)
<i>Tipo de convivencia</i>		
Solo	23 (10,6%)	33 (10,3%)
Familia	149 (68,7%)	151 (47,3%)
Con pareja	28 (12,9%)	75 (23,5%)
Familia de origen	17 (7,8%)	60 (18,8%)

En cuanto al análisis estadístico de los datos recogidos, en primer lugar se realizó una estadística de tipo descriptivo para obtener una visualización de la población motivo de estudio. Para el análisis de las variables cualitativas y de la homogeneidad de las muestras se utilizó la prueba de la chi cuadrado de Pearson. Para la comparación de las medias se usó la prueba de la t de Student. Los datos fueron analizados con el software SPSS versión 15.0.

Resultados

Se recogieron un total de 704 interconsultas, 317 en la primera oleada y 387 en la segunda. Las características sociodemográficas de ambos grupos de usuarios vienen reflejadas en la [tabla 1](#).

Cuando se analizó la muestra en su conjunto buscando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el perfil sociodemográfico entre ambas oleadas se detectaron cambios entre las dos. En cuanto a sexos, la distribución de mujeres bajó en la segunda oleada (72,6% en la primera y 64,6% en la segunda), mientras que el porcentaje de varones pasó del 27,4 al 35,4 ($\chi^2 < 0,024$). En cuanto al nivel de formación, el porcentaje de usuarios con el graduado y estudios secundarios creció (del 3,3 al 21,2% en el primer caso y del 16,3 al 21,5% en el segundo), mientras que el de aquellos con menor nivel de formación (sin estudios, lee y escribe y con estudios primarios) descendió del 71,2 al 48,1%. Acerca de

la situación laboral, aumentaron aquellos usuarios de baja, en paro y pensionistas ($\chi^2 < 0,012$).

Por lo que respecta a los motivos de la demanda, resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 < 0,000$) la diferencia de porcentajes de usuarios que presentaban problemas laborales indirectos, que pasó del 7,2 al 17,3%. El porcentaje de usuarios con problema laboral directo aumentó (del 6,9 al 10,8%) si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa. En cuanto al resto de problemas, solo se hallaron diferencias significativas en cuanto a los problemas médicos, que disminuyeron del 19 al 10,3%.

Al analizar el subgrupo de usuarios que se encontraba en situación laboral distinta de la de pensionista ($n = 528$), se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de usuarios que acudía a demanda de atención en la primera oleada por un problema laboral directo y el porcentaje de ellos que lo hacía en la segunda oleada que fue de aproximadamente el doble (del 8,4 al 15,1%; $\chi^2 < 0,019$). Por otro lado, el porcentaje de usuarios que presentaban como motivo de la demanda un problema laboral indirecto pasó del 7,2% en la primera oleada al 24% en la segunda ($\chi^2 < 0,000$) ([tabla 2](#)).

Al analizar las diferencias entre oleadas en el subgrupo de usuarios con problema laboral directo, la única diferencia estadísticamente significativa se refirió al grado de formación. Por estudios, aumentó el porcentaje de graduados (del 4,8 al 37,8%), con estudios secundarios (19,0 al 24,3%) y universitarios (del 1,7 al 6,9%). Disminuyeron aquellos con

Tabla 2 Frecuencia de problema laboral en no pensionistas

Problema laboral	Primera oleada	Segunda oleada
<i>Directo</i>		
No	228 (91,6%)	237 (84,9%)
Sí	21 (8,4%)	42 (15,1%)
<i>Indirecto</i>		
No	231 (92,8%)	212 (76,0%)
Sí	18 (7,2%)	67 (24,0%)

Tabla 3 Nivel formativo de los que presentan problema laboral directo

Nivel de formación	Primera oleada	Segunda oleada
Sin estudios	1 (4,8%)	1 (2,7%)
Lee y escribe	0 (0,0%)	1 (2,7%)
Primarios	14 (66,7%)	8 (21,6%)
Graduado	1 (4,8%)	14 (37,8%)
Secundarios	4 (19%)	9 (24,3%)
Superiores	1 (4,8%)	4 (10,8%)

Tabla 4 Nivel formativo de los que presentan problema laboral indirecto

Nivel de formación	Primera oleada	Segunda oleada
Sin estudios	2 (10,0%)	0 (0,0%)
Lee y escribe	1 (5,0%)	6 (9,8%)
Primarios	11 (55,0%)	18 (29,5%)
Graduado	0	12
Secundarios	4	16
Superiores	2	9

estudios primarios e inferiores (del 66,7 al 21,6%), siendo los resultados significativos ($\chi^2 < 0,014$) (tabla 3).

En el subgrupo de problema laboral indirecto, de nuevo las únicas diferencias estadísticamente significativas se refirieron al nivel de formación. Aumentan los que leen y escriben (del 5,0 al 9,8%), los graduados (del 0 al 19,7%), con estudios secundarios (del 20 al 26,2%) y universitarios (del 10 al 14,8%), bajan los sin estudios (del 10 al 0%) y con estudios primarios (del 55 al 29,5%). Agrupados aquellos con estudios primarios o inferiores, pasan del 70 al 40% y aquellos con el graduado o estudios superiores pasan del 30 al 60% ($\chi^2 < 0,018$) (tabla 4).

En cuanto a la situación laboral, los resultados no fueron significativos. En aquellos con problema laboral directo la tendencia parecía ser que disminuían los activos, aumentando los de baja y los de paro reciente y largo. En cuanto a los que presentaban un problema laboral indirecto, parecía que disminuían los que estaban en paro reciente y largo y los estudiantes, mientras aumentaban los que están de baja y los pensionistas. El porcentaje de activos se mantuvo constante.

Discusión

Un amplio corpus de investigación indica que la exposición a experiencias vitales estresantes puede constituir un

importante vínculo entre el entorno social y el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo¹⁰⁻¹³. Los acontecimientos vitales agudos son factores estresantes diferenciados y observables, mientras que el estrés crónico se refiere a problemas continuos que pueden dividirse entre unos mayores y relacionados con el rol, y otros menores que suelen denominarse problemas cotidianos¹⁴. La literatura sobre el estrés identifica los macrofactores estresantes como un subtipo diferente de estrés¹⁵. Los macrofactores estresantes son los factores estresantes sistemáticos y a gran escala, como por ejemplo los cambios y las recesiones económicas importantes. Los indicadores agregados de este tipo de cambios se han relacionado también con las tasas de problemas de salud mental¹⁶.

Los resultados del presente estudio apuntan a una relación directa entre un período de crisis económica y el aumento de demandas en salud mental por problemas laborales, que resultan ser el doble cuando se trata del único motivo de la derivación y del triple cuando forman parte de la demanda o agravan la misma. De una oleada a otra aumentó el porcentaje de varones y de usuarios con el graduado y estudios superiores. También creció el porcentaje de usuarios de baja y en paro de corta y larga duración.

Diferentes autores han mostrado que el desempleo es un factor que afecta a la salud mental¹⁷, hallándose diferencias según el perfil social de los individuos. En el estudio de Breslin y Mustard¹⁴ el desempleo era causa de estrés y de depresión en adultos de 31-50 años, mientras que el hallazgo no se repitió en jóvenes de 18-30 años, apuntan los autores que posiblemente debido a la ausencia de cargas familiares y a no considerar la posibilidad de haber quedado excluidos definitivamente del mercado laboral. Artazcoz et al¹⁸ mostraron que el desempleo tenía mayor repercusión sobre la salud mental de los hombres, relacionándose con sus responsabilidades familiares y la clase social. Mientras que en los hombres el matrimonio empeoraba su respuesta psicológica al desempleo, en las mujeres, el estar casada y con hijos actuaba como factor protector frente al estrés que supone perder el trabajo.

Cuando se analizó el conjunto de usuarios con problemas laborales, fueran directos o indirectos, se observó que aparecía la misma tendencia que en la muestra sin aplicar ningún filtro en cuanto al aumento en el porcentaje de varones, aunque en este caso no era estadísticamente significativa. En cuanto al grado de formación, el cambio era similar al de la muestra completa, en el sentido de aumentar el porcentaje de graduados y con estudios superiores y disminuir el de aquellos con menor formación. Para el análisis de estos datos hay que tener en cuenta que el nivel educativo de la población de Elche es más bajo que el del conjunto de España y posiblemente se relacione con la importancia de la clase trabajadora en su población, ya se compare con el resto de la provincia o de España. Este bajo nivel de cualificación caracteriza a sectores intensivos en mano de obra, donde ciertas profesiones se aprenden con la práctica y frecuentemente en el mismo hogar, dándose la incorporación al mercado laboral en edades tempranas. En relación con la media nacional Elche tiene un 5% más de población sin estudios o con estudios primarios y un 10% menos con estudios. Según el INEM, el paro descendió entre los titulados superiores y creció en el resto, especialmente en aquellos con estudios primarios o inferiores. De manera

que el aumento de las demandas por problemas laborales no se debió a aquellos que se suponía presentaban mayores tasas de paro. Para explicar este dato estimamos que se deberían considerar otros factores, como la forma de afrontamiento del individuo (por ejemplo, la percepción de una pronta reincorporación al mundo laboral) o cómo afecta la caída en el empleo en un sector clave de una comunidad al resto de los sectores de dicha comunidad.

Un dato que también merece ser analizado es la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas oleadas en la situación laboral de aquellos que presentaban problemas laborales, ya fueran directos o indirectos. Aunque hubo un aumento en el porcentaje de usuarios con problemas laborales, no se detectaron diferencias en su estatus laboral, de manera que no se evidenció un aumento de parados, pese a los datos del INEM. Aunque deberíamos ser cautos en su análisis debido a la economía sumergida, dicha falta de correspondencia apunta a que el aumento de la demanda debida a la crisis no se relaciona directamente con la pérdida de empleo, por lo que para su explicación se deben tomar en cuenta factores más complejos que la simple correspondencia entre paro y demanda en salud mental. Por un lado, se tendrían que considerar todas aquellas demandas relacionadas con problemas laborales pero ajenas a la clínica, como puede ser la necesidad de informes con fines legales (por ejemplo, solicitar pensiones por discapacidad o demandas a la empresa). Otra parte de la demanda podría explicarse mediante lo que Ortiz Lobo y de la Mata Ruiz definen como colonización psiquiátrica de la vida cotidiana^{19,20}, donde situaciones de dolor y sufrimiento legítimos son descontextualizadas de la biografía del individuo, de su entorno social, y son recodificados como problemas a los que corresponde una respuesta sanitaria. De esta manera la salud mental se puede convertir en una coartada individualizada frente a situaciones sociales injustas, respaldando el debilitamiento de las redes tradicionales de contención o llenando el vacío que dejan otras instituciones o agencias del estado en proceso de derribo: prejubilados en busca de pensión, víctimas de relaciones laborales injustas que el propio sindicato conduce a los centros de salud mental... Los mismos autores apuntan otro riesgo que corre la salud mental, que es el de fomentar un adaptacionismo, donde el diagnóstico transfiere la causa del malestar del individuo del ambiente al organismo que no se ajusta, de manera que es responsabilidad del individuo adaptarse a la nueva situación, por muy injusta que sea. Es probable que en nuestra área, a consecuencia de la crisis aumentaran los casos de una patología de nuevo diagnóstico como el *mobbing*, las preocupaciones ante un horizonte laboral incierto o simplemente empeoraron las condiciones laborales. Thorlacius y Olafsson²¹ describieron cómo las fluctuaciones en las tasas de desempleo se correspondían con un aumento en la incidencia de pensiones de discapacidad física o mental. Concluían que aunque la salud física y mental son los mayores determinantes en la incidencia de las pensiones de discapacidad, hay fluctuaciones marginales que parecen relacionarse con factores ambientales en el mercado de trabajo, especialmente la tasa de desempleo.

Una de las limitaciones de este estudio es metodológica, pues no se usó una muestra de control que detectara un efecto de cohorte ni se consideraron hipótesis alternativas a la crisis económica en el cambio en la demanda.

Cabe señalar que durante el período del estudio no varió el tamaño de la población atendida ni los dispositivos de atención. El presente trabajo se centró en la demanda en salud mental y no en la patología mental propiamente dicha, por lo que no se pudieron establecer paralelismos entre crisis económica y psicopatología; tampoco se valoraron factores relacionados con el tipo de trabajo ni la relación del usuario con la crisis del calzado ni si la demanda no era clínica, siendo estas las principales limitaciones del estudio. Sin embargo, sí se pudo establecer la coincidencia en el tiempo de la crisis en el sector del calzado y el cambio del perfil de la demanda y del usuario en nuestra unidad de salud mental y cómo el cambio en el perfil del usuario fue debido al menos parcialmente a aquellos con problemas laborales.

Con los datos del presente estudio estimamos que no se puede reducir la crisis económica a un macrofactor estresante origen de psicopatología susceptible de tratamiento, sino que debería ser considerada como el origen de una serie de demandas en salud mental que solo en parte tendrían una relación directa con la clínica. De esta manera nuestro horizonte se amplía, pues por un lado tenemos el estrés y otra psicopatología relacionada con problemas laborales, por otro lado demandas que no tienen que ver con la práctica clínica, y en medio, la colonización de la vida cotidiana por una psiquiatría que difumina los límites de la enfermedad y en consecuencia nuestras competencias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. El ministerio de sanidad y consumo crea el observatorio de la salud mental con la fundación nacional de psiquiatría. Disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1313>. Último acceso: 20 de diciembre de 2009.
2. Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal; 1992.
3. Catalano R, Dooley CD. Economic predictors of depressed mood and stressful life events. *J Health Soc Behav*. 1977;18:292–307.
4. Weyerer S, Wiedenman A. Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychol Rep*. 1995;76(3 Pt 2):1331–41.
5. Pritchard C, Cox M, Dawson A. Suicide and 'violent' death in a six-year cohort of male probationers compared with pattern of mortality in the general population: evidence of accumulative socio-psychiatric vulnerability. *J R Soc Health*. 1997;117:180–5.
6. Dooley DP, Ham-Rowbottom KA. Underemployment and depression: longitudinal relationships. *J Health Soc Behav*. 2000; 421–36.
7. Cachón Rodríguez L. Bases sociales de los sucesos de Elche de septiembre de 2004. Crisis industrial, inmigración y xenofobia. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría de estado de inmigración y emigración. Observatorio permanente de la inmigración. Madrid, 2005.
8. Martí Martínez AF, Fenollar Iváñez F, García Escudero, MA. Martínez Pastor CJ. Análisis descriptivo de las derivaciones a un centro de salud mental (USM Altavix-Elche). Congreso nacional de psiquiatría, Valencia, 2008.

9. Lorenzo C. Intereses contrapuestos y racismo. El incendio de los almacenes chinos en Elche (septiembre 2004). *Circunstancia*; Mayo 2006. p. 1–19.
10. Abas M, Robinson E, Crampton P. More deprived areas need greater resources for mental health, *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:437–44.
11. Peen J, Dekker J. Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. *Soc Sci Med*. 2001;53: 1–8.
12. Pritchard C. Psychiatric targets in “Health of the Nation”: regional suicide 1974-1990 and employment prospects in 1990-1994 in Britain: Precursors of failure? *J R Soc Health*. 1995;115:120–7.
13. Wiedenmann A. Testing Durkheim’s theory of suicide: additional results from Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244:284–6.
14. Breslin FC, Mustard C. Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29:5–14.
15. Williams DR. Perspectivas sociales de los trastornos del estado de ánimo. En: Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF, editores. *Text book of mood disorders*. Barcelona: American Psychiatric Publishing; 2006. p. 131–43.
16. Dooley D, Catalano R. Introduction to underemployment and its social costs. *Am J Community Psychol*. 2003;32:1–7.
17. Ensminger ME, Celentano D. Unemployment and psychiatric distress: social resources and coping. *Soc Sci Med*. 1988;27:239–47.
18. Artazcoz L, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;82–8.
19. De la Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. La colonización psiquiátrica de la vida. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*. 2007;39–50.
20. Ortiz Lobo A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Atopos*. 2008:26–34.
21. Thorlacius S, Olafsson S, Rafnsson V. Changes in the prevalence of disability pension in Iceland. *Scand J Public Health*. 2002;1976–96.