



Facultad de Medicina



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ**

**Discapacidad y costos indirectos asociados al tratamiento de la depresión en
pacientes del servicio de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente”**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

MAURICIO PALMA CORTES

Tutor Teórico: Dra. Claudia Becerra Palars

Tutor Metodológico: Dra. María del
Carmen E. Lara Muñoz

México, D.F., a 13 de mayo de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Agradezco a las Dras. Claudia Becerra Palars,
Carmen Lara Muñoz y Martha Patricia Ontiveros
por su apoyo y dirección para llevar acabo este proyecto.*

*A mi familia (en extenso) y amigos
gracias infinitas...*

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCION	4
PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVO ESPECÍFICO	10
MATERIAL Y MÉTODOS	10
TIPO DE ESTUDIO	10
PACIENTES	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	11
PROCEDIMIENTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.4
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.5
IMPLICACIONES ETICAS	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS	27
ANEXOS	29
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	29
II. ESCALAS APLICADAS	31

INTRODUCCION

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales versión IV-TR establece los siguientes criterios para el trastorno depresivo, los cuales deben de persistir por un mínimo de dos semanas e interferir con diversos aspectos de la vida del paciente (rendimiento escolar, laboral, vida social, etc.):

- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto);
- disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- insomnio o hipersomnia casi cada día
- agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- fatiga o pérdida de energía casi cada día
- sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El manejo de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) depende de diversos factores tales como la severidad, duración, presencia de síntomas de elevación del estado de ánimo, historia de TDM previos, etc. El abordaje terapéutico incluye diversos tipos de intervenciones tales como el uso de medicamentos, psicoterapia e incluso terapia electroconvulsiva. Son varios los medicamentos antidepresivos usados para el manejo del TDM, los cuales han sido aprobados y comparados mediante diversos estudios clínicos. Dicho tipo de estudios calculan la efectividad, eficacia y utilidad de las distintas modalidades de tratamiento.

EFICACIA, EFECTIVIDAD Y UTILIDAD

Se debe de tomar en cuenta la diferencia que existe entre medir la efectividad, eficacia y utilidad

de una intervención. Su puede definir la eficacia¹ como el resultado de la combinación óptima de los insumos en condiciones ideales, es decir, en estudios clínicos controlados, en donde se intenta controlar diversas variables que pudieran tener algún tipo de efecto en el resultado (factores ambientales, sociales, etc.); a diferencia de la efectividad, la cual mide dichos resultados siempre en condiciones reales (no controladas). La efectividad puede ser medida con parámetros muy diversos que dependerán del tipo de intervención en estudio (por ejemplo, reducción en puntaje de clinimetría vs. la presencia de efectos adversos). Una manera de presentar resultados de tal manera que permitan comparar unidades de medida de efectividad diversas es el cálculo de la utilidad. Dichas unidades de medida son múltiples, por ejemplo los años de vida potencialmente perdidos, el número necesario a tratar (NNT), años de vida ajustados a discapacidad (DALY), años de vida ajustados a calidad (QALY), etc.¹

El termino QALY se utilizó por primera vez por Zeckhauser y Shepard en 1975 para indicar un resultado en términos de salud como unidad medible la cual combina la duración y la calidad de vida. El concepto del cual surgieron los QALY viene de 1970 cuando Fanshel, Bush y Torrance quienes desarrollaron el “índice de estatus de salud”, aunque en 1968 Klarman estudió pacientes con enfermedad renal crónica en términos de un ajuste subjetivo en la calidad de vida. Pliskin et.al. en 1980 demostró que para maximizar los QALY se deberían de cumplir ciertas condiciones: independencia entre años de vida y estado de salud y neutralidad en el riesgo de los años de vida. Dichos conceptos y condiciones han sido revisados y discutidos por varios autores como Myamoto y Eraker (1985), Loomes y McKenzie (1989), Mehrez y Gafni (1989). En 1992 fue publicada una extensa revisión de 51 evaluaciones económicas que utilizaban QALY como medida de unidad final (Gerard 1992). Unos años después los QALY fueron aceptados como estándar de referencia en análisis de costo efectividad (Gold et al. 1996; McPake et al. 2002; Drummond et al. 2005). Hoy en día los QALY son utilizados en la mayoría de las evaluaciones económicas y por muchas agencias reguladoras que han hecho de los análisis de costo efectividad una parte integral en la toma de decisiones. Los QALY además han servido como marco de referencia para el desarrollo de otro tipo de medidas en términos de salud, como los DALY a principios de los 1990s. Los DALY son principalmente una medida de carga de la enfermedad y su uso en análisis de costo efectividad también es frecuente. Los DALY difieren de los QALY en varios aspectos. Los DALY incorporan una función de peso por edad, en el cual se asigna un peso diferente a los años de vida vividos en diferentes edades; además, el origen de la discapacidad y la calidad de vida difieren significativamente. La discapacidad se calcula mediante procedimientos descritos por Murray (1994) y Hanson (2001) y asumen que es constante, mientras que el cálculo de los QALY, también elaborado, permite cambios en el estado de salud a lo largo del tiempo.²

En la década de los noventas, la economía de la salud cobra mayor importancia en

Latinoamérica al buscar estudiar los costos relacionados con el proceso de atención a la salud. Estimar los costos en intervenciones en salud es importante para el establecimiento de políticas en salud por diversas razones, incluyendo el hecho de que los resultados pueden utilizarse como herramienta para la asesoría y mejora de los procesos de atención a la salud, financiamiento de los sistemas de salud, distribución de presupuestos y recursos. Clínicamente es una herramienta más en la toma de decisiones terapéuticas.^{3,4}

COSTOS EN SALUD

Se pueden encontrar diversas clasificaciones de costos en salud, la más frecuente es la que divide a los costos en directos e indirectos. Los costos directos representan los recursos consumidos por una intervención en salud y sus eventos asociados. Por ejemplo, los costos directos en atención primaria a la salud incluyen salarios del personal, medicamentos y costos capitales derivados del equipo médico y el bien inmueble. Los costos indirectos pueden ser tangibles (pérdida o aumento en la productividad) o intangibles (costo del dolor, sufrimiento, incertidumbre). Debido a que los costos indirectos no cuentan con un valor de mercado, el valor que se les asigna se les conoce como “precios sombra”, sin embargo la manera en que se les asigna no está bien establecida o condensada.⁵

Si se incluye un estudio de costos, podemos obtener la diferencia de costos entre distintas intervenciones en salud y calcular el costo asociado por DALY. Otro beneficio de incluir un estudio de costos para la toma de decisiones en salud es debido al impacto que estos, y la situación económica del paciente, tienen en las tasas de abandono y apego al tratamiento. Los resultados finales se expresan como índice de costo efectividad, por ejemplo, el costo incremental por DALY. Se dice que una intervención es costo efectiva cuando el índice de costo efectividad se encuentra entre una y tres veces el producto interno bruto (PIB) per cápita, muy costo efectiva si es menor a un PIB per cápita y en caso de ser mayor a tres PIB per cápita no es costo efectiva (OMS 2005). La Organización Mundial de la Salud (2005) establece que para la región a la que pertenece México (Américas B) el PIB per cápita es de \$9,790 dólares americanos (USD), por lo que una estrategia costo efectiva es aquella cuyo valor oscila entre \$9,970 y \$29,371 USD.⁶

PREVALENCIA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, establece que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres.⁶ Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una

importante estigmatización que conlleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad por sí misma. En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, lo cual considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas, siendo estas la esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.⁷ Se estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.⁸

Entre los trabajos previos, cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en la cual se buscó investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Se encontró que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado (8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres).⁹

Belló y colaboradores en un estudio realizado en México en el 2005 encontró que la prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres). Observaron que la prevalencia se incrementó con la edad y disminuyó al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia fue más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. De las mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19 y el de individuos con tratamiento de 6.1.¹⁰

CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

La carga global de la enfermedad (CGE) es una evaluación regional y global de mortalidad y discapacidad de 107 enfermedades y lesiones y 10 factores de riesgo. Parte de un estudio realizado por la OMS, su objetivo es proveer información y realizar proyecciones acerca de la carga de las enfermedades en una escala global. El proyecto CGE inició en 1992 y es un esfuerzo conjunto entre la OMS, el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard. El proyecto original estima diferencia en estados de salud en términos de DALYs para ocho regiones del mundo. Provee un acercamiento estandarizado a la asesoría epidemiológica y utiliza una unidad de medida estándar para permitir comparaciones entre diferentes enfermedades. Los principales objetivos son: incorporar información en estados finales de salud diferentes a la muerte (años de vida saludables perdidos, años de vida vividos con discapacidad, severidad de discapacidad), asegurar que todos los cálculos y proyecciones deriven de métodos epidemiológicos y demográficos objetivos, estimar la carga de la enfermedad en términos medibles para el análisis de costo efectividad de diversas intervenciones en salud (DALYs).

La CGE puede entenderse como la diferencia que existe entre un estado de salud actual y un estado ideal en el cual todos viven hasta edades avanzadas libres de enfermedad y discapacidad. Algunas causas que favorecen estas diferencias son la muerte prematura, discapacidad y la exposición a factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la enfermedad.

La siguiente tabla muestra los resultados que Eaton y cols (2009) obtuvieron al realizar una revisión de información en CGE publicadas en la literatura mediante la revisión de la información de diversas encuestas nacionales americanas y canadienses. Estimaron la discapacidad y costo anual de tratamiento de 11 trastornos mentales. Identifican que el TDM ocupó el tercer lugar en discapacidad (precedido de la esquizofrenia y el trastorno bipolar) y en costo anual de tratamiento (posterior al abuso de etanol y sustancias psicoactivas).¹¹

“Carga Global de la Enfermedad en los principales Trastornos Psiquiátricos”

Trastorno	CGE*	%CPES discapacidad severa por DSD**	Costo anual en billones de USD
T. De Angustia	0.17	47	30.4
Fobia Social	NA	36	15.7
Fobia Específica	NA	19	11
<i>T. Depresivo Mayor</i>	<i>0.35***</i>	<i>58</i>	<i>97.3</i>
T. Obsesivo Compulsivo	0.13	47	10.6
<i>Abuso/Dependencia a Sustancias</i>	<i>0.25</i>	<i>39****</i>	<i>201.6</i>
<i>Abuso/Dependencia a Etanol</i>	<i>0.16***</i>	<i>14****</i>	<i>226</i>
T. De Personalidad	NA	NA	NA
Esquizofrenia	0.53***	NA	70
T. Bipolar	0.4***	83	78.6
Demencia (>65 años)	NA	NA	76

*Peso de discapacidad en la CGE por Murray y López, no tratados, gpo etario 15-44 años.
**Porcentaje con marcada o extrema discapacidad según la Escala de discapacidad de Sheehan (SDS) utilizando componentes de la Escala Epidemiológica de Colaboración Psiquiátrica (CPES).
*** Peso de discapacidad según Mathers et.al.
**** Sólo dependencia.

IMPACTO DE LA DEPRESION EN LA CGE

Hoy en día es reconocida la inmensa carga de la depresión en los individuos, comunidades y servicios de salud alrededor del mundo. Las estimaciones de CGE en el 2000 indican que la depresión unipolar contribuyen al 4.4% de la CGE global (65 millones de DALYs perdidos), siendo similar a la reportada para enfermedad isquémica coronaria, enfermedades diarreicas y el asma bronquial asociado a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OMS 2002). La pregunta es ¿qué se puede hacer para disminuir dicho impacto y a qué costo? Es aquí en donde juega un papel importante la determinación costo efectividad de distintas intervenciones en salud (farmacológicas, psicosociales, etc.) en el tratamiento y manejo del TDM. La OMS realizó un análisis de costo efectividad sectorial (WHO-CHOICE) en el 2004. Incluyó el uso de distintos medicamentos antidepresivos como único manejo y asociado a cuidados primarios del paciente y el uso de psicoterapia, buscó comparar los índices de costo efectividad entre dichas intervenciones a lo largo de las distintas regiones del mundo. Encontraron que para la región de las Américas B (a la que pertenece México), la estrategia más costo efectiva resultó ser el uso de ATC, seguido de su combinación con psicoterapia, lo cual va en contra de lo que la guía de tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor indica.¹²

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los costos indirectos asociados al tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor en la consulta externa en el INPRF a lo largo de un año?

¿Cuál es el grado de discapacidad asociada a dicha población?

JUSTIFICACIÓN

Los recursos económicos destinados a la atención de la salud mental son escasos, pero la demanda de servicios de salud mental incrementa constantemente. Factores éticos, socio políticos y económicos dictan la necesidad para el uso eficiente de recursos. La información de

costos es esencial para mejorar la eficiencia económica en el cuidado de la salud. Por lo tanto, la metodología de costos apropiada es vital para reducir el impacto negativo de decisiones mal informadas. A pesar de ello el cálculo de costos posee diferentes significados y dependen del propósito para el cual son usados. Por ejemplo, el objetivo de determinar los costos en evaluaciones económicas es para maximizar el beneficio en el uso de recursos de acuerdo al valor ético de la sociedad y no para ahorrar dinero. Existen otras perspectivas de determinación de costos como la toma de decisiones a partir del análisis de costos y los estudios del gasto de una enfermedad en particular. A pesar de lo reportado en la literatura internacional, aún falta mucho por saber respecto a los costos asociados a la atención de la salud mental en México.

Al incluir un estudio de costos indirectos y discapacidad, podemos obtener la diferencia en el costo entre distintas intervenciones en salud y calcular su asociación con los DALY. Otro beneficio de incluir un estudio de costos para la toma de decisiones en salud es debido al impacto que estos, y la situación económica del paciente, tienen en las tasas de abandono y apego al tratamiento.

Este estudio busca describir el costo indirecto y el grado de discapacidad presentada, a lo largo de un año, en pacientes deprimidos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los costos indirectos y la discapacidad presentada en pacientes con diagnóstico de TDM en el INPRF.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir la manera en la que se distribuyen los costos indirectos en la atención de los pacientes.

Analizar el impacto que los costos tienen a nivel social.

Describir el grado de discapacidad existente asociada al TDM en la población de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

PACIENTES

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que hayan ingresado por primera vez a recibir atención en los servicios de Consulta Externa en el periodo de un año. Se revisó el expediente clínico de cada uno y se realizaron entrevistas a los pacientes. Tomando en cuenta que se captan un promedio de 5 pacientes de primera vez por semana en el INPRF con diagnóstico de depresión, se captaron 100 pacientes en los cuales se registraron los costos indirectos que cada paciente haya generado a lo largo de un año de tratamiento previo a la evaluación. Este estudio se llevó a cabo de manera conjunta con la tesis de grado del Dr. Jeremy B. Cruz Islas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Diagnóstico de trastorno depresivo mayor de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- Ambos sexos
- Edad entre 18 - 60 años
- Cooperación para el estudio y firma de consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Dificultad para comunicarse y cooperar
- Retraso mental
- Dependencia a sustancias psicoactivas
- Diagnóstico de depresión bipolar.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Se utilizó el formato de datos clínicos y demográficos para obtener las características generales de cada paciente. Dicho formato incluyó la siguiente información :

- Datos demográficos:
 - Nombre
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación / estatus laboral
 - Estado civil
 - Antecedentes heredofamiliares
 - Nivel de escolaridad

- Número de integrantes en la familia
- Datos clínicos:
 - Diagnóstico en Eje I de acuerdo al DSM iV-TR
 - Diagnóstico en Eje III
 - Severidad del episodio depresivo
 - Intervenciones psicoterapeúticas
 - Atención en otros servicios : atención primaria, otros especialistas, otro tipo de servicios.
 - Tratamiento farmacológico durante el periodo de tiempo de la evaluación
 - Diagnóstico en Eje III

INSTRUMENTOS DE MEDICION

La escala HAM-D es utilizada para medir la severidad de la depresión, no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Desde su publicación inicial en 1960, ha sido aceptada como el estándar de la evaluación para depresión clínica. La escala original consta de 17 variables. De estos, diez se califican de 0 a 4 y once de 0 a 2, dando un total que va desde 0 hasta 62 puntos. Su amplia aceptación y utilización prueban su validez de apariencia y su validez de contenido se manifiesta por el hecho de que la mayoría de los investigadores emplean la versión original. Además de la sensatez esta escala reúne los criterios de confiabilidad y validez. La consistencia interna medida con el alfa de Cronbach, se ha reportado de 0.48 a 0.85 antes del tratamiento, y de 0.76 a 0.92 después del tratamiento. La correlación entre evaluadores ha sido reportada hasta de 0.94. En cuanto a la validez, en estudios de pacientes deprimidos se han demostrado correlaciones altas 0.84, 0.89 y 0.90, entre las puntuaciones de Ham-D y evaluaciones clínicas globales de severidad. Esta escala se ha empleado para cuantificar el grado de síntomas depresivos en pacientes que no tienen enfermedades depresivas primarias por ejemplo en personas con cefalea tipo migraña, dolor facial atípico, trastorno obsesivo compulsivo, alcoholismo, esquizofrenia, etcétera.

La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Beach son los siguientes:

0-7: sin depresión

8-12: depresión menor

13-17: menos que depresión mayor

18-29: depresión mayor

30-52: más que depresión mayor

El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación igual o mayor a 18. Se considera remisión la puntuación igual o menor a 7.

ESCALA SAGE Y SUQ

Se realizó la versión del hogar de la escala SAGE y la Escala de Uso de Servicios, SUQ por sus siglas en inglés (Service Utility Questionnaire). La primera describe, a partir de variables económicas, cómo es el flujo de ingresos y egresos de dinero dentro de la familia (salarios, deudas, gastos, etc). El SUQ incluye información acerca de los servicios en salud a los que el participante ha acudido en el último bimestre, las ocasiones en las que se han presentado o no otros EDM, cambios en el tratamiento, etc.

SHEEHAN Y WHODAS II

Se evaluó mediante la aplicación de las escalas de discapacidad de Sheehan y la versión autoaplicable de 36 ítems de la escala WHODAS II. La escala de discapacidad de Sheehan se diseñó para evaluar la disfuncionalidad en cuatro dominios interrelacionados; trabajo/hogar, vida social y relaciones sociales. Es una herramienta autoaplicable en la cual el paciente califica en qué medida sus síntomas le dificultan llevar a cabo sus responsabilidades sociales, familiares y laborales. Se utiliza una escala visual análoga del 0 al 10. Además de la escala numérica, utiliza una breve descripción simultáneamente para evaluar el grado de discapacidad en un continuum. El rango numérico puede ser descrito a manera de porcentaje si se desea. Los ítems también pueden ser sumados de tal manera que 0 es sin discapacidad y 40 altamente discapacitado. No existe una medida de corte, más bien interesaría el cambio en los resultados a lo largo del tiempo, sin embargo un puntaje arriba de 5 en cualquier dominio implica una disfunción significativa. La sensibilidad de la escala en pacientes con depresión es del 83%, la especificidad es del 69%.¹³

El Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS) (por sus siglas en inglés, World Health Organization Disability Assessment Scale) evalúa el nivel de deterioro y la evolución del deterioro a discapacidad, dependiendo de si la severidad limita o no la capacidad del individuo para desarrollar su función social. Está constituida por 8 áreas que son evaluadas por un entrevistador:

1. Total: evalúa la salud física, mental y la salud en general.
2. Comprensión y comunicación
3. Capacidad para moverse en su alrededor
4. Cuidado personal
5. Relación con otras personas
6. Actividades de la vida diaria
7. Actividades escolares o de trabajo
8. Participación en la sociedad

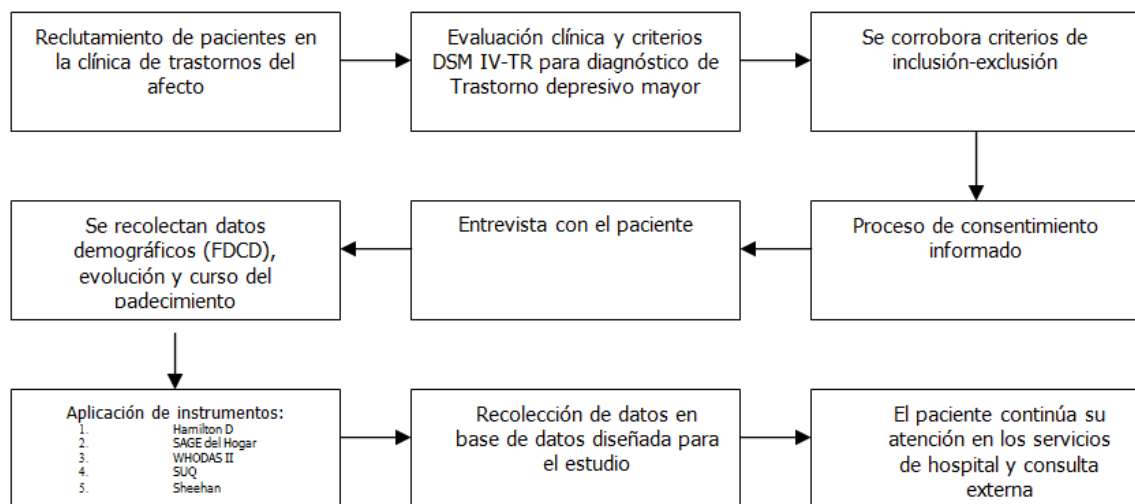
Por un lado se le pide al paciente que evalúe ciertas capacidades en una escala del 1 al 5, en donde 1 es sin dificultad y 5 es una dificultad extrema. Posteriormente se le pide que comente

cuantos días en el último mes se ha presentado tal dificultad. Es así como se obtiene a manera de proporción la discapacidad, en donde 1.0 es total discapacidad y 0.0 es sin discapacidad. Tal proporción fue multiplicada por el número de días al mes en los cuales se presentó tal dificultad obteniéndose así los días al mes perdidos y los días al mes ajustados a discapacidad (30 menos los días perdidos).

PROCEDIMIENTO

Se realizó el reclutamiento en el área de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento verbal para asistir a la primera entrevista. En esta primera entrevista se realizó una explicación más profunda del estudio y se les entregó el formato de consentimiento informado (Anexo 1). Una vez firmado el consentimiento informado éste se completó el “Formato de Datos Clínicos Demográficos” (FDCD) de cada uno de los pacientes. Para el llenado correcto del FDCD se realizó un interrogatorio directo con el paciente y su familiar (es), con un contacto estrecho y pleno conocimiento de la evolución del padecimiento.

Una vez completado el FDCD se llevó a cabo la entrevista SAGE para la obtención de los gastos correspondientes (costos indirectos). Se dió la escala autoaplicable Sheehan de Discapacidad y se les aplicó la escala WHODAS II.



RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- Se solicitó el apoyo al personal de la Consulta Externa el contacto de los pacientes de primera vez que comienzan a recibir atención en dicho servicio.

- El investigador principal contactó directamente al paciente y sus familiares para la autorización de ingreso al estudio y recabar la firma del consentimiento informado.
- El investigador principal vació los datos recabados del paciente y familiares en el formato de recolección de datos de cada paciente
- Se utilizó material de papelería básica para la recolección de datos, como papel, lápiz y fotocopias.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas, clínicas y costos de la muestra se realizaron mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. De igual manera fueron analizados los resultados de las escalas de discapacidad.

IMPLICACIONES ETICAS

A todos los sujetos y familiares se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, se firmó ante dos testigos y el médico responsable. El proyecto fue aprobado por el comité científico y por el comité de ética del INPRF. Se les explicó que el no participar en el proyecto no los excluye de recibir atención médica y que si se retiraba del mismo, no se afectaría su tratamiento. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dió otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

Se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que se recolectaron datos directamente del paciente y sus familiares, utilizando el formato de recolección de datos creado específicamente para este estudio.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de cien ($n=100$) pacientes, de los cuales el 82% fueron mujeres y 18% hombres. La media de edad fue de 43 años (21 a 67 años). En cuanto a la religión referida por los pacientes, el 81% son católicos, 7% testigos de Jehová, 2% otra religión y el 10% no profesaban ninguna religión. Los pacientes entrevistados acuden a este Instituto del Distrito Federal (65%), zona metropolitana (28%) y de otros estados de la república en el 7% de los casos. Cuarenta y un por ciento son casados, el 40 % solteros o divorciados y el 19% vive en unión libre (ver tabla I).

Referente a los años de estudio, 34% cuentan con estudios de licenciatura, 18% bachillerato, 24% secundaria, 14% primaria completa, 7% primaria incompleta y 3% niegan escolaridad alguna. El 55% de la muestra cuenta con trabajo mientras que el 45% se encuentra desempleado. En cuanto al tipo de trabajo se encontró que el 8% se dedican al hogar, uno es profesionalista independiente, 3% tienen trabajo eventual, el 19% tienen un negocio propio, el 15% son empleados de empresas privadas y el 9% refirieron ser empleados de gobierno. Aquellos que no trabajan (n=45), el 28.9% reportaron no hacerlo por problemas emocionales (n=13), 11.1% se encuentran jubilados (n=5) y el 60% por otras causas (n=27).

Dentro de los datos generales recabados se incluyeron reactivos encaminados a describir algunos factores relacionados con el episodio depresivo. De tal manera encontramos que la mayoría de los pacientes (31%) iniciaron con sintomatología depresiva entre los 18 y los 30 años de edad, el 18% entre los 41 y 50 años, 16% entre los 31 y 40 años, 16% antes de los 13 años, 10% entre los 13 y 17 años, y el 9% después de los 50 años. En cuanto a la edad en la que recibieron atención para dicha sintomatología por primera vez encontramos que el 31% lo recibió entre los 31 y 40 años, el 30% entre los 18 y 30 años, el 19% entre los 41 y 50 años, 17% después de los 50 años, y solo el 3% antes de los 18 años. Al recibir dicha atención, el 51% comentó haber acudido con un psiquiatra, el 25% con un médico general, 21% con un psicólogo y el 3% con otro tipo de profesionalista. Sin embargo, a su llegada a esta Institución, el 59% no había sido atendido anteriormente tratado. En cuanto a las creencias relacionadas con su padecimiento (depresión) el 55% aseguraban que se debía a una alteración en su capacidad de sentir y pensar secundarias a un trauma, el 34% lo creen secundario a una alteración en las sustancias químicas de su cerebro y el 11% lo explican por otras causas (ambientales, mala actitud de otros y magia). El 59% de los pacientes reportaron haber tenido cuatro o más episodios depresivos previos al actual, el 16% uno previo, el 15% tres episodios previos, y el 10% dos episodios previos.

Con respecto a la evolución del episodio depresivo actual, el 95% refirieron mejoría con el tratamiento recibido, aunque solo el 58% han logrado permanecer por más de 6 meses asintomáticos. Del total de la muestra, 65 pacientes refirieron haber abandonado en alguna ocasión el tratamiento farmacológico por más de 15 días; de ellos el 78.4% lo hizo por problemas económicos, 12.3% por notar mejoría en sintomatología y el 9.2% por que no notaron mejoría y por otras causas. En general, el 51% de los pacientes han utilizado un solo antidepresivo, pero al 21% se les ha cambiado en dos ocasiones, al 12% en tres ocasiones y al 4% en cuatro o más ocasiones. La razón principal para el cambio de tratamiento fue por no notar mejoría con el previo (67.3%), seguido de molestias físicas al tomarlo (14.3%), problemas económicos (12.2%) y por otras causas (6.1%). Los puntajes de la escala de Hamilton fueron: 44% depresión leve (8 a 13 puntos), 41% sin depresión (0 a 7 puntos), 14% depresión moderada (14 a 18 puntos) y 1% depresión severa (19 a 22 puntos).

Al hablar del tema de la atención con su médico, el 92% refieren que la calidad de la información brindada sobre su padecimiento es buena o muy buena, 7% la califican como regular y el 1% mala. Once participantes comentaron que la opinión de sus familiares y amigos respecto al uso de medicamentos podría influir en la toma de los mismos. Respecto a la modalidad de tratamiento psicoterapéutico, tan solo el 41% refieren recibirla o haberla recibido (de manera interna y/o externa), siendo el tipo más frecuente la terapia cognitivo conductual (n=23). Del total de la muestra (n=100), 81 participantes no contaban con comorbilidad en el Eje III, aquellos que si contaban con ella presentaban hipertensión arterial sistémica (n=11), diabetes mellitus (n=4), hipotiroidismo (n=2), insuficiencia renal (n=1) y enfermedades reumatológicas (n=1).

TABLA 1. Características generales de los pacientes estudiados							
Variable	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Variable	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Edad				Estado Civil			
18-24 años	3	3	6	Soltero/Divorciado/viudo	9	31	40
25-34 años	5	17	22	Casado	5	36	41
35-44 años	4	22	26	Union Libre	4	15	19
45-54 años	3	22	25	Trabaja			
55 o mas	3	18	21	Si	10	45	55
Religión				No	8	37	45
Catolica	13	68	81	Tipo de Trabajo			
T. Jehova	1	6	7	Empleado de gobierno	3	6	9
Otras	0	2	2	Empleado en empresa privada	3	12	15
Ninguna	4	6	10	Negocio propio	4	15	19
Residencia				Trabajo eventual	0	3	3
DF	14	51	65	Prof. independiente	0	1	1
Z. Metropolitana	2	26	28	Hogar	0	8	8
Foraneos	2	5	7	¿Porque no Trabaja?			
Años de Estudio				Enfermedad Fisica	0	0	0
Ninguno	2	1	3	Probs emocionales	4	9	13
Primaria completa	1	6	7	Jubilado	0	5	5
Primaria incompleta	1	13	14	Otra causa	3	24	27
Secundaria	2	22	24				
Bachillerato/Técnico	5	13	18				
Licenciatura o más	7	27	34				

Los resultados que arrojó la escala de uso de servicios (SUQ) mostro los servicios, relacionados con el estado de salud, a los que acudieron los pacientes. Esta información incluye el número de visitas al mes, el costo de las consultas, el tiempo de traslado, el costo del transporte y el tiempo

de permanencia en dicho servicio. Esta información va encaminada tanto a saber el gasto directo del servicio otorgado, como los costos indirectos generados por esta atención, tales como el costo del transporte y el tiempo invertido desde el recorrido hasta el tiempo de permanencia. Dichos resultados fueron reportados por los pacientes en el último bimestre, por lo cual se realizó un cálculo para estimar la información a un año. Los resultados fueron los siguientes: el 11% acudió a terapia de grupo, 100% a consulta de psiquiatría, 44% atención primaria en salud, 36% consulta médica con otro especialista, 21% consulta psicología y el 14% acudieron con brujo o curandero. La siguiente tabla muestra el promedio de los costos indirectos (y directos) asociados con el uso de tales servicios:

TERAPIA DE GRUPO		CONSULTA MEDICA OTRO ESPECIALISTA	
<i>Pacientes que acudieron</i>	11	<i>Pacientes que acudieron</i>	36
<i>Promedio de contactos anuales</i>	45	<i>Promedio de contactos anuales</i>	8.7
<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	4950	<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	440.1
<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	2160	<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	328.9
<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	3060	<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	532.5
<i>Promedio del costo de consulta anualmente</i>	1867.5	<i>Promedio del costo de consulta anualmente</i>	1824.1
<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	8010	<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	972.6
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA		CONSULTA DE PSICOLOGIA	
<i>Pacientes que acudieron</i>	100	<i>Pacientes que acudieron</i>	21
<i>Promedio de contactos anuales</i>	10.5	<i>Promedio de contactos anuales</i>	31.4
<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	524.6	<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	1998
<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	363.2	<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	1216.7
<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	453.7	<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	2162.6
<i>Promedio del costo de consulta anualmente*</i>	299.2	<i>Promedio del costo de consulta anualmente*</i>	1099
<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	978.3	<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	4160.6
ATENCION PRIMARIA A LA SALUD		BRUJO O CURANDERO	
<i>Pacientes que acudieron</i>	44	<i>Pacientes que acudieron</i>	14
<i>Promedio de contactos anuales</i>	8.3	<i>Promedio de contactos anuales</i>	2.3
<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	278.8	<i>Tiempo promedio en transportarse anualmente</i>	128.2
<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	200	<i>Promedio del costo por transportarse anualmente</i>	70.9
<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	671.1	<i>Promedio de tiempo de permanencia anual</i>	125.7
<i>Promedio del costo de consulta anualmente</i>	727.3	<i>Promedio del costo de consulta anualmente</i>	1113.5
<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	949.9	<i>Total de tiempo invertido anualmente</i>	253.9
<i>*Costo ajustado según el nivel socio economico correspondiente a cada paciente que acudio a dicho servicio.</i>			
NOTA: el tiempo se expresa en minutos, el costo promedio en pesos mexicanos			

Al realizar la proyección a un año, a partir de los datos bimestrales reportados por los pacientes, podemos concluir que los costos indirectos reportados se limitan al costo del transporte utilizado para el traslado del paciente y por el otro lado el costo en minutos del tiempo invertido para recibir dicho servicio (transporte y permanencia en el servicio). Es difícil establecer un precio al tiempo invertido (costos sombra) para cada paciente pues este puede depender de muchos factores, es por ello que se reporta en términos de tiempo (minutos). Por ejemplo, si deseamos saber información en cuanto a los costos indirectos asociados a recibir atención psiquiátrica en

esta Institución, observamos en la tabla anterior que el promedio por paciente (atención a lo largo de un año) de costos indirectos es de \$363.2. A pesar de ser poco el monto, es mayor dicho gasto que el gasto directo por recibir dicha consulta (\$299.2). Esto se observa también en aquellos que acuden a terapia de grupo. El tiempo invertido anualmente por cada paciente para recibir dicha atención es de 978.3 minutos/año. Los servicios que representan mayores costos indirectos fueron psicoterapia individual y psicoterapia de grupo, al parecer a expensas de una mayor frecuencia de consultas al año. El servicio con menores costos indirectos en cuanto al tiempo invertido anual fue acudir con un brujo o curandero. Otro parámetro que se identificó para agregar a los costos indirectos fue el tiempo perdido por terceros debido al cuidado requerido por el paciente (cuidadores). Probablemente secundario a que la mayoría de los participantes contaban con un episodio depresivo leve o en remisión (75%), tan solo 14 requirieron de un cuidador. Diez participantes necesitaron un cuidador, tres requirieron de dos y uno de tres cuidadores. Los pacientes reportaron que de manera bimestral el promedio de tiempo perdido por cada uno de sus cuidadores fue de 95.7 minutos (574.2 minutos anuales). La ocupación de los cuidadores era en el 35.7% trabajo manual, 28.6% trabajo de oficina, 21.4% trabajo doméstico no remunerado y el 14.3% no trabajaba. La mayoría de los participantes desconocían el salario de los cuidadores que contaban con un trabajo, solo 8 proporcionaron un aproximado bimestral, basado en el ingreso mensual laboral, de lo que su cuidador pudiera estar perdiendo por no presentarse a su trabajo: \$1900.

Al realizar el análisis de los resultados de la escala de discapacidad de Sheehan en el último año encontramos que tanto hombres como mujeres reportaron una discapacidad moderada para las cuatro áreas evaluadas. Los hombres notaron mayor dificultad para trabajar y las mujeres notaron mayor dificultad para iniciar o mantener relaciones estrechas con otra gente, la siguiente tabla despliega dichos resultados por sexo y en total:

TABLA III. Resultados de la Escala de Discapacidad de Sheehan

Área de discapacidad	Mujeres	Hombres	Total (intervalo de confianza 95%)
Tareas domésticas	4.98	4.83	4.95 (4.45 - 5.45)
Trabajar	5.39	5.88	5.48 (4.96 - 6.00)
Relaciones Sociales	5.43	4.61	5.28 (4.72 - 5.84)
Vida Social	5.5	4.83	5.38 (4.83 - 5.93)

*Un resultado de 0.0 traduce que no existe discapacidad, mientras que el 10.0 representa discapacidad extrema (no puede realizar la actividad)

Otra escala utilizada para evaluar la discapacidad fue el WHODAS II de 36 ítems. Como se mencionó anteriormente, esta escala evalúa seis áreas distintas de funcionamiento en donde 1 es sin dificultad y 5 es una dificultad extrema. Por último se les pidió que estimaran cuanto ha interferido la discapacidad en sus vidas. Se encontró que las áreas más afectadas fueron, en

general, la comprensión y comunicación, las actividades laborales y las actividades del hogar. En los hombres las tres áreas más afectadas fueron las actividades laborales, la comprensión y comunicación, y la capacidad para moverse. En las mujeres, las áreas más afectadas fueron la comprensión y comunicación, las actividades laborales y relacionarse con otros. La siguiente tabla resume los resultados:

TABLA IV. Resultados de la Escala WHODAS II de 36 ítems por sexo

Area Explorada	Días perdidos al mes			Días del mes ajustados a discapacidad			Interferencia
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Comprension/Comunicación	6.47	8.22	7.90	23.53	21.78	22.1	Poca
Capacidad para Moverse	5.55	5.31	5.35	24.45	24.69	24.65	Poca
Cuidado Personal	2.18	3.17	3.00	27.82	26.83	27	Poca
Relacionarse con Otros	4.88	6.99	6.61	25.12	23.01	23.39	Poca
Actividades Vida Diaria	6.98	7.31	7.26	23.02	22.69	22.74	Bastante
Actividades del Hogar	4.62	7.20	6.74	25.38	22.80	23.26	Bastante
Actividades Laborales	9.35	7.41	7.77	20.65	22.59	22.23	Bastante
Participacion en Sociedad	3.17	3.05	3.07	26.83	26.95	26.93	Bastante
Promedio	4.87	5.67	5.53	25.13	24.33	24.47	NA*

*NA= no aplica.

Es importante señalar que los días del mes ajustados a discapacidad hacen alusión a los días del mes vividos sin discapacidad. En áreas de comprensión y comunicación, y relacionarse con otras personas, a pesar de representar varios días perdidos por discapacidad al mes, la interferencia sentida en sus vidas por los participantes es “poca”. De manera contraria la discapacidad en áreas como la participación en actividades en sociedad (3.07 días perdidos al mes) generan una interferencia calificada como “bastante”. Dentro de los reactivos pertenecientes a las actividades de la vida diaria (quehaceres y trabajo del hogar) se encontró que el promedio de horas a la semana dedicadas a esta actividad fue de 15.6 horas. Los días en el último mes en los que disminuyeron o dejaron de realizar dichas actividades fue, en promedio, de 12.02 días. En aquellos participantes que refirieron trabajar fuera de casa (empleados, comerciantes, etc.) comentaron tener una jornada laboral de 33.31 horas a la semana. El 71.7% (38 de 53 participantes con vida laboral) refirió haber tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su estado de salud. El 67.9% comento que ha ganado menos dinero debido a su estado de salud. En general, en los últimos treinta días han perdido 11.22 días laborales (cifra similar a los días perdidos por aquellos que trabajan en el hogar).

DISCUSION

DISCAPACIDAD

La discapacidad es una parte del costo social de la enfermedad. Usualmente, se ha asumido que la discapacidad se debe a problemas físicos crónicos, pero investigaciones recientes han

demostrado que los trastornos mentales se encuentran dentro de las principales causas de discapacidad en la población general. Dentro de las cuatro áreas evaluadas mediante la escala de discapacidad de Sheehan, la funcionalidad laboral y social fueron las más afectadas. Al tomar en cuenta los resultados arrojados por la escala WHODAS II (discapacidad en el último mes) observamos que las áreas de comprensión/comunicación, las actividades de la vida diaria y relacionarse con otras personas fueron las áreas más afectadas en general. Dichos resultados son similares a los encontrados en la escala de Sheehan, dado que esta última evalúa la discapacidad en el último año, podríamos pensar que estas tres esferas representan las áreas cuya funcionalidad tarda más tiempo en recuperarse.

Al intentar comparar nuestros resultados con aquellos arrojados por otros autores encontramos una limitación, en parte debido a que el ambiente en el que se identificaron los pacientes es distinto y, por otro lado, debido a que el método para evaluar la discapacidad es distinto. Una de las medidas más frecuentemente utilizadas parte de estudios de resultados médicos (MOS por sus siglas en inglés) que incluye 40 ítems a evaluar. De ella parten distintas versiones como la SF-36 y SF-20. Sherbourne et.al. (1996) compararon pacientes con pánico, hipertensión, diabetes, coronariopatía y depresión mayor utilizando el SF-20 y SF-36. Los pacientes con pánico mostraron una menor funcionalidad (de rol) y salud mental a comparación de aquellos con problemas médicos crónicos, pero mayor funcionalidad que aquellos con depresión mayor. La funcionalidad física y la percepción del estado de salud actual fueron similar a la de los pacientes con hipertensión e igual a la población general. Demyttenaere et.al. (2001) utilizó la escala de Sheehan para evaluar el tratamiento de pacientes deprimidos en el primer nivel de atención a la salud. El principal deterioro encontrado en las mujeres fue en el funcionamiento familiar. Para los hombres, el mayor impacto fue en las actividades laborales. Quizá debido a que un menor número de mujeres trabajan fuera del hogar. En cuanto a nuestros resultados, observamos que son consistentes con aquellos encontrados por Demyttenaere et.al. Estos autores proponen, a manera de criterio diagnóstico, por lo menos un deterioro moderado (4 o más puntos) en las cuatro áreas evaluadas mediante esta escala. Es muy interesante hacer ver que en nuestros resultados todas las áreas puntaron arriba de 4, a pesar de que la mayoría de los pacientes se encontraban con un episodio depresivo leve o en remisión según el puntaje de la escala de Hamilton (HAM-D). Ormel et.al. (1993) encontró en el primer nivel de atención a la salud, que los pacientes deprimidos presentaban deterioro moderado en su rendimiento social y ocupacional, sin embargo no es posible comparar nuestros resultados pues utilizaron otra medida de discapacidad (Escala de Discapacidad Social de Groningen).¹⁴

TABLA V. Comparación del puntaje en la Escala de Sheehan con resultados de otros autores

	Primer nivel atención		Depresión Mayor				
	Leon	Demyttenaere	Demyttenaere	Lara	Lara	Nuestros Resultados	
	1997	2001	2001	2007	2007	2011	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Laboral	2.01	5.8	6.1	4.79	5.06	5.39	5.88
Vida Social	2.02	5.8	5.3	4.89	4.61	5.5	5.5
Vida Familiar	2.08	6.5	5.6	4.77*	4.29*	5.2*	4.72*

*Promedio de relaciones sociales y tareas domésticas

DÍAS LABORALES PERDIDOS

La comparación de los días laborales perdidos está limitada debido a las diferencias en intervalos, contexto y por la mera definición de “días perdidos”. Nuestros resultados se basan en una muestra de pacientes que cuentan con un diagnóstico de depresión en los últimos 12 meses, los días laborales perdidos se calcularon mediante la escala WHODAS II, los días perdidos se contaron cómo días enteros totalmente incapacitados para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria en el último mes.

Encontramos que los días reportados por los pacientes como perdidos en cuanto a las actividades del hogar fueron 11.22 días en el último mes; así como 12.02 días en el último mes para las actividades laborales. Si esto lo comparamos con los días perdidos al mes, calculados mediante la discapacidad sentida multiplicada por los días en el último mes que se presentó tal disfunción, encontramos que para las tareas domésticas y laborales se pierden 6.74 y 7.77 días respectivamente. Estas cifras son aún menores que las reportadas por los participantes. Esta diferencia podría explicarse debido a que los días perdidos reportados son aquellos días en los que no se trabajó, mientras que los días perdidos calculados se basan en la discapacidad; por lo que sería muy importante, en futuras investigaciones, discernir con mayor precisión tales diferencias pues podría tratarse (en el peor escenario) que se estuvieran perdiendo aún más días de los encontrados (días perdidos reportados más días perdidos calculados). Esto representaría un costo social de la enfermedad muy elevado.

Este estudio muestra, de manera general dos limitaciones. La primera se trata de un estudio transversal y de naturaleza retrolectiva. La segunda limitante es la subjetividad de las evaluaciones. A pesar de estas limitaciones, nuestros resultados demuestran que la depresión produce mayor discapacidad y un rango mayor de días laborales perdidos que otras condiciones médicas no psiquiátricas. Al contar con intervenciones efectivas podría ser posible disminuir el costo social de este trastorno del afecto.

COSTOS INDIRECTOS

Si bien uno de los parámetros más importantes a tomar en cuenta para calcular los costos indirectos es la discapacidad y por ende los días laborales perdidos, este estudio arrojó

solamente los días perdidos en el último mes. La pregunta sería ¿cómo establecer un costo monetario para cada día perdido? Si contáramos con el ingreso mensual de cada participante se podría calcular dicho costo. Como se mencionó en los datos demográficos, sólo el 55% de los participantes refirieron contar con un empleo (8% se dedican al hogar, uno es profesionalista independiente, 3% tienen trabajo eventual, el 19% tienen un negocio propio, 15% son empleados de empresas privadas y el 9% refirieron ser empleados de gobierno). Actualmente no se ha reportado un costo monetario asociado a las labores del hogar, el cálculo del dinero percibido por profesionistas independientes, trabajadores eventuales y en negocios propios, solo puede realizarse mediante la entrevista directa con el paciente, sin embargo algunos de ellos decidieron no participar con esa sección de la entrevista (n=30) y gran parte del resto mostraba dificultades para reportar sus ingresos al ser tan variables. De tal manera es que en este estudio reportamos los costos indirectos en términos de tiempo. La siguiente tabla resume dichos resultados, se debe de tomar en cuenta que los días en promedio perdidos por paciente a lo largo de un año parten de una medición de discapacidad que corresponde solo al último mes, se agregaron además los días perdidos por acudir a lo largo de un año a la consulta de psiquiatría. Al promedio final reportado (38.43 días, se le deberán de agregar los días invertidos al año dependiendo de si el paciente uso algún otro servicio):

TABLA VI. Días invertidos "anualmente" por pacientes de la Consulta Externa de Psiquiatría del INPRF

Concepto	Tiempo invertido anual (minutos)	Tiempo invertido anual (días)
Consulta Psiquiatría	978.36	0.68
Días Laborales Reportados Perdidos*	NA	12.02
Días Activs Hogar Reportados Perdidos*	NA	11.22
Días Laborales Calculados Perdidos*	NA	7.77
Días Activs Hogar Calculados Perdidos*	NA	6.74
Promedio de tiempo invertido anual**		38.43

* Reporte medido en días mediante la escala WHODAS II, este parametro solo se calculo para el ultimo mes

** Para este calculo solo se tomo en cuenta el tiempo invertido por consulta de psiquiatría y los reportados por escala WHODAS II, se deberan incluir los dias perdidos dependiendo del uso de otros servicios

Como podemos observar, un estimado de los días anuales perdidos por los pacientes de la consulta externa de psiquiatría de este Instituto con diagnostico de trastorno depresivo mayor, es de 38.43 días. En términos generales podemos decir que se pierde aproximadamente un mes al año para recibir la atención psiquiátrica solamente, además de los días perdidos por el trastorno afectivo en cuestión. Como se mencionó anteriormente, si los pacientes acuden a otros servicios, el tiempo invertido será mayor. Para ello, se realizó también una revisión del expediente clínico y del sistema electrónico de este Instituto para determinar cuántos pacientes y en cuántas ocasiones al año hicieron uso de otros servicios dentro de esta Institución. En nuestra muestra encontramos que trece pacientes reportaron acudir a psicoterapia individual (promedio de 12 ocasiones siendo el tipo de psicoterapia breve por objetivos ofrecida por el departamento

correspondiente, tiempo promedio de traslado por paciente por ocasión 87.44 minutos, tiempo promedio de permanencia por paciente por ocasión 68.81 minutos), ocho acudieron a terapia de grupo (en 21 ocasiones siendo el promedio de sesiones ofrecidas por el departamento encargado, tiempo de traslado promedio por paciente por ocasión 148.12 minutos, tiempo de permanencia por paciente por ocasión 75 minutos) y once acudieron a consulta con otro especialista (en un promedio de 2.72 veces por paciente según lo recabado en el sistema electrónico, tiempo promedio de traslado por paciente por ocasión 50.93 minutos, tiempo promedio de permanencia por paciente por ocasión 66 minutos). Por otro lado, la escala de uso de servicios (SUQ) reportó que 15 pacientes hicieron uso de servicios de atención a la salud de primer nivel (promedio de contactos al año 8.3, tiempo de traslado promedio por paciente por visita 20 minutos, tiempo de permanencia promedio por paciente por visita 109 minutos); por último, 14 pacientes acudieron con un brujo o curandero (promedio de contactos 3.2, tiempo promedio de traslado por paciente por ocasión 56.07 minutos, tiempo promedio de permanencia por paciente por ocasión 55 minutos).

En resumen, tomando en cuenta el total de la muestra ($n=100$) y el uso de servicios reportados por cada uno de ellos (verbal, revisión de expediente clínico y del sistema electrónico del Instituto) a excepción del tiempo invertido para la realización de estudios clínicos; la muestra invirtió un total de 86,394.14 minutos al año, o sea 60 días. Si dividiéramos los 60 días entre la muestra original ($n=100$), encontramos que cada paciente invierte por el uso de otros servicios un promedio de 0.6 días más. Al agregar dicha cantidad de días al cálculo de la tabla VI, encontramos que finalmente cada paciente deprimido que acude al servicio de consulta externa de esta institución invierte anualmente un promedio de 39.03 días al año. Esto incluye el tiempo perdido por discapacidad y por el uso de servicios de salud (psiquiatría, psicoterapia individual, terapia de grupo, atención primaria a la salud, consulta con otro especialista y visitas a brujos o curanderos). Este estudio omitió el cálculo del tiempo invertido para acudir a otros servicios como atención psiquiatría continua, visitas a trabajo social, pre consulta, laboratorio clínico y neuroimagen.

Algunas de las fortalezas de este estudio es ser de las pocas investigaciones dirigidas a estimar la discapacidad y los días perdidos por la misma en pacientes deprimidos en México, del mismo modo agregando al resultado el tiempo perdido por el uso de los diversos recursos para la salud disponibles en esta Institución entre otros servicios a los que acudieron los participantes. Dentro de las debilidades, como en la mayoría de las investigaciones de esta naturaleza, es que no se cuenta con una metodología ya establecida para realizar dichas mediciones, sin embargo encontramos que en cuanto a la medición de la discapacidad, tanto la escala de Sheehan como WHODAS II arrojaron resultados similares, sin embargo la segunda es más específica al contar con seis dominios distintos. A pesar de ello se decidió realizar la escala de Sheehan pues la

mayoría de las investigaciones previas la han utilizado y se consideró necesario para la comparación de los resultados.

CONCLUSIONES

La depresión puede aumentar el riesgo de enfermedades somáticas y accidentes, puede acelerar o agravar la progresión de la discapacidad y puede causar retrasos innecesarios en la recuperación de las enfermedades. La evidencia que asocia la depresión con otros problemas de salud es contundente. Se ha encontrado que la depresión se asocia con trastornos de ansiedad (trastorno de angustia y fobia social), uso de sustancias, suicidio e infarto al miocardio; también aumenta la mortalidad en población joven y adulta, y en pacientes deprimidos post infarto. Algunos problemas adicionales asociados con la depresión son la disminución en la respuesta inmunológica, diabetes mellitus, dolor crónico, quejas gastrointestinales, trastornos somatomorfos, migraña, cáncer, enfermedad de Alzheimer, fracturas óseas, enfermedad de Parkinson e infartos.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes con depresión tienden a ser usuarios frecuentes de servicios médicos. Por tanto, la sobreutilización de servicios puede tener un impacto en diversas áreas de los servicios de salud mental, primariamente debido a la falta de eficiencia y efectividad que resultan del aumento en el uso de servicios (aumento de costos, disminución en el acceso a los servicios). Por ello, los altos costos asociados con trastornos psiquiátricos son secundarios al gran uso de servicios tanto intrahospitalarios como ambulatorios, no solo por el aumento de costos per se.¹⁵

Las investigaciones recientes han demostrado la importante carga epidemiológica que los trastornos mentales imponen en todo el mundo, contribuyendo con más de 10% de los años perdidos de vida saludable y por arriba de 30% de los años vividos con discapacidad. La recuperación de la depresión conduce al bienestar, a un aumento en la productividad del individuo, y el resultado final es la mejoría económica tanto a nivel personal como familiar y social.

Lara et.al. mostraron que la inclusión de tratamientos psicosociales es ventajosa desde el punto de vista de la relación costo-efectividad, ya que a pesar de aumentar el costo directo, los años de vida perdidos que se evitan con estas intervenciones las hacen más "económicas". Una modesta inversión para mejorar la depresión produce mayores ganancias en ambientes con recursos limitados. En conclusión, si bien se ha buscado favorecer intervenciones económicas que produzcan bajos costos directos, el buscar intervenciones que disminuyan los costos indirectos podría ser una mejor manera de abordar la problemática (intervenciones psicosociales). En México, este tipo de intervenciones han mostrado ser efectivas siendo impartidas por personal médico en el primer nivel de atención con un breve entrenamiento, resultando en una

herramienta prometedora para la política pública costo-efectiva y basada en evidencia local en la materia.¹⁶

Referencias

- 1.Drummond 2004
- 2.Franco Sassi. Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. Oxford University Press 2006.
- 3.Johns, Baltussen, Hutubessy. Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2003, 1:1.
- 4.Mogyorosy, Smith. The main methodological issues in costing health care services. The University of York 2005.
- 5.David Kernick. Costing interventions in primary care. *Family Practice* 2000; 17: 66-70.
- 6.Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- 7.Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
- 8.Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504.
- 9.Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J *et al.* Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
- 10.Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex* 2005;47 supl 1:S4-S11.
- 11.Eaton, Martins, Nestadt, et.al. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev.* 2008 ; 30: 1–14, 2009.
- 12.Chisholm, Sanderson, Ayuso-Mateos, et.al. Reducing the Global Burden of Depression. Population level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of*

Psychiatry, 2004, 184: 393-403.

13. Rush JA, et.al. Handbook of Psychiatric Measures. American Psychiatric Association 2000; 113-115.

14. Lara Muñoz C, Medina-Mora ME, Borges G, et.al. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. Salud Mental, 2001; 30(5): 4-11.

15. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Salud Pública de México, 1999; 41(3): 189-202.

16. Lara Muñoz C, Robles-García R, Orozco R. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Salud Mental 2010; 33(4): 301-308

Anexos

I. *Consentimiento informado*

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Discapacidad y costos indirectos asociados al tratamiento de la depresión en pacientes del servicio de consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE.

He tenido junto con el Investigador Responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos.

El presente estudio se justifica por la falta de información relacionada con los costos indirectos generados por el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de depresión en México y sus implicaciones económicas para el paciente y la sociedad. Este estudio podrá aportar mayor conocimiento relacionado con la discapacidad asociada con la depresión. El objetivo final de este estudio es aportar una herramienta mas a los medicos e instituciones con la finalidad de mejorar la toma de decisiones en salud en Mexico. De tal manera que no recibire de manera directa un beneficio por participar en este estudio. El riesgo de participar es minino y corresponderia a las complicaciones de abandonar mi seguimiento farmacologico y medico establecido (el cual es independiente de este estudio).

Se me va a incluir como parte de un grupo de mexicanos que acuden a consulta al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que han sido diagnosticados con depresión. Mi participación consistirá en aportar datos relacionados mi vivienda, redes de apoyo sociales, con el gasto que yo y/o mis familiares tenemos relacionados con los medicamentos, las consultas de control, las hospitalizaciones, y los estudios de gabinete y laboratorio, durante un periodo de 12 meses. Así como dar una aproximación del ingreso mensual con el que cuento para dichos gastos, considerando que todos los datos que le proporcione al Investigador Responsable serán absolutamente confidenciales.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir. De esta forma y como se mencionó anteriormente, mi participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento social que los médicos tienen acerca del costo del trastorno que se investiga.

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Además, para salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a mi familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Mauricio Palma, al teléfono 56552811 extensión 372 o 5275: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos, Modulo D.

Firma del Paciente. _____
Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador. _____
Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 2

Anexos

II. Escalas Aplicadas

FORMATO DE DATOS CLINICOS Y DEMOGRAFICOS

Instrucciones:

Por favor llene los espacios con la información que se le solicita o tache los cuadros que están a un lado de las opciones que se le ofrecen

2-

Nombre: _____

3- Sexo: Hombre Mujer

4-Edad: _____ 5-

Religión: _____

6- Especifique el lugar donde vive:

- Distrito Federal Zona Metropolitana (municipios junto al D.F.)
 Foráneo (otros estados y los municipios del Estado de México que estén alejados del D.F.)

7- Especifique cuántos años en total ha estudiado (por ejemplo: ponga 5 años si estudió hasta quinto de primaria o ponga 8 años si estudió hasta segundo de secundaria) _____

8- ¿Tiene usted trabajo? Sí No

9- Anote qué tipo de trabajo tiene (puede anotar más de una opción):

- Empleado gubernamental Empleado en empresa privada
 Negocio propio Trabajo eventual

Profesionista independiente

10- Si usted no tiene trabajo especifique por qué causa:

- Por enfermedad física Por problemas emocionales
 Jubilado Por otra causa

11- ¿Tiene usted pareja?

Sí No

12- ¿Tiene usted pareja?

Soltero Casado Unión Libre
Divorciado Viudo

13- ¿A qué edad comenzó a tener síntomas depresivos? _____ años

14- ¿Qué edad tenía cuando recibió atención por primera vez debido a sus síntomas depresivos? _____ años

15- ¿Con qué profesional acudió por primera vez debido a sus síntomas depresivos?

Médico General Psiquiatra Psicólogo Otros
(especifique _____)

16- ¿Recibió usted tratamiento psicológico o psiquiátrico antes de venir a este instituto?

Sí No

17- ¿Por qué cree usted que padece un trastorno depresivo?

- Por una alteración en las sustancias o químicos de mi cerebro
- Por una alteración en mi capacidad de sentir y pensar causada por un trauma
- Por un daño causado por los malos hábitos o por cuestiones del clima o ambientales
- Por una mala actitud de las demás personas hacia mí
- Por un daño generado por magia, falta de fe o por hechizos en mi contra

18- ¿A qué edad comenzó a tomar tratamiento antidepresivo por primera vez? _____ años

19- ¿Cuántas veces en su vida ha padecido depresión y ha tenido que recibir tratamiento para mejorar su estado de ánimo?

1 2 3 4

o más

20- ¿Ha mejorado su ánimo aunque sea un poco con el tratamiento que ha tomado?

Sí No

21- ¿Ha logrado pasar más de 6 meses sin sentirse deprimido desde que inicio el tratamiento en este instituto?

Sí No

22- ¿En alguna ocasión ha suspendido su tratamiento antidepresivo por más de 15 días?

Si No

23- Si respondió “sí” en la pregunta anterior por favor escoja cuál motivo influyó más para que usted suspendiera su antidepresivo:

- Tuve molestias físicas al tomarlo
- Tuve miedo de tomarlo
- Porque mejoré bastante
- Tuve problemas económicos
- No sentí ninguna mejoría
- Por otras causas

24- ¿En el último mes ha suspendido su tratamiento antidepresivo por más de 15 días?

Sí No

25- Cuántas veces le han tenido que cambiar su medicamento antidepresivo

0 1 2 3 4 o más veces

26- ¿Cuál fue la principal causa por la que le cambiaron su medicamento antidepresivo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca me lo han cambiado | <input type="checkbox"/> Tuve molestias físicas al tomarlo |
| <input type="checkbox"/> Tuve miedo de tomarlo | <input type="checkbox"/> Tuve problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> No sentí ninguna mejoría | <input type="checkbox"/> Por otras causas |

27- ¿Cómo calificaría la información que ha recibido sobre su padecimiento depresivo en este instituto?

- Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena

28- ¿Usted cree que las opiniones que tienen algunos de sus familiares o amigos sobre los antidepresivos pueden influir para que usted decida suspenderlos?

- Sí No
- Tal vez

29- ¿En algún momento ha recibido psicoterapia?

- Sí No

30- En caso de que sí haya recibido psicoterapia ¿de qué tipo era?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psicoanalítica | <input type="checkbox"/> Gestalt/Logoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo Conductual | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> Interpersonal | <input type="checkbox"/> Grupal |
| <input type="checkbox"/> De otro tipo | |

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

Indicación:

Evaluación de las discapacidades en pacientes de salud mental.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1. Acciones de autodependencia (CIPE- α).

Administración:

Es una escala que puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Los autores recomiendan usar la versión heteroadministrada en el caso de pacientes ingresados, analfabetos y en los que se sospeche que pueden falsear las puntuaciones.

Consta de 3 subescalas que se puntúan de forma independiente (discapacidad -3 ítems-, estrés percibido -1 ítem- y apoyo social percibido -1 ítem-).

Interpretación:

Proporciona 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de todas ellas. Dado que cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de 0 a 10, la puntuación máxima de discapacidad global es de 50 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

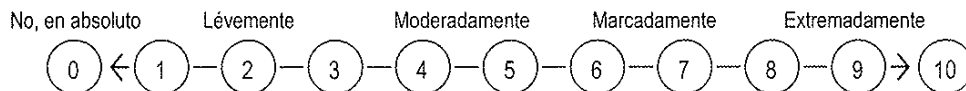
Propiedades psicométricas:

Consistencia interna: $\alpha=0,72$; Fiabilidad test-retest: en las diferentes subescalas $\geq 0,82$.

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

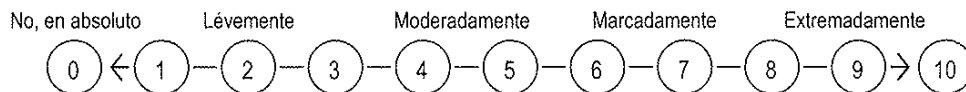
Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:



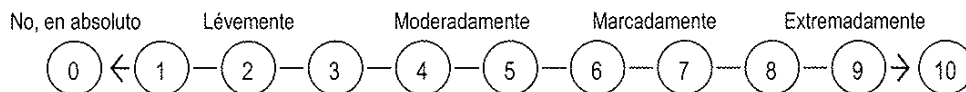
Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:



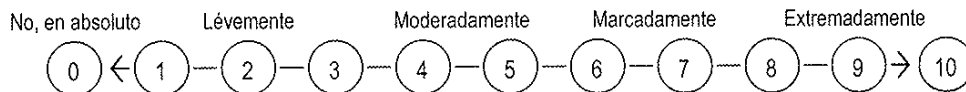
Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:



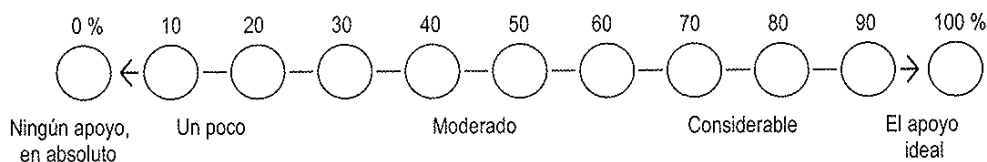
Estrés percibido

Durante la última semana ¿Cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?



Apoyo social percibido

Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?



13.1.1. WHODAS-II (versión de 36 ítems)

1

ÁREA 1. COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre *comprensión y comunicación*.

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS PUNTEA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N.º 3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D1.1 <i>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</i>	1	2	3	4	5	D1.1 días
D1.2 <i>Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?</i>	1	2	3	4	5	D1.2 días
D1.3 <i>Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?</i>	1	2	3	4	5	D1.3 días
D1.4 <i>Aprender una nueva tarea como, por ejemplo, llegar a un lugar?</i>	1	2	3	4	5	D1.4 días
D1.5 <i>Entender en general lo que dice la gente?</i>	1	2	3	4	5	D1.5 días
D1.6 <i>Iniciar o mantener una conversación?</i>	1	2	3	4	5	D1.6 días

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D1.1 Y EL D1.6 PUNTEA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P1.1 <i>¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?</i>	1	2	3	4	5

ÁREA 2. CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR/ENTORNO

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de *moverse en su alrededor/entorno*.

MUESTRE LAS TARJETAS N° 1 Y N° 2

SI ALGUNO DE LOS ITEMS PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N° 3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

En los últimos 30 días, *¿cuánta dificultad ha tenido para:*

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D2.1 <i>Estar de pie durante largos períodos de tiempo como, por ejemplo, 30 minutos?</i>	1	2	3	4	5	D2.1 días
D2.2 <i>Ponerse de pie cuando estaba sentado/a?</i>	1	2	3	4	5	D2.2 días
D2.3 <i>Moverse dentro de su casa?</i>	1	2	3	4	5	D2.3 días
D2.4 <i>Salir de su casa?</i>	1	2	3	4	5	D2.4 días
D2.5 <i>Caminar largas distancias, como un kilómetro (o algo equivalente)?</i>	1	2	3	4	5	D2.5 días

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ITEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D2.1 Y EL D2.5 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P2.1 <i>¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?</i>	1	2	3	4	5

ÁREA 3. CUIDADO PERSONAL

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su *cuidado personal*.

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N.º 3, PREGUNTE: **¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?**

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

En los últimos 30 días, *¿cuánta dificultad ha tenido para:*

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D3.1 <i>Bañarse</i> (lavarse todo el cuerpo)?	1	2	3	4	5	D3.1 días
D3.2 <i>Vestirse?</i>	1	2	3	4	5	D3.2 días
D3.3 <i>Comer?</i>	1	2	3	4	5	D3.3 días
D3.4 <i>Estar solo/a durante unos días?</i>	1	2	3	4	5	D3.4 días

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPENDIDOS ENTRE EL D3.1 Y EL D3.4 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P3.1 <i>¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?</i>	1	2	3	4	5

ÁREA 4. RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades para *relacionarse con otras personas*. Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud física (tales como enfermedades o lesiones), problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N.º 3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

En los últimos 30 días, *¿cuánta dificultad ha tenido para:*

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D4.1 <i>Relacionarse con personas que no conoce?</i>	1	2	3	4	5	D4.1 días
D4.2 <i>Mantener una amistad?</i>	1	2	3	4	5	D4.2 días
D4.3 <i>Llevarse bien con personas cercanas a usted?</i>	1	2	3	4	5	D4.3 días
D4.4 <i>Hacer nuevos amigos?</i>	1	2	3	4	5	D4.4 días
D4.5 <i>Tener relaciones sexuales?</i>	1	2	3	4	5	D4.5 días

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D4.1 Y EL D4.5 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P4.1 <i>¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?</i>	1	2	3	4	5

ÁREA 5. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

• **Quehaceres de la casa**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican realizar los quehaceres de la casa y cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas.

Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, pagar las cuentas, sacar la basura, cortar el césped, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

D5.1 Generalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica a estas actividades?

ANOTE EL NÚMERO DE HORAS ___ / ___

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N.º 3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D5.2 Cumplir con sus <i>quehaceres de la casa</i> ?	1	2	3	4	5	___ D5.2 días
D5.3 Realizar <i>bien</i> sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5	___ D5.3 días
D5.4 <i>Acabar</i> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5	___ D5.4 días
D5.5 Acabar sus quehaceres de la casa tan <i>rápido</i> como era necesario?	1	2	3	4	5	___ D5.5 días

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMS COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.2 Y EL D5.5 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P5.1 ¿Cuánto han <i>interferido</i> estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.6 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su «condición de salud»?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___				

SI EL RECUADRO ESTÁ MARCADO (EL ENTREVISTADO TRABAJA O ESTUDIA), CONTINÚE.

DE LO CONTRARIO VAYA AL ÁREA 6.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo.

D5.7 Generalmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja?

ANOTE EL NÚMERO DE HORAS ___ / ___

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMES PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):

MUESTRE LA TARJETA N.º 3, PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?

Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SEGÚN EL CÓDIGO A-E

Debido a su estado de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/ No puede hacerlo	Código días
D5.8 Llevar a cabo su <i>trabajo</i> diario?	1	2	3	4	5	____ D5.8 días
D5.9 Realizar <i>bien</i> las tareas más importantes de su trabajo?	1	2	3	4	5	____ D5.9 días
D5.10 <i>Acabar</i> todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5	____ D5.10 días
D5.11 Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5	____ D5.11 días
D5.12 ¿Ha tenido que <i>reducir su nivel</i> de trabajo debido a su estado de salud?				No 1 Sí 2		
D5.13 ¿Ha <i>ganado menos dinero</i> debido a su estado de salud?				No 1 Sí 2		

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMES COMPRENDIDOS ENTRE EL D5.8 Y EL D5.11 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Extremadamente/ No puede hacerlo
P5.2 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5
D5.14 En cuantos de los últimos 30 días, ¿ha <i>perdido medio día o más de trabajo</i> debido a su estado de salud?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ____ / ____				

ÁREA 6. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con *su participación en la sociedad* y con el *impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia*. Es posible que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

MUESTRE LAS TARJETAS N.º 1 Y N.º 2

TENGA EN CUENTA QUE EN LAS PREGUNTAS DE ESTA ÁREA NO SE PIDE QUE SE ESPECIFIQUE EL NÚMERO DE DÍAS.

En los últimos 30 días:

	<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Extrema/ No puede hacerlo</i>
D6.1 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <i>participar</i> , al mismo nivel que el resto de las personas, <i>en actividades de la comunidad</i> (p. ej., fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2 ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3 ¿Cuánta dificultad ha tenido para <i>vivir con dignidad</i> (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4 ¿Cuánto <i>tiempo</i> ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	1	2	3	4	5
D6.5 ¿Cuánto le ha <i>afectado emocionalmente</i> su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.7 ¿Cuánta dificultad ha tenido su <i>familia</i> debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.8 ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar <i>por sí mismo/a</i> cosas que le ayuden a <i>relajarse o disfrutar</i> ?	1	2	3	4	5

Explore:

SI ALGUNO DE LOS ÍTEMES COMPRENDIDOS ENTRE EL D6.1 Y EL D6.8 PUNTÚA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>	<i>Extremadamente/ No puede hacerlo</i>
P6.1 ¿En que medida han <i>interferido</i> estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5
P6.2 En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___				

Muchas gracias.

TARJETA N° 1

Estados de salud:

- Enfermedades u otros problemas de salud
- Lesiones
- Problemas mentales o emocionales (de los nervios)
- Problemas relacionados con el alcohol
- Problemas relacionados con las drogas

Tener *dificultades* en una actividad quiere decir:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

Tenga en cuenta sólo los *últimos 30 días*.

TARJETA N° 2

/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /	/ _____ /
1	2	3	4	5
<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Extrema/ No puede hacerlo</i>
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>	<i>Extremadamente/ No puede hacerlo</i>

TARJETA N° 3

- A = 1 día
- B = hasta 1 semana (de 2 a 7 días)
- C = hasta 2 semanas (de 8 a 14 días)
- D = más de 2 semanas (de 15 a 29 días)
- E = todos los días (30 días)

ENTREVISTADOR: No incluya la ayuda que haya pagado o contratado		NO SABE8
Q0306. Teniendo en cuenta lo que me acaba de mencionar, ¿considera usted que su hogar seguirá contando con este ingreso o ayuda en un futuro?	Sí.....1 No.....2 NO SABE.....88	[]

APOYO GUBERNAMENTAL (TRANSFERENCIAS AL HOGAR)

<p>Q0307 En los últimos 12 meses, ¿alguna persona en este hogar <u>ha recibido</u> algún tipo de ayuda, ya sea económica o en especie, por parte del gobierno?</p>	<p>Sí.....1 No.....2 NO SABE..... 88</p> <p style="text-align: right;">→ Q0310</p>	<p>[]</p>
<p>Q0308. ¿El tipo de ayuda, económica o en especie, que <u>recibieron</u> en su hogar fue...</p>	<p>A. Si la respuesta es afirmativa PASE A B → Si No, PASE A LA SIG. PREGUNTA</p>	<p>B. ¿Podría estimar/decirme la cantidad (o valor) aproximada(o) que recibieron en total por este concepto en los últimos 12 meses? ENTREVISTADOR: <i>En moneda nacional</i></p>
<p>Q0308a. dinero, préstamos, pago de colegiaturas, cuentas, honorarios o impuestos (es decir, dinero en efectivo)?</p>	<p>Sí.....1 No..... 2 NO SABE88</p> <p style="text-align: right;">→</p>	<p>\$ [] NO SABE8</p>
<p>Q0308b. alimentos u otros bienes (es decir, apoyos no monetarios)?</p>	<p>Sí.....1 No..... 2 NO SABE88</p> <p style="text-align: right;">→ Q0309</p>	<p>\$ [] NO SABE8</p>
<p>Q0309. Teniendo en cuenta el apoyo gubernamental que me acaba de mencionar, ¿considera usted que el hogar puede contar con este ingreso / apoyo en un futuro?</p>	<p>Sí.....1 No.....2 NO SABE.....88</p>	<p>[]</p>

ENTREVISTADOR: Enfaticé el cambio de recibir a proporcionar ayuda en la siguiente sección.

Ahora cambiaremos de tema y le preguntaré sobre la ayuda económica y/o en especie que usted o los miembros de su hogar pudieron haber proporcionado, durante los últimos 12 meses, a otras personas que no viven con usted en este hogar.

FAMILIA Y PARIENTES (TRANSFERENCIAS FUERA DEL HOGAR)

<p>Q0310. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de su hogar <u>ha proporcionado</u> algún tipo de ayuda, ya sea económica o en especie, a cualquiera de sus hijos, nietos y/u otros parientes que no vivan en este hogar (incluya a los familiares de su esposo (a))?</p>	<p>Sí.....1 No..... 2 NO SABE..... 88</p> <p style="text-align: right;">→ Q0312</p>	<p>[]</p>
--	--	------------

<p>Q0311 ¿El tipo de ayuda, económica o en especie, que su hogar <u>proporcionó</u> fue....</p>	<p>A. Si la respuesta es afirmativa PASE A B →</p> <p>Si No, PASE A LA SIG. PREGUNTA</p>	<p>B. ¿Podría estimar/decirme la cantidad (o valor) aproximada(o) que proporcionaron en total por este concepto en los últimos 12 meses?</p> <p>ENTREVISTADOR: <i>En moneda nacional</i></p>
<p>Q0311a. dinero, préstamos, pago de colegiaturas, cuentas, honorarios o impuestos (es decir, dinero en efectivo)</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE88</p> <p>→</p>	<p>\$ []</p> <p>NO SABE88</p>
<p>Q0311b. alimentos u otros bienes (es decir, apoyos no monetarios)</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE88</p> <p>→</p>	<p>\$ []</p> <p>NO SABE8</p>
<p>Q0311c. haciendo tareas o quehaceres del hogar (preparando comida, compras, limpieza, lavado de ropa), prestando cuidados o transporte (ayuda para desplazarse fuera de la casa).</p> <p>ENTREVISTADOR: <i>No incluya si la ayuda fue pagada</i></p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE88</p> <p>→ Q0312</p>	<p>[] Horas promedio por semana</p> <p>NO SABE8</p>

COMUNIDAD, VECINOS Y OTROS PARIENTES (TRANSFERENCIAS FUERA DEL HOGAR)

<p>Q0312. En los últimos 12 meses, ¿usted o alguien de su hogar <u>ha proporcionado</u> algún tipo de ayuda, ya sea económica o en especie, a algún otro pariente, vecino, miembro o grupo de su comunidad?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE..... 88</p> <p>→ Q0314</p>	<p>[]</p>
<p>EL</p> <p>Q0313. ¿El tipo de ayuda, económica o en especie, que su hogar <u>proporcionó</u> fue...</p>	<p>A. Si la respuesta es afirmativa PASE A B →</p> <p>Si No, PASE A LA SIG. PREGUNTA</p>	<p>B. ¿Podría estimar/decirme la cantidad (o valor) aproximada(o) que proporcionaron en total por este concepto en los últimos 12 meses?</p> <p>ENTREVISTADOR: <i>EN MONEDA NACIONAL</i></p>

Q0313a. dinero, préstamos, pago de colegiaturas, cuentas, honorarios o impuestos (es decir, dinero en efectivo)?	Sí.....1 No..... 2 No sabe88 →	\$ [] NO SABE8
Q0313b. alimentos u otros bienes (es decir, apoyos no monetarios)?	Sí.....1 No..... 2 No sabe88 →	\$ [] NO SABE8
Q0313c. haciendo tareas o quehaceres del hogar (preparando de comida, compras, limpieza, lavado de ropa), prestando cuidados o transporte (ayuda para desplazarse fuera de la casa)? ENTREVISTADOR: No incluya si la ayuda fue pagada	Sí.....1 No..... 2 No sabe88 → Q0314	[] HORAS PROMEDIO POR SEMANA NO SABE8

Además de haber proporcionado el apoyo que mencionó anteriormente, me gustaría saber si usted o alguien en su hogar ha brindado algún tipo de atención/cuidado personal o de salud a otra(s) persona(s). Le recuerdo que nos referimos a la ayuda que proporcionan los miembros de su hogar a las personas que no pertenecen a él.

Q0314. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿usted o alguien de su hogar proporcionó ayuda a algún pariente o a amigo (adulto o niño), debido que esta persona padece alguna enfermedad crónica, alguna incapacidad o enfermedad mental, o porque está envejeciendo y debilitándose?	Sí.....1 No.....2 → PASE A LEYENDA PREVIA A Q0401	[]
Q0315. Por favor dígame el tipo de atención que le proporcionaron a esa(s) persona(s).	A. Si la respuesta es afirmativa PASE A B → Si No, PASE A LA SIG. PREGUNTA	B. ¿Me podría decir cuántas horas por semana (en promedio) dedicó esta actividad, en los últimos 12 meses? ENTREVISTADOR: <i>En moneda nacional</i>
Q0315a. ¿Le ayudaron en el cuidado personal, p. ej. , para ir al sanitario, asearse, vestirse o para comer?	Sí.....1 No..... 2 NO SABE88 → b	[] HORAS PROMEDIO / SEMANA NO SABE8

<p>Q0315b. ¿Le brindaron cuidados médicos, como cambiar vendajes o darle sus medicamentos?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE88</p> <p style="text-align: right;">} → c</p>	<p>[][] HORAS PROMEDIO / SEMANA</p> <p>NO SABE8</p>
<p>Q0315c. ¿Le acompañaron/vigilaron debido a que la persona padece algún trastorno de conducta que podría resultar peligroso para él(ella) mismo(a) o para otras personas?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No..... 2</p> <p>NO SABE88</p>	<p>[][] HORAS PROMEDIO / SEMANA</p> <p>NO SABE8</p>

Sección 0400: Activos e ingresos en el hogar

INDICADORES DE INGRESO PERMANENTES (ACTIVOS)

A continuación me gustaría hacerle algunas preguntas más sobre su hogar y los bienes que pudieran tener. Recuerde que cualquier información que nos proporcione será totalmente confidencial.

Q0401 ¿Cuántas televisiones hay en su hogar?	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de televisores Ninguno....."00"	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q0402 ¿Tienen sistema de seguridad en su casa?	Sí.....1 No.....2	<input type="text"/>
Q0403 ¿Cuántos coches hay en su hogar?	<input type="text"/> <input type="text"/> Número de coches Ninguno00	<input type="text"/> <input type="text"/>
Q0404 ¿Tienen electricidad en su vivienda?	Sí.....1 No.....2	<input type="text"/>

¿Usted o alguna persona en su hogar tiene...?				
ACTIVOS		Sí	No	
Q0405	bicicleta?	1	2	<input type="text"/>
Q0406	fregadero en la cocina?	1	2	<input type="text"/>
Q0407	agua caliente?	1	2	<input type="text"/>
Q0408	una lavadora?	1	2	<input type="text"/>
Q0409	una lavadora de trastes?	1	2	<input type="text"/>
Q0410	refrigerador?	1	2	<input type="text"/>
Q0411	empleado(s) en el hogar, a alguien que no es miembro del hogar o su familia (jardinero, cocinero(a), chofer, aseo de la casa)?	1	2	<input type="text"/>
Q0412	teléfono celular/móvil?	1	2	<input type="text"/>
Q0413	una carreta tirada(jalada)por un buey/carreta o trineo tirada o jalada por un animal?	1	2	<input type="text"/>
Q0414	una computadora?	1	2	<input type="text"/>
Q0415	un centro de música o un estereo?	1	2	<input type="text"/>
Q0416	ganado (reses, cabras, cerdos, aves de corral)?	1	2	<input type="text"/>
Q0417	acceso a Internet en casa?	1	2	<input type="text"/>
Q0418	moto?	1	2	<input type="text"/>
Q0419	otra casa(una segunda casa)?	1	2	<input type="text"/>

Ahora me gustaría saber si usted o alguien en el hogar es propietario de alguna tierra o joyas, y el valor aproximado de éstos. Sé que esta información es delicada por lo que le aseguro que no compartiremos su información con ninguna persona fuera del equipo de investigación.

Por favor dígame si usted u otro integrante de su hogar	A. Si la respuesta es afirmativa	B. ¿Podría estimar/decirme el valor
---	--	---



<p>Q0423a. ¿reciben un salario o sueldo por realizar algún trabajo?</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 NO SABE88 → b</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>
<p>Q0423b. ¿Obtienen alguna ganancia por vender, comercializar o promocionar algún producto?</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 NO SABE88 → c</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>
<p>Q0423c. ¿Reciben ingresos por la renta de alguna propiedad?</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 NO SABE88 → d</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>
<p>Q0423d. Pensión estatal por vejez (servicio militar o civil), jubilación o prestación de seguridad social?</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 NO SABE88 → e</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>
<p>Q0423e. Intereses o dividendos (por ejemplo, de cuentas de ahorros o depósitos a plazo fijo)</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 NO SABE88 → f</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>
<p>Q0423f. Por favor dígame, si usted o algún integrante de hogar tienen alguna otra fuente de ingreso , Especifique ¿Cuál es esa otra fuente de ingreso? _____</p>	<p>SÍ, SEMANALMENTE1 SÍ, MENSUALMENTE2 SÍ, AL AÑO3 No4 → Q0424</p>	<p>\$[] NO SABE 8</p>

	...recreación y entretenimiento?		
Q0503e.	...otros bienes y servicios? Especifique _____ ENTREVISTADOR: Revise pregunta por pregunta los artículos que son aceptables- No incluya artículos que estén fuera del periodo de tiempo	\$ []	8

Ahora le realizaré preguntas específicas sobre los gastos, en dinero o en especie, que realizaron todos los integrantes de su hogar en servicios de salud que no hayan requerido pasar la noche en el hospital o en otra unidad de salud. Nuevamente se desea conocer los gastos en los últimos 30 días. Si el pago fue en especie, por favor estime un valor monetario; por otro lado, excluya los reembolsos de algún seguro.

Durante los <u>últimos 30 días</u> , ¿cuánto gastó su hogar en ...		LEA TODAS LAS OPCIONES
Q0504. ...consultas con el doctor, enfermera, o parteras capacitadas, en las que no haya requerido pasar la noche en un hospital o en otra unida de salud?	\$ []	NO SABE.....8
Q0505. ...servicios otorgados por algún personal de la medicina tradicional o alternativa? (partera sin capacitación formal, masajista, hierbero, acupunturista o practicante de aromaterapia, curandero(a), brujo, huesero/quiropático, etc.)	\$ []	NO SABE.....8
Q0506. ...análisis y estudios clínicos como rayos X o análisis de sangre?	\$ []	NO SABE.....8
Q0507. ...medicamentos o fármacos (con o sin receta, tradicionales, homeopáticos, etc.)?	\$ []	NO SABE.....8
Q0508. ...consultas con el dentista o algún gasto para la atención dental?	\$ []	NO SABE.....8
Q0509. ...ambulancias?	\$ []	NO SABE.....8
Q0510. ...otros servicios o productos para el cuidado de la salud que no le haya mencionado anteriormente? Especifique _____	\$ []	NO SABE.....8

Sé que las siguientes preguntas pueden ser difíciles de responder, pero por favor trate de darnos la mejor estimación de sus gastos. Ahora nos gustaría preguntarle sobre la cantidad de dinero que ha gastado considerando a todos los miembros del hogar en los siguientes aspectos durante los últimos 12 meses.

Durante <u>los últimos 12 meses</u> , ¿cuánto gastó su hogar en...		LEA TODAS LAS OPCIONES
Q0511. ...colegiaturas y otros artículos escolares (cursos, libros, útiles)?	\$ []	NO SABE.....8
Q0512. ...bienes de consumo duradero (televisiones, teléfonos, sábanas, toallas, herramientas), muebles (mesas, sillas, camas) y otros electrodomésticos (refrigeradores, lavadoras, etc.)?	\$ []	NO SABE.....8

Q0513. ...vehículos (camionetas, carros, motocicletas, motonetas, bicicletas) y su mantenimiento?	\$ [] NO SABE.....8
Q0514. ...rituales (limpias), regalos y ceremonias (funerales, cumpleaños, bodas, etc.)?	\$ [] NO SABE.....8
Q0515. ...impuestos (impuestos sobre la propiedad, tenencia, impuesto sobre la renta, etc.) y pago de seguros no médicos (vehicular, de vivienda, de vida, etc.)?	\$ [] NO SABE.....8
Q0516. ...primas obligatorias gubernamentales de seguro médico o en planes de salud pre-pagados?	\$ [] NO SABE.....8
Q0517. ...primas voluntarias de seguro médico (incluyendo los esquemas de seguro médico comunitario)?	\$ [] NO SABE.....8
Q0518. ...artículos relacionados con la salud (anteojos (sólo los prescritos por un médico), aparatos para oír, bastones, prótesis)?	\$ [] NO SABE.....8
Q0519. ...hospitalizaciones, ya sea en alguna unidad médica o en un hospital? Por favor no incluya los reembolsos del seguro ni los costos de traslado	\$ [] NO SABE.....8
Q0520. ...centros de atención de larga estancia como casa hogar para ancianos, casas/villas de retiro, etc.?* Por favor no incluya los reembolsos del seguro ni los costos de traslado	\$ [] NO SABE.....8
*Incluya también casas de descanso, clínicas para personas mayores, centros de atención para las personas adultas.	
Q0521. ...otros bienes y servicios (propiedades, tierras, ganado, servicios de limpieza, servicios de reparación, etc.)?	\$ [] NO SABE.....8

ENTREVISTADOR: Si no realizaron gastos de salud (Q0504 a Q0510 = "0" y Q0518 a Q0520 = "0") PASE LA LEYENDA PREVIA A Q0529

Durante los últimos 12 meses, ¿cuáles de las siguientes fuentes de financiación su hogar utilizó para pagar los gastos de atención médica, incluyendo los honorarios, los bienes y servicios, y la estancia hospitalaria? ¿Cuánto contribuyó cada fuente de financiamiento al total de gastos en salud (en %)?

Q0522. ¿Con los ingresos actuales de cualquier integrante del hogar (salarios, pensiones, prestaciones, etc.)?	Sí.....1 NO.....2 NO SABE.....88	[] % 8 NO SABE
Q0523. ¿Con sus ahorros?	Sí.....1 NO.....2 NO SABE.....88	[] % 8 NO SABE
Q0524. ¿Con el reembolso de un plan de seguro médico (incluyendo esquemas de salud comunitarios)?	Sí.....1 NO.....2 NO SABE.....88	[] % 8 NO SABE

C.		
D.		

4. ¿En las últimas 8 semanas, el paciente, un miembro o amigo de la familia, ha tenido que dejar o reducir su trabajo habitual/actividades, debido a la enfermedad del paciente?

0=no 1=Sí

<i>Si responde sí:</i>	<i>Paciente</i>	<i>Familiar/Amigo 1</i>	<i>Familiar/Amigo 2</i>
A. Parentesco con el paciente			
B. No. de días en las últimas 8 semanas o No. de horas menos por semana			
A. Tipo de trabajo (1-3 ver clabe abajo)			
B. Si es aplicable, pérdida de ingreso por día			

Claves: Tipo de trabajo:

1. Doméstico no remunerado (ej. Ama de casa)
2. Trabajo manual (ej. Agricultor u obrero)
3. Trabajo de oficina/no manual (ej. Técnico calificado, negociante, profesionista)

ESCALA HAMILTON DE DEPRESION (HAM-D)

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligeramente retraso en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.