



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Estudio Descriptivo de los Costos Directos y Estimación de Gasto Catastrófico en
Pacientes Hospitalizados con Depresión en el INPRF**

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Marlene Delgadillo Díaz

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

**Dra. Martha P. Ontiveros Uribe
Tutor Teórico**

México, D.F. Julio de 2013.



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.

DEDICATORIA

A mis padres, Miguel Ángel y Lucila por ser la guía siempre perfecta para mí, por su apoyo y cariño incondicional, por su confianza y por enseñarme que nada es imposible.

A mis hermanas, Jessica y Karen, por su apoyo, compañía y comprensión durante este recorrido por medicina y psiquiatría, por ser un ejemplo a seguir de dedicación y de superación constante.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis tutoras, Dra. Carmen Lara y Dra. Martha Ontiveros, por ser excelentes profesoras y personas, por su tiempo y apoyo en la realización de este proyecto.

De igual forma agradezco al Ing. José Cortés por el interés y contribución al desarrollo de esta tesis.

Gracias Jeremy Cruz por invitarme a formar parte de este proyecto y enseñarme la puerta de entrada a la Salud Mental Pública y las Ciencias Sociales.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
MATERIAL Y MÉTODO	21
TIPO DE ESTUDIO	21
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	22
PROCEDIMIENTO	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	40
ANEXOS	41
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
REFERENCIAS	43

INTRODUCCIÓN

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas durante el cual se presentan tristeza y anhedonia. El sujeto además debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹

CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DEL DSM-IV-TR

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: no se incluyen síntomas evidentemente debidos a una enfermedad médica general, o ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo (por ejemplo, se siente triste o vacío) o por observación de otros (por ejemplo, se ve lloroso). Nota: En niños y adolescentes, puede ser estado de ánimo irritable.
- (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)
- (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo (por ejemplo, más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En niños, considerar la falta de progreso ponderal esperado.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observable por otros, no meramente sensación subjetiva de inquietud o lentitud)
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimientos de desvalorización, o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo)

- (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
 - D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).
 - E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Se han realizado estudios, donde se muestra que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años , presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón. Se ha documentado que en la Ciudad de México, solo el 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaron algún tipo de atención especializada, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18-65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes), lo que comprende alrededor de 75% de la población nacional. Dentro de la muestra se observó que los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y en seguida por los de uso de sustancias, y este orden se mantiene en los últimos 30 días. Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales) las más importantes, seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, estos tres trastornos fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). Se ha observado que la mayor prevalencia de trastorno depresivo se presentó entre las mujeres, así como entre las personas que sufrieron una pérdida o ruptura familiar y en la población con menores recursos económicos, siendo las principales variables sociales el sexo, la edad, la clase social y el estado civil.² Las personas casadas gozan de una mejor salud mental que sus contrapartes solteras y se sienten más satisfechas con su vida; las personas casadas se encuentran menos deprimidas que aquellas que permanecen solas. De igual forma se ha

observado que el divorcio condujo a un incremento en la presencia de trastorno depresivo. Aunque se ha comprobado que la pérdida de la pareja está asociada con un aumento en la sintomatología depresiva, la simple presencia de una pareja no es necesariamente un elemento protector, ya que los trastornos del ánimo y la sintomatología depresiva se asocian con la presencia de conflictos conyugales. La prevalencia de por vida del trastorno depresivo en los casados fue de 5.8%, de 6.1% para los viudos, separados o divorciados y de 4.9% para los solteros. En el caso de las mujeres se observaron diferencias más marcadas en la prevalencia de trastorno depresivo entre las casadas (5.3%), las viudas, divorciadas o separadas (18.3%) y las solteras (13.2%). Las mujeres que nunca se han casado y con un bajo ingreso económico presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo (10.7%) que sus contrapartes casadas y también de bajos ingresos (3.9%). En el caso de los hombres, las diferencias entre los casados y los solteros de bajos recursos económicos fueron mínimas (3.7 y 4.3%, respectivamente).³ En relación a la depresión, se presenta un primer auge alrededor de los 17 años del episodio depresivo mayor, otro segundo pico alrededor de los 32 años y al final de la edad máxima de la encuesta se presenta otro momento de auge (65 años). La depresión mayor se observó que es el tercer trastorno con mayor uso de cualquier servicio (21.8%). En cuanto al uso de servicios especializados, de igual forma ocupó el tercer lugar con un 11.9%.² Otros estresores que contribuyen en el desarrollo de la depresión, son los recursos económicos, las personas con menores ingresos tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. La carencia de recursos trae consigo tristeza, niveles elevados de estrés, aislamiento, incertidumbre, frecuentes hechos negativos y escaso acceso al sistema de salud y/o a otras fuentes de ayuda. En relación a la escolaridad, en la Ciudad de México se observó que niveles más bajos de escolaridad presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo. Así entonces, el primer análisis de regresión logística mostró que el estado civil no resultó ser una variable significativa para la presencia de trastorno depresivo en los hombres, mientras que los modelos de regresión para las mujeres, mostraron que además de los factores económicos y de responsabilidad familiar, el estado civil resultó ser una variable altamente relacionada con la depresión. Las mujeres que han perdido a su pareja corren un riesgo de desarrollar depresión 3.14 veces mayor que las que no lo han perdido. Los resultados de los dos modelos de regresión logística evidencian que los factores que más se relacionan con el trastorno depresivo tienen que ver con situaciones económicas desventajosas. Por todo lo anterior, no sorprende constatar que las mujeres jefas de familia, sin pareja, con un nivel socioeconómico bajo y pertenecientes a una familia extensa tengan muchas más probabilidades de presentar un trastorno depresivo. Las carencias de todo tipo que enfrentan las jefas de familias con ingresos económicos reducidos no sólo aumentan el riesgo de que las mujeres manifiesten trastornos como la depresión y una baja calidad de vida, sino que también comprometen las oportunidades que sus hijos tendrán en el futuro como adultos. Pensar en la prevención e intervención de las mujeres jefas de familia es pensar también en la posibilidad de romper con el círculo vicioso de la reproducción del malestar en los hijos.³

COSTO SOCIAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Dentro de las diez enfermedades más discapacitantes, cuatro son neuropsiquiátricas, entre ellas, la depresión. En el tema de salud mental, durante los últimos años se han implementado nuevas alternativas para el tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales, lo cual ha llevado a una reducción considerable en el tiempo de hospitalización y la calidad de vida de las personas que sufren de trastornos severos ha mejorado considerablemente. Alrededor de seis de cada 20 mexicanos (28.6%) ha presentado alguno de los 24 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, tres de cada 20 (13.9%) lo reportó en los últimos 12 meses y uno de cada 20 (5.8%) reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Uno de cada 10 sujetos (11.7%) con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención (19.4%), y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención (11.2%). Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usaron servicios.²

Dentro del costo social, se toma en cuenta la discapacidad y número de días productivos perdidos. La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad. En el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, la depresión se consideró como la enfermedad más discapacitante y ocupó el cuarto lugar en ese estudio. La discapacidad se evaluó con la Escala de Discapacidad de Sheehan y el número de días productivos perdidos.⁴ Según estimativos de la Organización Mundial de la Salud, un 12% del total de habitantes de un país pueden estar en condición de discapacidad. La discapacidad es un proceso dinámico que fluctúa en extensión y severidad a lo largo de la vida y puede limitar o no la capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. Los costos en discapacidad, se relacionan con la severidad de la limitación funcional y el nivel de discapacidad presentes.⁵ Las subescalas se promedian y se obtienen así una puntuación total que va de 0, sin deterioro en el funcionamiento, hasta 10, que indica un funcionamiento totalmente deteriorado. Los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad fueron la depresión (4.63 y 4.8), la fobia social (5.37 y 5.8) y el trastorno por estrés postraumático (5.61 y 5.35). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4.88). La pregunta sobre cuántos días fueron totalmente incapaces de trabajar los entrevistados en el último año, reveló que la depresión y el trastorno de pánico fueron los trastornos por los que, en promedio, se perdieron mas días de actividad. Los días perdidos por enfermedades crónicas (6.89) fueron menos que los que se perdieron por depresión (25.51), agorafobia (18.56), ansiedad generalizada (9.5), trastorno de pánico (20) y trastorno por estrés postraumático (14.21). Si se considera que existen tratamientos efectivos, sobre todo para pánico y depresión, puede decirse

que es posible disminuir el costo social de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.⁴

Los altos costos de la discapacidad pueden clasificarse como directos e indirectos. Los costos directos incluyen: el cuidado médico y de rehabilitación, las intervenciones tempranas y agresivas, la vigilancia de las condiciones crónicas y el uso de la tecnología. Los costos indirectos están representados en la pérdida de ganancias resultado de la condición de discapacidad y pueden incluir: la pérdida laboral, la disminución de ingresos, los bajos índices de satisfacción y bienestar, los pagos relacionados con el aseguramiento social, las indemnizaciones, los apoyos compensatorios del gobierno y la beneficencia pública, la dependencia que absorbe la familia o el pago de un cuidado y la pérdida de consumir menos bienes y servicios, como no pagar impuestos y no asumir otras responsabilidades sociales.⁵

GASTOS CATASTRÓFICOS

Los sistemas de salud son prestadores de servicios de salud, preventivos y curativos que pueden provocar diferencias importantes en la salud de las personas. Sin embargo, el acceso a estos servicios puede conducir a los individuos a gastar una proporción catastrófica de su ingreso disponible, y algunos de los hogares sean empujados a la pobreza. Los gastos catastróficos por motivos de salud, ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 30% o más de su capacidad de pago.⁷ La equidad del financiamiento abarca dos aspectos fundamentales: la mancomunación de los riesgos entre las personas sanas y las enfermas y la distribución del riesgo entre niveles de riqueza y de renta. La mancomunación significa que las contribuciones de quienes están sanos permiten pagar la atención prestada a quienes caen enfermos, de modo que éstos no tienen que soportar la doble carga de la enfermedad y del gasto financiero en atención de salud. El concepto de distribución del riesgo, aunque emparentado, refleja la premisa de que la equidad no significa que todo el mundo contribuya por igual, independientemente de la renta o la riqueza, sino que contribuyan más quienes dispongan de más recursos financieros. En términos prácticos, asumir esos conceptos relacionados con la equidad del financiamiento es un paso necesario para evitar que los hogares sufran gastos catastróficos cuando uno de sus miembros enferma.⁶

Se observa que en 2004 para el primer decil de Ingreso, el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos era de 11%. El promedio nacional de riesgo era de 5.3% y que generalmente el riesgo de incurrir en gasto catastrófico por motivos de salud se incrementaba conforme el hogar era más pobre. El promedio nacional de los hogares que se vieron obligados a gastar en salud e incurrir en gasto catastrófico, independientemente del nivel de ingreso fue de 7.9%, altamente contrastante resulta la diferencia en la proporción de hogares con gasto catastrófico, entre el primer decil (21.5%) y décimo decil (4%). Dichas estimaciones difieren, incluso

de las cifras oficiales, dado que los denominadores de cálculo cambian, en este caso se calcula el porcentaje de hogares con gasto catastrófico únicamente sobre aquellos que reportan algún tipo de gasto en salud, se excluye del análisis a los hogares que no reportaron alguno.⁸

La probabilidad de incurrir en gasto catastrófico está en función de una serie de características propias de los hogares como: proporción de niños y adultos mayores, pues el estado de salud de estos es más delicado que el de otros grupos de edad; otros factores muy importantes son el acervo de riqueza del hogar; la zona de residencia y la condición de aseguramiento.

En el rubro de educación, cultura y recreación es donde se halla una de las diferencias más grandes por decil de ingreso ya que mientras en el 1er decil representó 2.9%, en el 10mo decil fue del 13.8%. Lo anterior hace evidente la necesidad de fortalecer aún más las políticas que tengan como objetivo la inversión en el capital humano, ya que los pobres no cuentan con la posibilidad de destinar más recursos a su valorización. El porcentaje destinado al gasto en cuidados de la salud esta entre 4.2 y 5.7%. Se observa que para un aumento de 1% en la población de adultos mayores, y 1% en la proporción de niños menores de 2 años en el hogar, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta en 6% y 11% respectivamente. Esto se justifica porque tanto en niños como en adultos mayores se registra la mayor incidencia de enfermedades y las mayores tasas de mortalidad, además estos grupos etáreos no pertenecen a la población económicamente activa, por ello la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico, que tienen los hogares con niños y adultos mayores, es mayor. Las personas que viven en zonas urbanas tienen una menor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico que las personas que viven en zonas rurales, con un 2% de mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico. La probabilidad de incurrir en gasto catastrófico por cada discapacitado adicional en el hogar, aumenta en 3%. La relación entre la probabilidad de gasto catastrófico y los años de escolaridad es negativa porque disminuye el riesgo de incurrir en gasto catastrófico por cada año adicional de escolaridad. Lo anterior se explica porque una persona con educación está más consciente del riesgo de no cuidar su salud y además tiene mayores probabilidades de conseguir ingresos más altos, de acuerdo con la teoría del capital humano.⁸

Gasto de bolsillo

Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro.⁷

México presentó en 2001 una distribución inequitativa, dónde el 10% de la población más pobre captó apenas el 1% del ingreso, mientras que el 10% de la población más rica acaparó el 43%.

El que el principal pilar del financiamiento de los servicios de salud en México sean los gastos del bolsillo es altamente inequitativo y coloca a las familias en una situación de riesgo extremo de empobrecimiento, debido a las siguientes 6 características: 1. Puede ser un gasto imprevisto que sorprende a las familias y en ocasiones no se está en condiciones de solvencia económica para enfrentarlo. 2. El gasto en salud muchas veces es ineludible 3. El gasto en ocasiones es previsible pero ineludible (gasto por embarazo y parto) 4. Puede traducirse en un gasto permanente, al tratarse de padecimientos crónicos. 5. Puede ser un gasto en el sector privado resultante de la insatisfacción con los servicios públicos recibidos. 6. Puede deberse a abusos de un mercado de servicios de salud poco o mal regulado. El financiamiento público de los servicios en el área de salud en México es insuficiente, inequitativo e ineficiente, ya que el gasto total en salud como porcentaje del PIB es 6.1%, del cual sólo el 44.9% es público y el resto es gasto privado, fundamentalmente de bolsillo (OMS, 2005), lo que puede representar un gasto catastrófico para el hogar convirtiéndose en causal de empobrecimiento de los hogares.⁸

Se mencionan a continuación tres rubros de gastos de bolsillo en atención médica que representaron casi la totalidad del gasto en salud: “medicamentos no recetados”, “medicamentos recetados” y “consultas médicas” mientras que otros rubros como “atención hospitalaria”, “servicios odontológicos”, “servicios médicos durante el embarazo y parto”, “seguro privado”, “medicina alternativa” y “aparatos ortopédicos” tuvieron una menor participación porcentual dentro del gasto de bolsillo en salud.⁸

Gasto de consumo de los hogares

El gasto de consumo de los hogares se refiere a las compras en dinero y en especie de todos los bienes y servicios del hogar y al valor monetario del consumo de los productos elaborados por la familia.⁷

Gasto en alimentación

El gasto total en alimentos es la cantidad gastada por el hogar en todos los productos alimenticios que se consumen en el hogar, más el valor de los alimentos elaborados por la propia familia. Se excluye el consumo de sustancias y alimentos consumidos fuera del hogar.⁷

Gasto de subsistencia del hogar

El gasto de subsistencia es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. Una línea de pobreza es utilizada en el análisis del gasto de subsistencia.⁷

Línea de pobreza

La línea de pobreza se define como el gasto promedio per capita en alimentos de aquellos hogares cuya proporción de gasto en alimentos del gasto total se encuentra entre el 45 y el 55 percentil de toda la muestra de la encuesta.⁷

El elevado nivel de pobreza tiene repercusiones trascendentes en el ámbito de la salud, pues en muchas ocasiones el único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por enfermedad, se hunden en una trampa de pobreza, de la cual es muy difícil escapar.

El gasto de bolsillo es la alternativa para financiar las demandas de atención médica que tiene la población no asegurada, y también es la única opción que le queda a la población con aseguramiento público inconforme con los servicios proporcionados, y puede tener efectos catastróficos cuando el hogar no cuenta con la solvencia suficiente y tiene que recurrir al endeudamiento y/o a la venta de activos de la familia.⁸

En el Sistema Mexicano de Salud, la protección financiera supera la existencia de mecanismos que eviten los gastos excesivos por razones de salud que exponen a los hogares a la pérdida de sus ahorros, al endeudamiento, al sacrificio del consumo de otros bienes básicos, como la educación y la vivienda, o incluso a la pérdida del patrimonio familiar. En 2002 se hicieron cálculos para las 32 entidades federativas utilizando como fuente de información la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED). Las cifras más bajas de gastos catastróficos las presentaron Aguascalientes (2.45%), Colima (2.24%), Querétaro (2.45%) y Yucatán (1.38%), y las más altas, Chiapas (7.28%), Michoacán (6.47%) y Zacatecas (7.0). Un estudio a escala poblacional mostró que el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud y el porcentaje de hogares que viven por debajo de una cierta línea de pobreza inciden directamente en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos a nivel de países. El nivel de gasto catastrófico se estima a través de la contribución financiera de los hogares (CFH), que mide el porcentaje de la capacidad de pago de los hogares que se destina al gasto en salud. La capacidad de pago o ingreso disponible se define como el remanente del gasto total del hogar una vez descontado el gasto en alimentación o el nivel de gasto que define una línea de pobreza. Si la CFH supera el 30% de la capacidad de pago, entonces se dice que un hogar ha incurrido en gastos catastróficos por motivos de salud. Por quintil de gasto per cápita se observa, a escala nacional, que el 20% más pobre de los hogares presenta un mayor riesgo de empobrecimiento que el 20% más rico. En términos relativos, los hogares rurales presentan un mayor riesgo de empobrecimiento que los hogares urbanos. Por condición de aseguramiento se observó, en el ámbito nacional, que los hogares o asegurados presentan mayor riesgo de incurrir en gastos catastróficos que los hogares asegurados. Por grandes rubros de gasto de bolsillo se observa que, en el ámbito nacional, alrededor de 20% de los gastos catastróficos por motivos de salud son atribuibles exclusivamente a la compra de medicamentos. Si a este rubro de gastos se le agrega el gasto en atención ambulatoria, el porcentaje asciende a 62% de los hogares con gastos

catastróficos. En hospitalización, en el país, se encontró que en sólo 7% de los hogares con gastos catastróficos, éstos se debieron exclusivamente a gastos en atención hospitalaria. Por cada hogar asegurado con gastos catastróficos atribuibles al gasto en hospitalización existen 2.5 hogares no asegurados con esta condición. En el caso del gasto en hospitalización, destaca el hecho de que el riesgo de empobrecimiento es mayor en los hogares asegurados que en los hogares no asegurados en todas las entidades federativas, excepto en Guerrero. En un sistema de salud donde más de 50% del gasto total es gasto de bolsillo y alrededor de 50% de los habitantes no cuentan con seguridad social, el riesgo de incurrir en gastos excesivos siempre está latente. El porcentaje de hogares asegurado ha sido considerado como factor protector contra los gastos catastróficos. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, más de 14% de la población no fue atendida por un profesional a falta de recursos financieros. Un porcentaje importante de estas familias seguramente hubieran incurrido en gastos catastróficos de haber utilizado los servicios.⁶ Los hogares pobres viven para comer, pagar la renta y solventar gastos ineludibles y no cuentan con holgura para soportar ningún otro tipo de gasto adicional, mucho menos un gasto con altas potencialidades empobrecedoras y catastróficas como el gasto en salud; mientras que los hogares ricos presentan una estructura de gasto mucho más balanceada en donde pueden contar con posibilidades de incluir gastos adicionales para mejorar el capital humano, ya sea en educación o en salud.⁸

Elasticidad

La elasticidad es una medida de reacción de la demanda respecto al cambio en precios o en ingresos, es decir, frente a un cambio de un 1% en los precios o en el ingreso en qué magnitud porcentual se afecta la demanda. Hay entonces efectos directos, pero también cruzados vía precio y vía ingresos, los efectos precio están muy determinados por la complementariedad y la sustitución que exista entre los bienes, y el efecto ingreso, por la forma como la variación de los precios repercute en el ingreso disponible. En éste último sentido, si el precio de un bien sube, y si el hogar insiste en consumirlo, hay una reducción del ingreso disponible para el consumo de otros bienes. Por ejemplo, el pago de los servicios en salud obliga a las familias con más bajos ingresos a dejar de consumir otros bienes fundamentales, como educación y alimentos.

El gasto en salud tiene características particulares, como lo imprevisto de una alteración al estado de salud y lo cuantioso que puede ser un gasto que permita acceder al sistema de salud. Además se debe reconocer que dada la baja cultura de prevención que hay en México, los hogares más vulnerables económicamente se acercan a los servicios de salud, cuando la enfermedad se halla en fases avanzadas y el tratamiento se encarece.

El cálculo de las elasticidades precio para servicios de salud tiene una particularidad, en países como México cuyo sistema de salud tiene un componente muy importante de servicios públicos, por lo que es complicado calcular elasticidades precio, dado que hay una parte importante de los

servicios a los que no se les puede asignar un precio unitario, así no podremos tener de manera explícita efectos cruzados de demanda ante cambios de precios, pues también, es complicado encontrar sustitutos y no se tiene suficiente argumento teórico para justificar mediciones de servicios complementarios en salud. Las características de la demanda por servicios de salud en general, ya expuestas, hacen inferir la idea de que a un mayor consumo (y producción) de salud le brinda mayor utilidad al individuo. La demanda por servicios de salud es inelástica frente a precios. Hay ciertos estados de enfermedad, que obligan al individuo a consumir servicios de salud independientemente del precio que éstos tengan; a excepción de que se trate de servicios de salud a precio cero (financiados en su totalidad vía impuestos), entonces la disposición a pagar se manifiesta como disposición a esperar para recibir atención, por lo que sería el precio-tiempo el que afectaría a la demanda por servicios de salud. La salud debiera ser considerada como un bien normal. Sin embargo, se reconoce que pueden ser variables las respuestas del cambio porcentual en la cantidad demandada ante un cambio porcentual en el ingreso de la población.⁸

Si se comparan los totales por quintil de ingreso, dependiendo de la condición de aseguramiento, es consistente con el comportamiento que obtuvieron dado que la salud para los dos primeros quintiles es percibida como un bien básico, para los quintiles superiores se percibe como un bien de lujo, pues ante variaciones positivas en su ingreso demandarán más y mejores servicios; conviene observar que las elasticidades para la población no asegurada son más bajas. El comportamiento de la elasticidad de la “consulta externa” también muestra elasticidades muy bajas del orden 0.5 para el 1er quintil con aseguramiento comportándose como un bien necesario, en tanto que para el 4to y 5to quintil con aseguramiento las elasticidades son de 1.5 y 2.2 respectivamente, comportándose como un bien de lujo.

En las elasticidades calculadas para los “medicamentos recetados”, pareciera no haber diferencias respecto a la condición de aseguramiento, de esta manera los dos primeros quintiles se comportan ante este gasto como un bien necesario (entre 0.6 y 0.8), mientras que los quintiles más altos los perciben como bienes de lujo (entre 1.2 y 1.73), lo que también lleva a la reflexión de que los pobres consumen medicamentos imprescindibles o que les quitan los dolores, mientras que la población con mayores posibilidades económicas compra medicamentos más complejos y caros y tratamientos integrales que curen, rehabiliten y quiten las molestias. El gasto en “atención hospitalaria” es el que refleja más la diferenciación por condición de aseguramiento ya que mientras para la población asegurada ningún estimador es significativo, para la población no asegurada se distinguen dos comportamientos para los pobres no es significativo dado que o acceden a estos servicios en la medicina privada, mientras que para los dos quintiles más altos se percibe como un bien de lujo.⁸

Estudios de Costo de la enfermedad

Los estudios de costo de la enfermedad se han realizado desde los años cincuenta del siglo XX⁹; tienen la finalidad de estimar dos tipos de costos: los costos totales de la enfermedad que proveen estimados del gasto total en salud. Los costos incrementales como su nombre lo dice estiman los costos atribuibles a la presencia de la enfermedad. Para cada categoría existen dos abordajes generales metodológicos identificados. El abordaje de costo total incluye los métodos «sum_all medical y sum_diagnosis », ninguno utiliza un grupo de comparación para estimar costos. El abordaje de costo incremental incluye los métodos de control igualado y regresión igualada, ambos usan un grupo de comparación de pacientes sin la enfermedad al estimar los costos.¹⁰ Los estudios de los costos de la enfermedad ofrecen información útil de la carga económica que representa para una sociedad, aunque pueden ser deficientes ya que no contemplan los costos de las comorbilidades de dicha enfermedad, no miden el costo-beneficio de determinadas medidas para reducir o erradicar la enfermedad, por lo que no orienta hacia dónde deben dirigirse los recursos económicos existentes para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

Costo económico de la depresión

Se han realizado diversas revisiones sistemáticas acerca de los costos de la depresión. Luppá et al. realizaron una revisión sistemática de los estudios de costos de la depresión, evaluando la calidad metodológica y comparando los resultados. Los autores concluyeron que la depresión está asociada a un incremento considerable de los costos directos e indirectos. A pesar de las diferencias metodológicas en la estimación de los costos entre 24 publicaciones localizadas, la media anual de los costos directos adicionales por paciente deprimido varía en un rango de \$1.000 a \$2.500 (Dólares) dependiendo de los diferentes modos de financiación. Los costos directos incluyen los costos médicos (gasto farmacéutico, hospitalario y ambulatorio) y no médicos (servicios sociales y transporte). Pocos estudios incluyen la valoración de costos indirectos, lo que hizo más difícil su estimación: \$2.000 a \$3.700 dólares para costos de morbilidad (incapacidad, pérdida o restricción de la capacidad laboral atribuible a la enfermedad) y \$200 a \$400 dólares para costos de mortalidad (pérdida de productividad a causa de la muerte prematura).¹¹ Sobocki en 2006 realizó una revisión de la literatura sobre estudios de costo de la depresión analizando 19 publicaciones. Encontrando múltiples diferencias en objetivos y metodología. El autor concluye que los resultados claramente indican que el gasto de la depresión situado fuera del sector sanitario constituye la mayor parte, variando entre un 61 y 97% del costo total.¹² Donohue et al. En 2007 observó que en la bibliografía existente que la depresión conlleva una elevada utilización de recursos y gastos, muchos de los cuales no son resultado del costo de los tratamientos. La depresión es también una causa importante de ausentismo y disminución de la productividad laboral: se ha observado que los trabajadores con depresión cuentan entre 1,5 y 3,2 más días de

incapacidad laboral transitoria al mes que sus compañeros no deprimidos. Según los autores, las publicaciones existentes sobre el impacto del tratamiento en los costos laborales sugieren que las ganancias obtenidas al reducir el ausentismo y mejorar la productividad en el trabajo pueden compensar el costo de los tratamientos para la depresión.¹³ En México Rascón et al. Observó costos para la depresión de \$1292 dólares anuales en donde se hizo el supuesto que los pacientes acudían en condiciones óptimas de tratamiento y sin presentar ausentismo.¹⁴ En el 2007 Luppá et al. realizaron una revisión sistemática de los reportes que se tenían hasta esa fecha tratando de determinar una aproximación más exacta de los costos directos e indirectos de la depresión en diversas poblaciones, siendo el diseño del estudio *Bottom-up* (BU), una estrategia de procesamiento de información característica de las ciencias de la información, en lo relativo al software; en el diseño bottom-up las partes individuales se diseñan con detalle y luego se enlazan para formar componentes más grandes, que a su vez se enlazan hasta que se forma el sistema completo; las estrategias basadas en el flujo de información bottom-up, son potencialmente necesarias y suficientes porque se basan en el conocimiento de todas las variables que pueden afectar los elementos del sistema. Se arrojaron los resultados observados en la siguiente tabla: ¹¹

Estudio (año de costeo)	País	Muestra ³	Diagnósticos ²	Costo de la depresión por año en dólares ¹						Diseño del estudio	
				Costos directos			Costos Indirectos				
				D**	ND***	CE****	D	ND	CE		
(1) Costos relacionados al tratamiento de la depresión											
(A) Diagnóstico médico											
Salize et al; 2004 (2001)	Alemania	270	Trastorno depresivo	2240	-	-	-	-	-	-	BU
Druss et al ; 2000 (1995)	USA	15,153 (412)	Depresión mayor, distimia y otros trastornos depresivos	1543	-	-	1199	395	804	BU	
(B) Estudios diagnósticos											
Friemel et al; 2005 (2002)	Alemania	131	Depresión mayor, distimia y depresión menor	1345	-	-	-	-	-	BU	
(2) Costos totales de los servicios de salud											
(A) Diagnóstico médico											
Salize et al; 2004 (2001)	Alemania	270	Trastorno depresivo	4160	-	-	-	-	-	BU	
Tarricone; 1997 (1994)	Italia	556	Trastorno depresivo	2052	-	-	-	-	-	BU	
Trivedi et al; 2004 (1999)	USA	4429	Trastorno depresivo	7659	1788	5871	273	160	113	BU*	
Luber et al; 2001 (1994)	USA	3481 (246)	Trastorno depresivo	4354	4030	324	-	-	-	BU	
Luber et al; 2000 (1994)	USA	15,186 (714)	Trastorno depresivo	3296	220	1076	-	-	-	BU	
Druss et al; 2000 (1995)	USA	15,153 (412)	Depresión mayor, distimia y otros trastornos depresivos	5033	1092	3941	1199	395	804	BU	
Simon et al;	USA	12,514	Trastorno	5091	2843	2248	-	-	-	BU	

Estudio (año de costeo)	País	Muestra ³	Diagnósticos ²	Costo de la depresión por año en dólares ¹						Diseño del estudio
				Costos directos			Costos Indirectos			
				D**	ND***	CE****	D	ND	CE	
1995 (1993)		(6257)	depresivo							
(B) Estudios diagnósticos										
Katon et al; 2003 (1999)	USA	9001	Depresión subclínica	6494	4231	2263	-	-	-	BU
Unützer et al; 1997 (1995)	USA	2558	Depresión subclínica	2471	1682	789	-	-	-	BU
Simon et al; 1995 (1991)	USA	303	Ansiedad/depresión subumbral	2755	3505	-	-	-	-	BU
Sartorius et al; 1993 (1991)	USA	122	Ansiedad o depresión	5996	2491					
Hawthorne et al; 2003 (1999)	Australia	3010	Depresión mayor	-	-	2489	-	-	8368	BU
Chisholm et al; 2003, 2001 (1998)	España/Rusia	472	Depresión mayor	1254	-	-	1913	-	-	BU
(2) Costos totales de los servicios de salud										
(B) Estudios diagnósticos										
	USA	366	Depresión subclínica	3613	-	-	2816	-	-	
			Depresión mayor	3923			1845			
	Brasil	391	Depresión subclínica	1763	-	-	255	-	-	
			Depresión mayor	1866			364			
	Israel	383	Depresión subclínica	3859	-	-	911	-	-	
			Depresión mayor	2347			844			
	Australia	437	Depresión subclínica	2321	-	-	406	-	-	
			Depresión mayor	2557			1097			

*Bottom-Up **D Individuos deprimidos ***ND Pacientes no deprimidos ****CE Costos excesivos

1. Los datos originales fueron inflados a 2003 y luego convertidos en dólares americanos usando paridad de poder adquisitivo
2. Incluye episodio depresivo de la CIE-9, CIE-10, código diagnóstico F32 y depresión subclínica, trastorno depresivo mayor del DSM-III-R y DSM-IV
3. Muestra total y muestra con depresión

Existen diferencias entre medir la efectividad, eficacia y utilidad de una intervención. Se puede definir la eficacia 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). 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. 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.¹⁵ 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, 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.

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. 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.¹⁶

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 contribuye 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 OMS realizó un análisis de costo efectividad sectorial (WHO-CHOICE) en el 2004. Incluyó el uso de distintos medicamentos antidepressivos 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 resulto 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.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los costos directos asociados al tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor por episodio, hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) durante el periodo de enero a diciembre de 2012?
- ¿Un episodio depresivo que requiera hospitalización, genera un gasto catastrófico para la familia?

JUSTIFICACIÓN

En México hay un elevado nivel de pobreza, teniendo repercusiones en el ámbito de la salud, ya que la demanda de salud se incrementa constantemente. La información de costos se considera básica para mejorar la eficiencia económica en el cuidado de la salud. El cálculo de costos posee diferentes significados y dependen del propósito para el cual son usados, por ejemplo, puede ir de acuerdo al valor ético de la sociedad y no para ahorrar dinero, de igual forma, existen otras perspectivas de costeo como la toma de decisiones a partir del análisis de costo y los estudios de costo de una enfermedad en particular. A pesar de contar con literatura internacional, aún falta mucho por saber respecto a los costos asociados a la atención de la salud mental en México. Al tener un estudio de costos se tienen como beneficios el obtener la diferencia de costos entre distintas intervenciones en salud y la situación económica del paciente. Este estudio buscó establecer la asociación entre los costos directos y los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que se encontraron hospitalizados durante el año 2012 en el INPRF.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir los costos directos de la hospitalización en pacientes con depresión del INPRF.
- Describir en que pacientes con depresión que se encuentren hospitalizados en el INPRF, se presenta un gasto catastrófico de acuerdo a la contribución financiera de los hogares.

Objetivos Específicos

- Describir la situación sociodemográfica presente en las familias que cuentan con por lo menos un integrante con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que requirió hospitalización (sexo, edad, religión, lugar de origen, escolaridad y estado civil).
- Describir los datos generales sobre factores relacionados con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (edad de inicio de sintomatología afectiva, edad de inicio de tratamiento farmacológico, cambio de tratamiento farmacológico y motivo de éste).
- Describir la distribución de gastos del hogar en los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor hospitalizados en el INPRF.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein: Descriptivo y transversal

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al área de hospital durante un periodo de 12 meses. Se revisó el expediente clínico de cada uno así como la base de datos del hospital para registrar las intervenciones realizadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Diagnóstico de episodio depresivo de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- Hombres y mujeres
- Mayores de 18 años
- Que aceptaron participar y firmaron la hoja de consentimiento informado
- Ingreso a partir del año 2012, esperando una muestra mínima de 100 pacientes. Decidiendo este tamaño de la muestra para comparar los resultados con el estudio previo de costos directos en pacientes de consulta externa con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, realizado en el INPRF.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Dificultad para comunicarse y cooperar
- Discapacidad cognoscitiva, entendiéndose como aquellas personas que presenten dificultades en el nivel de desempeño de una o varias de las funciones mentales superiores y que intervienen en el procesamiento de la información.
- Dependencia a sustancias

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN

Los estudios que miden el costo de una enfermedad identifican tres categorías principales: los costos directos, los costos indirectos y los costos intangibles. En este estudio se midieron sólo los costos directos de la depresión que incluyen: hospitalizaciones, estudios de laboratorio y gabinete, fármacos, material de curación, interconsultas médicas a otros servicios y Terapia Electroconvulsiva (TEC).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- Para definir la distribución de gastos por parte de los pacientes se utilizará la versión del Hogar de la escala de IMPACTO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD EN HOGARES EN MÉXICO 2009 el cual está basado en el estudio global SAGE sobre el envejecimiento y la salud del adulto, la cual describe, a partir de variables económicas, cómo es el flujo de ingresos y egresos de dinero dentro de la familia (salarios, deudas, gastos, etc.)¹⁸.
- Formato de Datos Clínicos Demográficos (FDCD). Para poder determinar los costos directos que cada paciente generó durante el periodo de estudio, se creó un formato de recolección de datos que estará compuesto de los siguientes rubros:
 - Datos demográficos:
 - Expediente
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Estado civil
 - Nivel de escolaridad
 - Número de integrantes en la familia
 - Datos clínicos:
 - Diagnóstico en Eje I
 - Tratamiento farmacológico durante el periodo de tiempo de la evaluación
 - Datos relacionados con la atención del episodio depresivo mayor en hospitalización.

- Costo total y unitario de los estudios de gabinete y laboratorio solicitados según el protocolo de estudios establecido al ingreso de hospital.
- Costo total y unitario del tratamiento farmacológico
- Costo de los procedimientos realizados
- Costo de la atención médica.
- Costo de los procedimientos realizados (TEC).
- Soluciones parenterales

Cabe mencionar que ambos instrumentos de medición no miden estadios clínicos, miden las fuentes de ingresos y egresos propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸.

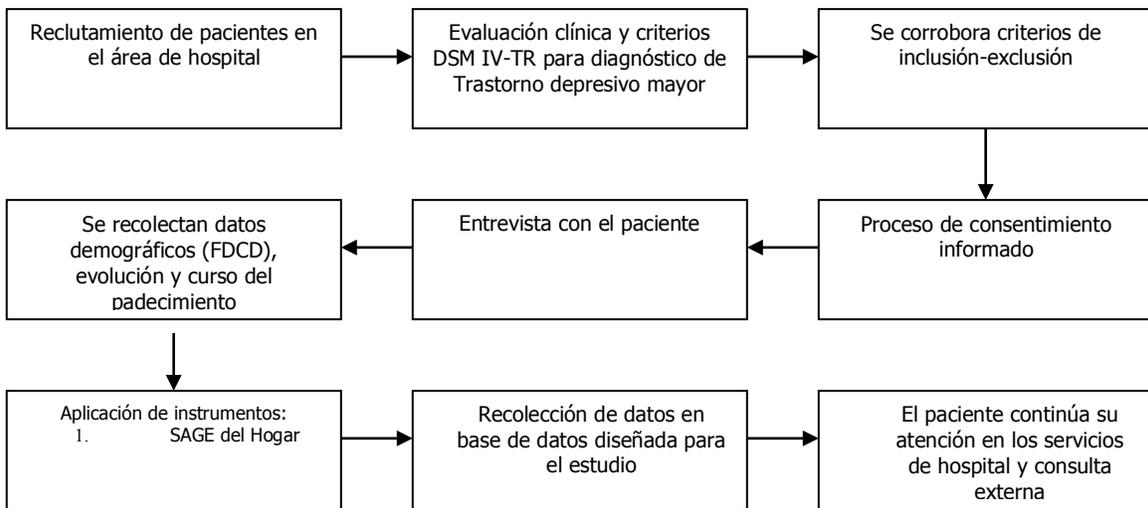
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ACUERDO AL NIVEL DE MEDICIÓN.

VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Edad	Dimensional	Formato de Datos Clínicos Demográficos
Sexo	Categórica	Formato de Datos Clínicos Demográficos
Ocupación	Categórica	Formato de Datos Clínicos Demográficos
Estado Civil	Categórica	Formato de Datos Clínicos Demográficos
Nivel de Escolaridad	Dimensional	Formato de Datos Clínicos Demográficos
Costo de Hospitalización	Dimensional	Expediente
Gasto en el Hogar	Dimensional	Entrevista

PROCEDIMIENTO

Se realizó el reclutamiento en la subdirección de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en búsqueda de pacientes con depresión unipolar que hayan ingresado a partir del año 2012 y que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. 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 la primera entrevista se realizó una explicación más profunda del estudio y se les brindó el consentimiento informado (Anexo 1). Una vez firmado el consentimiento informado se completó el “Formato de Datos Clínicos Demográficos” (FDCD) de cada uno de los pacientes el cual incluyó datos sociodemográficos, características del trastorno depresivo mayor, estudios realizados y tratamientos a lo largo de un año. La recolección de los datos se hizo mediante un interrogatorio directo con el paciente y su familiar con un contacto estrecho y pleno conocimiento de la evolución del padecimiento y establecimiento del mejor estimado clínico. Una vez completado el FDCD se realizó la entrevista SAGE para la obtención de los gastos correspondientes al hogar del paciente. Lo cual nos permitió definir los gastos en alimentación, ingresos del hogar y poder definir el gasto en salud. Se analizó la información y se describieron los porcentajes de gasto de los pacientes y la institución.

- Se solicitó apoyo al personal del Servicio de Hospitalización para el contacto de los pacientes de primera vez que requirieron de internamiento durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2012.
- El investigador principal contactó directamente al paciente y sus familiares para la autorización de ingreso al estudio y recabó la firma del consentimiento informado
- El investigador principal vació los datos recabados del paciente, familiares y expediente clínico al 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 (DS) para las variables continuas. Se utilizó la metodología propuesta para la distribución del gasto en salud y gastos catastróficos (un gasto mayor al 30% del gasto familiar). La información se analizó por los gastos netos y ajustados según el nivel socioeconómico dado por la institución.

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.

El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir atención médica y en caso de que se hubiera retirado del mismo, no hubiera afectado su tratamiento. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio, ni dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

Se trata 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 cincuenta y cuatro pacientes (n=54), de los cuales 45 (83.33%) fueron mujeres y 9 (16.66%) hombres. La media de edad fue de 35 años (18 a 63 años). En cuanto a la religión referida por los pacientes, el 77.77% son católicos, 7.4% cristianos, 1.85% testigo de Jehová, 7.4% otra religión y el 5.55% no profesaban ninguna religión. Los pacientes entrevistados acuden a este Instituto del Distrito Federal (75.92%), zona metropolitana (14.81%) y de otros estados de la república en el 9.25% de los casos. Referente a los años de estudio, el 1.85% cuenta con primaria incompleta, 9.25% primaria completa, 37.03% secundaria, 16.66% bachillerato y el 35.18% con licenciatura. El 57.4% son solteros, 35.18% casados y el 7.4% viven en unión libre. El 29.62% de la muestra cuenta con trabajo mientras que el 70.37% se encuentra desempleado. En cuanto al tipo de trabajo se encontró que el 7.4% (n=4) se dedican al hogar, el 1.85% (n=1) empleado gubernamental, 11.11% (n=6) empleado en empresa privada, 7.4% (n=4) negocio propio, 5.55% (n=3) trabajo eventual y el 1.85% (n=1) es profesionista independiente. De aquellos que no trabajan (n=38), el 3.7% (n=2) reportó no hacerlo por enfermedad física, el 33.33% (n=18) por problemas emocionales, el 1.85% (n=1) es jubilado y el 31.48% (n=17) por otra causa. (TABLA 1).

TABLA 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio				
VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Edad				
18-24 años	1	8	9	16.66
25-34 años	3	16	19	35.18
35-44 años	4	11	15	27.77
45 -54 años	0	7	7	12.96
55 o mas	1	3	4	7.4
Religión				
Católica	4	38	42	77.77
Cristiana	1	3	4	7.4
Testigo de Jehová	1	0	1	1.85
Otra	1	3	4	7.4
Ninguna	2	1	3	5.55
Residencia				
DF	7	34	41	75.92
Zona Metropolitana	0	8	8	14.81
Foráneos	2	3	5	9.25

TABLA 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio (Continuación)				
VARIABLE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Años de estudio				
Ninguno	0	0	0	
Primaria incompleta	0	1	1	1.85
Primaria completa	1	4	5	9.25
Secundaria	3	17	20	37.03
Bachillerato / Técnico	0	9	9	16.66
Licenciatura o más	5	14	19	35.18
Estado civil				
Soltero/divorciado/viudo	6	25	31	57.4
Casado	3	16	19	35.18
Unión Libre	0	4	4	7.4
Trabaja				
Si	4	12	16	29.62
No	5	33	38	70.37
Tipo de Trabajo				
Ninguno	5	30	35	64.81
Empleado gubernamental	0	1	1	1.85
Empleado en empresa privada	3	3	6	11.11
Negocio propio	1	3	4	7.4
Trabajo eventual	0	3	3	5.55
Profesionista independiente	0	1	1	1.85
Hogar	0	4	4	7.4
Porque no Trabaja				
Enfermedad física	0	2	2	3.7
Problemas emocionales	4	14	18	33.33
Jubilado	0	1	1	1.85
Otra Causa	1	16	17	31.48

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 (22.22%) iniciaron con sintomatología depresiva entre los 11 y los 15 años de edad, el 20.37% al tener menos de 10 años de edad, el 14.81% de los 20 a los 25 años, el 11.11% de los 16 a los 19 años, el 7.4% es el porcentaje encontrado para los grupos de los 26 a los 30 años, de los 36 a los 40 años y de los 46 a los 50 años; el 3.7% se encontró tanto para el grupo de los 31 a 35 años, como para los de 51 años y más; y el 1.85% para la edad de 41 a 45 años.

En cuanto a la edad en la que recibieron atención para dicha sintomatología por primera vez, encontramos que el 1.85% lo recibió antes de los 10 años, el 3.7% de los 11 a los 15 años, el 18.51% de los 16 a los 19 años, el 24.07% de los 20 a los 25 años, el 11.11% de los 26 a los 30 años, el 14.81% de los 31 a los 35 años, el 7.4% de los 36 a los 40 años, el 7.4% de los 41 a los 45 años, el 7.4% de los 46 a los 50 años y el 3.7% a partir de los 51 años.

Al recibir dicha atención, el 40.74% comentó haber acudido con un psiquiatra, el 18.51% con un médico general, 33.33% con un psicólogo y el 7.4% con otro tipo de profesionista.

El 75.92% (n=41) ya había recibido tratamiento previo a formar parte de la Institución, mientras que el 24.07% (n=13) tuvo el primer contacto con el INPRF.

En cuanto a las creencias relacionadas con su padecimiento (depresión) el 38.88% aseguraban que se debía a una alteración en su capacidad de sentir y pensar secundarias a un trauma, de igual forma el 38.88% lo creen secundario a una alteración en las sustancias químicas de su cerebro, el 14.81% lo explican por una mala actitud de las demás personas hacia ellos, y el 7.4% por un daño causado por malos hábitos o por cuestiones del clima o ambientales.

El 3.7% recibió tratamiento antidepresivo por primera vez entre los 11 a los 15 años, el 12.96% de los 16 a los 19 años, el 22.22% de los 20 a los 25 años, el 18.51% de los 26 a los 30 años, el 12.96% de los 31 a los 35 años, el 11.11% de los 36 a los 40 años, el 7.4% de los 41 a los 45 años, el 7.4% de los 46 a los 50 años y el 3.7% a partir de los 51 años.

El 51.85% de los pacientes reportaron haber tenido un episodio depresivo previo a la hospitalización, el 24.07% reportó 4 episodios o más, el 14.81% 2 episodios y el 9.25% 3 episodios previos.

Con respecto a la evolución del episodio depresivo actual, el 98.14% refirieron mejoría con el tratamiento recibido, aunque solo el 24.07% han logrado permanecer por más de 6 meses asintomáticos; mientras que el 1.85% refirió no presentar mejoría con el tratamiento recibido, y el 24.07% ha permanecido por más de 6 meses sin sentirse deprimido desde que se inició el tratamiento.

Del total de la muestra, 30 pacientes refirieron haber abandonado en alguna ocasión el tratamiento farmacológico por más de 15 días; de ellos el 20.37% lo hizo por problemas económicos, 11.11% por notar mejoría en sintomatología, el 7.4% por no notar mejoría, el 3.7% por molestias físicas, el 3.7% por miedo de tomarlo y el 9.25% por otras causas.

El 37.03% de los pacientes han utilizado un solo antidepresivo, pero al 22.22% se les ha cambiado en una ocasión, al 11.11% en dos ocasiones, al 24.07% en tres ocasiones y al 5.55% en cuatro o más ocasiones.

La razón principal para el cambio de tratamiento fue por no notar mejoría con el previo (38.23%), seguido de molestias físicas al tomarlo (20.58%), problemas económicos (2.94%) y por otras causas (38.23%). Al hablar del tema de la atención con su médico, el 79.62% refieren que la calidad de la información brindada sobre su padecimiento es buena o muy buena, 18.51% la califican como regular y el 1.85% mala.

El 16.66% de los participantes comentaron que la opinión de sus familiares y amigos respecto al uso de medicamentos podría influir en la suspensión de los mismos.

Respecto a la modalidad de tratamiento psicoterapéutico, el 75.92% (n=41) refieren recibirla o haberla recibido (de manera interna y/o externa), siendo el tipo más frecuente la terapia interpersonal (51.85%), seguida de la terapia grupal (9.25%), terapia psicoanalítica (5.55%), Terapia cognitivo conductual (3.7%), Gestalt (1.85%) y de otro tipo (3.7%).

Distribución de gastos del hogar en los pacientes con TDM hospitalizados en el INPRF

Los 54 participantes respondieron la encuesta de Impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009, Cuestionario del Hogar. Sobre la sección 0200: Vivienda el 42.59% (n=23) dijeron tener una casa propia. El 12.96% (n=7) comentaron estar pagando su casa. 11.11% respondió estar viviendo en la propiedad de algún otro miembro de la familia y se encuentra totalmente pagada, el 1.85% (n=1) comento vivir en la propiedad de algún otro miembro del hogar, pero aún la está pagando, el 16.66% (n=9) viven en viviendas rentadas, el 12.96% (n=7) comento vivir en viviendas prestadas y el 1.85% (n=1) vive en un “campamento”. Se obtuvo un promedio de 4.22 personas por hogar. (mínimo=1, máximo=16). 23 pacientes respondieron acerca del costo aproximado de su hogar con un promedio de \$885,217.39 Se consideró como cuarto toda habitación en la casa diferente a baños y pasillos obteniendo un promedio de 2.64 cuartos por vivienda (mínimo=1 máximo=7). (TABLA 2)

TABLA 2. Distribución de la vivienda de las familias de pacientes con TDM del INPRF		
Vivienda	N	%
Propiedad del jefe(a) de familia y está completamente pagada	23	42.59
Propiedad del jefe(a) de familia, pero aún la está pagando	7	12.96
Propiedad de algún otro miembro del hogar y está completamente pagada	6	11.11
Propiedad de algún otro miembro del hogar, pero aún la está pagando	1	1.85
Rentada	9	16.66
Prestada	7	12.96
Otro	1	1.85
Total	54	99.98
Costo promedio de la vivienda familiar		\$ 885,217.39
No de personas por vivienda		4.22
Habitaciones promedio por vivienda		2.64

Se evaluaron las redes de apoyo familiar y transferencias económicas, rubros correspondientes a la sección 0300 de la encuesta de Impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009, Cuestionario del Hogar. La cual evalúa los ingresos en los últimos 12 meses por parte de familiares, de la comunidad y apoyos gubernamentales. Teniendo en promedio un apoyo por familiares de \$2,789.63, un promedio de \$256.67 por apoyo de la comunidad, y en promedio \$1,736.00 de apoyo recibido por el gobierno. (TABLA 3)

TABLA 3. Redes de apoyo familiar realizados por las familias y los pacientes con TDM hospitalizados en el INPRF. (n=54)		
Transferencias al hogar	Media	DS
Ayuda por familiares	2,789.63	6,112.28
Ayuda por la comunidad	256.67	1,155.84
Ayuda gubernamental	1,736.00	4,699.89
Total	4,782.30	7,348.25

Se midieron los indicadores de ingreso permanentes (activos) correspondientes a la sección 0400 de la encuesta de Impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009, Cuestionario del Hogar. La cual evalúa los bienes de las familias encuestadas encontrando que 5 familias cuentan con sistema de seguridad en casa. Se reportó que 30 (55.55%) viviendas cuentan con un televisor, el 31.48% (n=17) dos televisores, 11.11% (n=6) tres televisores y el 1.85% (n=1) cuenta con cuatro televisores. 19 hogares reportaron automóvil (mínimo=1, máximo=4). Las 54 (100%) viviendas cuentan con electricidad. 38 hogares (70.37%) cuentan con fregadero en la cocina, 41 (75.92%) con agua caliente, 40 (74.07%) con lavadora, 51 (94.44%) con refrigerador, 5 (9.25%) cuentan con empleados en casa, 51 (94.44%) cuentan con celular, 37 hogares (68.51%) cuentan

con computadora en casa, 30 (55.55%) con estereo, un hogar (1.85%) tiene ganado, 32 hogares (59.25%) cuentan con internet, 1 (1.85%) con motocicleta, 3 (5.55%) cuentan con otra casa. (TABLA 4)

TABLA 4. Principales activos en los hogares de pacientes con TDM del INPRF					
Activo	N=	%	Activo	N=	%
Bicicleta	21	38.88	Carreta	0	0
Fregadero	38	70.37	Computadora	37	68.51
Agua Caliente	41	75.92	Estéreo	30	55.55
Lavadora	40	74.07	Ganado	1	1.85
Refrigerador	51	94.44	Accedo a Internet en casa	32	59.25
Empleados en el hogar	5	9.25	Moto	1	1.85
Teléfono celular	51	94.44	Otra casa	3	5.55

El apartado 0422 a 0428 de la encuesta de Impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009, Cuestionario del Hogar. Evalúa las fuentes de ingreso y deuda de los hogares encuestados. El 48.14% (n=26) de los hogares encuestados reporto una fuente regular de ingresos. El 25.92% (n=14) reporto una fuente regular pero por temporadas y de igual forma el 25.92% (n=14) reporto no tener una fuente regular de ingresos. (TABLA 5)

TABLA 5. Regularidad en el ingreso en la vivienda de las familias de pacientes con TDM del INPRF		
Regularidad en el ingreso familiar	N	%
Fuente regular de ingresos	26	48.14
Fuente regular pero por temporadas	14	25.92
No	14	25.92
Total	54	100%

Sobre las fuentes de ingreso, se tuvo un promedio de acuerdo al salario mínimo percibido, de \$6,792.19, y un promedio de \$828.52 por la percepción de otros ingresos como vender o comercializar algún producto, la renta de alguna propiedad, o recibir pensiones. Dependiendo del ingreso mensual, en promedio 3.67 personas por hogar (mínimo=1, máximo=10, DS=1.74). (TABLA 6)

TABLA 6. Distribución de los ingresos en las viviendas de las familias de pacientes con TDM hospitalizados en el INPRF. (n=54)		
Ingresos	Media	DS
Salario Mensual	6,792.19	6,404.49
Otros ingresos	828.52	2,300.94
Total	7,620.70	7,140.19

El 27.77% (n=15) de los pacientes considero que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades. 72.22% (n=39) de los pacientes respondieron que sus ingresos son insuficientes. El 9.25% (n=5) de los pacientes respondió que la situación económica en su hogar es muy mala, el 18.51% (n=10) como mala, el 59.25% (n=32) como regular y el 12.96% (n=7) como buena. (TABLA 7)

TABLA 7. Apreciación sobre la situación económica en los hogares con pacientes con TDM del INPRF		
	n	%
Muy Buena	0	0
Buena	7	12.96
Regular	32	59.25
Mala	10	18.51
Muy Mala	5	9.25
Total	54	100

Se evaluó el gasto en el hogar (apartado 0500) encontrando un promedio en el gasto mensual de alimentos de \$4,336.59, un promedio en los servicios de vivienda (agua, luz, teléfono, gas y renta) de \$1,501.69, un promedio de gasto por transporte de \$1,105.09, y un promedio en varios gastos (recreación y otros bienes) de \$1,747.54. (TABLA 8).

Gasto en el hogar	Media	DS
Gasto mensual en alimentos	4,336.59	3,678.91
Servicios de vivienda	1,501.69	1,085.32
Transporte	1,105.09	2,054.50
Varios	1,747.54	1,671.06
Total	8,690.91	6,408.79

Sobre el pago en gasto en salud el 90.74% de los pacientes cubren sus gastos en salud con sus ingresos. El 44.44% cubre sus gastos de salud pidiendo prestado. El 25.92% con el reembolso de un plan de seguro médico o a través de un préstamo a alguna institución o agencia financiera. El 11.1% lo hace con sus ahorros o a través de la venta de ciertos artículos. (TABLA 9)

Pago de gasto en salud	%
Ingresos propios	90.74
Ahorros	5.55
Seguros médicos	12.96
Ventas de artículos	5.55
Pidiendo prestado	44.44
Créditos	12.96
Otros	1.85

Costos Directos

De la muestra de 54 pacientes, tomando en cuenta el nivel socioeconómico designado, el costo directo total fue de \$383.421.14. La hospitalización tuvo un costo promedio de \$4,004.07 (mínimo= \$0.00 y máximo= \$17,880), con un promedio de 20 días (mínimo= 7 días y máximo= 49 días). Se encontró para los estudios de laboratorio, el costo promedio de \$447.04 (mínimo= \$0.00 y máximo= \$2,038.00). Para los estudios de gabinete, el costo promedio fue de \$1,217.41 (mínimo= \$86 y máximo= \$6,195). El costo promedio de los medicamentos fue de \$1,620.44 (mínimo=\$235.76 y máximo=\$6,745.51). Las interconsultas realizadas dentro de la hospitalización, tuvieron un costo promedio de \$75.88 (mínimo=\$42 y máximo= \$149), en cuanto al material de curación que se utilizó, se tuvo un costo promedio de \$62.51 (mínimo= \$0.99 y máximo= \$831.69); de la muestra, un paciente requirió Terapia Electroconvulsiva (TEC), con un costo unitario para su nivel socioeconómico de \$37, requiriendo 8 sesiones, con un total de \$296.00. En caso, de que el nivel socioeconómico no se aplicara en el pago que realizan los pacientes, y se determinara que deben cubrir el nivel 6, los costos directos hubieran tenido un total de \$ 1,813,737.14; con un promedio de estancia intrahospitalaria de 20 días de igual forma. Para la hospitalización se tendría entonces un costo promedio de \$23,575.11 (mínimo=\$8,344 y máximo=\$58,408), un costo promedio para laboratorio de \$2,461.58 (mínimo=\$112 y máximo=\$5,195), el costo promedio para gabinete de \$7,110.02 (mínimo=\$1,227 y máximo=\$15,264), el costo promedio para los medicamentos de \$1,620.44 (mínimo=\$235.76 y máximo=\$6,745.51), para las interconsultas realizadas un costo promedio de \$532.44 (mínimo=\$63 y máximo=\$1,190), para el material de curación un costo promedio de \$62.51 (mínimo=\$0.99 y máximo=\$831.69). El paciente que requirió TEC, en caso de no contar con el nivel socioeconómico correspondiente, hubiera tenido un costo total de \$2, 440 por las 8 sesiones.

Sobre la estratificación del nivel socioeconómico por trabajo social, 17 pacientes recibieron el nivel 1, quienes presentaron un total de costos directos de \$64,312.36 pesos; con un promedio en el costo de hospitalización de \$1,777.18 (mínimo=\$ 1,079 y máximo=\$ 3,237), el costo promedio en laboratorio fue de \$201.35 (mínimo=\$ 19 y máximo=\$386), el costo promedio en gabinete fue de \$507.71 (mínimo=\$ 86 y máximo= \$956), en medicamentos el costo promedio fue de \$1,361.94 (mínimo=\$ 437.55 y máximo=\$ 2,591.40), el costo promedio en material de curación fue de \$17.47 (mínimo=\$1.09 y máximo=\$ 64.12); para las interconsultas realizadas, el costo promedio fue de \$49 (mínimo=\$ 42 y máximo=\$84).

Para el nivel socioeconómico 2, el cual 13 pacientes recibieron, los costos directos fueron de \$80,164.45 con un promedio en el costo de hospitalización de \$2,937 (mínimo=\$ 858 y máximo=\$ 1,007), el costo promedio en laboratorio fue de \$331.08 (mínimo=\$ 31 y máximo=\$488), el costo promedio en gabinete fue de \$883.54 (mínimo=\$ 147 y máximo= \$1,414), en medicamentos el

costo promedio fue de \$1,868.06 (mínimo=\$ 235.76 y máximo=\$ 6,745.51), el costo promedio en material de curación fue de \$150.34 (mínimo=\$0.99 y máximo=\$ 831.69); para las interconsultas realizadas, el costo promedio fue de \$68.33 (mínimo=\$ 63 y máximo=\$71); el paciente que requirió TEC, se encontró dentro de este nivel socioeconómico, quién por 8 sesiones tuvo un costo de \$296.

El nivel socioeconómico 3, se otorgó a 21 pacientes, quienes representaron la población más grande de la muestra (39%), teniendo un costo directo de \$175,508.94. El promedio en el costo de hospitalización fue de \$5,009.24 (mínimo=\$ 0.00 y máximo=\$ 10,430), el costo promedio en laboratorio fue de \$605.95 (mínimo=\$ 0.00 y máximo=\$1,342), el costo promedio en gabinete fue de \$1,748 (mínimo=\$ 307 y máximo= \$3,818), en medicamentos el costo promedio fue de \$1,608.04 (mínimo=\$ 509.20 y máximo=\$ 5,706.67), el costo promedio en material de curación fue de \$7.16 (mínimo=\$1.98 y máximo=\$ 13.08); para las interconsultas realizadas, el costo promedio fue de \$127.50 (mínimo=\$ 63 y máximo=\$149). Los valores en cero, corresponden a aquellos pacientes que fueron exentos de dicho pago.

El nivel socioeconómico 4 se otorgó a un paciente; quién permaneció hospitalizado por 19 días. Con un costo directo de \$ 21,771.69; de los cuales, el costo por hospitalización fue de \$11,343; el costo en laboratorio fue de \$2,038; en gabinete fue de \$6,195; en cuanto a medicamentos el costo fue de \$2,195.69; dicho paciente no requirió material de curación, ni recibió interconsultas por los servicios interdisciplinarios.

Un paciente recibió el nivel socioeconómico 5; quién cursó 15 días de estancia intrahospitalaria; con un costo directo de \$20,775.23, siendo el costo por hospitalización de \$13,410; el costo en laboratorio fue de \$1,856; para gabinete el costo fue de \$2,838 y en medicamentos el costo fue de \$2,467.23. De igual forma, no requirió material de curación ni interconsultas por otros servicios.

El nivel socioeconómico 6 lo recibió un paciente, quién permaneció por 14 días hospitalizado; con un costo directo de \$21,255.47; el costo por hospitalización fue de \$17,880; para laboratorio el costo fue de \$112; para gabinete el costo fue de \$1,466 y en medicamentos el costo fue de \$1,634.47; no requirió material de curación ni interconsultas. Es importante mencionar, que dichos gastos, fueron cubiertos por el seguro del metro, con el cual cuenta el paciente.

La institución absorbió \$1,430,316.04 pesos en los 54 pacientes hospitalizados, lo que corresponde al 78.86% del costo directo total a nivel 6. (TABLA 10).

TABLA 10. Análisis Descriptivo de los Costos Directos de TDM en pacientes hospitalizados del INPRF. (n=54)				
	Por nivel socio-económico		Nivel socio-económico 6	
	Media	DS	Media	DS
Consulta Externa	22.48	40.58	157.76	285.91
Gabinete	991.96	1,129.85	5,793.35	4,213.89
Hospitalización	4,004.07	3,426.17	23,575.11	9,641.31
Laboratorio	430.48	405.72	2,370.41	1,137.82
Material de curación	25.47	119.66	25.47	119.66
Medicamentos	1,620.44	1,271.97	1,620.44	1,271.97
TEC	5.48	40.28	45.19	332.04
Total	7,100.39	4,999.67	33,587.72	12,248.85

Al evaluar el pago realizado por hogar para cubrir la hospitalización, se observó que ningún hogar tuvo un gasto catastrófico al aplicar el descuento por nivel socioeconómico; sin embargo al aplicar el costo real, es decir, el nivel socioeconómico 6, se observó que el 75.92% de los hogares hubiera tenido un gasto catastrófico, representado por un gasto >30% de sus ingresos anuales. (Tabla 11 y 12)

TABLA 11. Porcentaje de gasto en hogares por hospitalización de TDM, de acuerdo a Nivel Socio-económico		
Porcentaje del gasto en hospitalización	n=54	Porcentaje de pacientes
1-10%	36	66.66%
11-20%	12	22.22%
21-30%	6	11.11%
>30%	0	0%

TABLA 12. Porcentaje de gasto en hogares por hospitalización de TDM, de acuerdo a Nivel Socio-económico 6		
Porcentaje del gasto en hospitalización	n=54	Porcentaje de pacientes
1-10%	2	3.7%
11-20%	5	9.25%
21-30%	6	11.11%
>30%	41	75.92%

Los 54 pacientes respondieron el Cuestionario de utilización de Servicio (SUQ), encontrándose que el 98.14% (n=53) consideró los servicios o tratamientos para la depresión necesarios, mientras que el 1.85% (n=1) respondió que no. El 98.14% (n=53) consideró que los prestadores de atención médica están bien preparados y son sensibles a sus problemas y necesidades de salud. El 98.14% (n=53) consideró que el tratamiento o la atención que recibieron fue suficientemente buena en cuanto a calidad. El 57.40% (n=319) consideró que los honorarios/cuotas que pagó por tratamiento y medicamentos fueron accesibles en cuanto a costo para ellos. El 29.62% (n=16) refirió que él o algún familiar sienten pena al buscar algún tipo de tratamiento psiquiátrico (estigma). El 79.62% (n=43) reportó que no le disgusta tomar medicamentos o la presencia de efectos colaterales.

De los 54 pacientes, 13 requirieron cuidador contratado para la hospitalización, mientras que 26 pacientes requirieron que un familiar dejara de laborar para ser cuidador durante la hospitalización y 8 pacientes requirieron que 2 familiares dejaran de laborar. 19 pacientes mencionaron que dejaron de laborar por la hospitalización. De los 34 familiares que dejaron de laborar, 21 tienen un trabajo manual y 13 cuentan con un trabajo de oficina, De los 19 pacientes que dejaron de laborar, 11 contaban con un trabajo manual y 8 de oficina. El costo promedio en cuidadores contratados al bimestre fue de \$2 707.69.

DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno común, con consecuencias económicas asociadas a un incremento en los costos directos e indirectos, tomando en cuenta que aproximadamente un tercio de la tasa de prevalencia de dicho diagnóstico recibe tratamiento. Los estudios de costos de las enfermedades, dan un estimado de cuanto una sociedad gasta en una enfermedad en particular, e identifica los diferentes componentes del costo, que pueden ser directos, indirectos e intangibles. Los costos directos incluyen costos médicos y no médicos; de los costos médicos se incluyen aquellos costos como paciente externo, paciente hospitalizado y costos farmacéuticos. De los costos no médicos, se incluye transporte y servicio social.¹¹

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), durante el año 2012 se tuvieron 577 hospitalizaciones, de las cuales 304 tuvieron el diagnóstico de depresión (F.32 y F.33 según la CIE 10); en este estudio se tomaron en cuenta los costos médicos directos de 54 pacientes hospitalizados que tuvieron el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-IV-TR, que cumplieran los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado. Se encontró un promedio de \$23,575.11 pesos para la hospitalización, con un promedio de 20 días de internamiento. Al aplicar el descuento según el nivel socioeconómico de cada paciente, el promedio del costo por hospitalización se reduce a \$ 4,004.07 pesos; lo que corresponde a \$1,859.59 dólares sin descuento y a \$315.83 dólares con descuento, tomando en cuenta el precio del dólar americano en marzo de 2013 (\$12.67755 pesos). Por lo que en caso de que la hospitalización no contara con el descuento, el costo directo se encontraría dentro del rango mencionado por Melanie Luppa de \$1,000 a \$2,500 dólares.

En comparación con el estudio realizado por Jeremy Cruz-Islas en 2010, se tiene que el costo anual en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de la consulta externa es de \$1,025 dólares²⁰, mientras que el costo de una hospitalización con el descuento aplicado corresponde al 30.80% del costo anual en salud; sin embargo al no aplicar dicho descuento, se aumentan las probabilidades de que el costo directo anual de un episodio depresivo que requiera hospitalización, quede por arriba del costo directo por depresión en consulta externa.

Luppa y col., mencionan que el costo más relevante de los costos directos, es el de hospitalización, lo cual en este estudio se puede observar, ya que aproximadamente el 57% se debe a la hospitalización, seguido del 23% en medicamentos.

Se encontró un promedio de ingresos por salario mensual de \$6,792.19 pesos, del cual dependen en promedio 3.67 personas, de las cuales una presenta TDM.

De los hogares encuestados, al aplicar el descuento de acuerdo al nivel socioeconómico por hospitalización, ninguno presentó gasto catastrófico; de no aplicarse el descuento, el gasto catastrófico se presentaría en el 75.92% (n=41) de los hogares por hospitalización por TDM. Dentro del INPRF, de los pacientes que requirieron cuidador, la familia pagó algunos de los alimentos, en caso de que dicho costo se considerara como un costo directo de la hospitalización, un hogar hubiera presentado gasto catastrófico (>30%) por la hospitalización; sin embargo el costo de alimentos no se incluyó dentro de los costos directos, ya que en la literatura no se encuentra dentro de este rubro.

De los 54 pacientes, el 90.74% cubren sus gastos en salud anual con sus ingresos. De la muestra total, el 5.55% se apoya para cubrir los gastos en salud, en sus ahorros, el 12.96% en el seguro médico (excluyendo la hospitalización en el INPRF), el 5.55% en la venta de artículos, el 44.44% pidiendo prestado a personas que viven fuera de su hogar, y el 12.96% con apoyo crediticio.

Al no contar con seguridad social aproximadamente el 50% de los habitantes del país, el riesgo de incurrir en gastos excesivos es latente; éste mismo riesgo lo corren los hogares rurales y los hogares pobres, por lo que el porcentaje de hogares asegurados ha sido considerado como factor protector contra los gastos catastróficos.⁶

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental, debe abordarse como el resultado de la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social; un enfoque que intente abordar la salud mental en toda su complejidad, tomando en cuenta tanto la dimensión social como la física. En este estudio se observa que más del 80% de la muestra, corresponde al género femenino, ante lo cual, dicha institución (OMS) ha mostrado en varias investigaciones, que el género tiene un peso fundamental en la salud mental de los sujetos: “El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y su salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental”. Según datos de la OMS, las mujeres sufren más que los hombres de ansiedad y depresión en una relación de 1.5:1 y 2:1 tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte.²¹

CONCLUSIONES

La depresión se asocia a un incremento en los gastos directos por salud en los hogares mexicanos, lo cual aumenta notablemente cuando uno de los integrantes de la familia cursa con éste diagnóstico y requiere de hospitalización, ya que este estudio corrobora que los gastos en salud que corresponden a la hospitalización y los medicamentos, forman el mayor porcentaje del gasto, lo que expone a más de la mitad de los hogares a presentar un gasto catastrófico; lo cual posterior a la aplicación del descuento por nivel socioeconómico, el gasto catastrófico no se presentó en los hogares de los pacientes que cursaron con un episodio de Trastorno Depresivo Mayor que requirió hospitalización. Es importante tomar en cuenta, que si bien los hogares no tuvieron un gasto por arriba del 30% de los ingresos anuales por la hospitalización, continua representando un reto para las familias mexicanas, ya que entre la tercera y la cuarta parte de los hogares, la mujer constituye la principal fuente de ingresos; lo cuál es relevante por la relación mujer-hombre que es de 2:1 para la depresión.

Al comparar estos resultados con estudios internacionales, los datos son similares en cuanto a los costos directos de salud; en este estudio, el gasto catastrófico se encontró por debajo del reportado por la Secretaría de Salud en 2002 (1.5 a 4% de los hogares) al tomar en cuenta solo una hospitalización con el ajuste de acuerdo al nivel socioeconómico; sin embargo este porcentaje no se cumple sin aplicar el descuento, encontrándose que más del 50% de los hogares, presentarían un gasto catastrófico, por un solo episodio depresivo que requiriera hospitalización en el periodo de un año.

Como factor protector contra los gastos catastróficos, es el contar con un seguro de servicios médicos, sin embargo son pocos los hogares que tienen acceso a contar con éste, sin dejar de mencionar que las aseguradoras no cubren los trastornos psiquiátricos; lo cual sería fundamental ya que el Trastorno Depresivo Mayor puede llegar a ser recurrente, lo cual implica un gasto constante dentro de los hogares, tomando en cuenta el alto costo de los psicofármacos, el tiempo prolongado de su administración y las consultas subsecuentes que se requieren para su manejo, así como en caso de ser necesario la hospitalización; lo cual se ha llegado a comparar con el costo que producen de igual forma las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales sí cuentan con un mayor apoyo y aporte económico por parte de la Secretaría de Salud, así como por parte de la práctica clínica privada y aseguradoras privadas.

Anexos

I. *Consentimiento informado*

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Estudio descriptivo de los costos directos y estimación de gasto catastrófico en pacientes hospitalizados con depresión en el INPRF”

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 el costo directo generado 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 dichos costos, y así generar políticas de Salud Pública que puedan intervenir tempranamente, permitiendo menor desgaste económico para el paciente, sus familiares y la sociedad en general.

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 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 el periodo de hospitalización. 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, siendo de mi conocimiento que no existe ningún beneficio directo para mi.

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. La investigación constará de una entrevista para la aplicación de las evaluaciones, con una duración de 40 minutos aproximadamente.

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.

Esta investigación no tendrá ningún costo para el paciente o familiares.

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dra. Marlene Delgadillo Díaz, al teléfono 5534445146: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos, Modulo E consultorio 6.

Firma del Paciente.

Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1

Parentesco

Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Parentesco

Fecha.

Nombre del Testigo 2

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Masson S.A; 2000.
2. Medina-Mora M. E., Borges G, Lara Muñoz M.C., *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26 (4):1-16.
3. Berenzon Gora S, Tiburcio M.M., Medina-Mora M.E. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental* 2005; 28(6):33-40
4. Lara Muñoz M.C., Borges G, Medina-Mora M. E., *et al.* Social cost of mental disorders: disability and work days lost results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2007; 30 (5):4-11.
5. Hernández-Jaramillo J, Hernández-Umaña I. Una aproximación a los Costos Indirectos de la Discapacidad en Colombia. *Rev. Salud pública* 2005; 7(2):130-144.
6. Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Pública de México* 2005; 47 (1):s47-s53.
7. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. *Metodología. Organización Mundial de la Salud* 2005 (2).
8. Cruz Rivero C, Luna-Ruiz G, Morales Barrera R, *et al.* Gasto catastrófico en salud y elasticidades ingreso por tipo de gasto en servicios de salud en México. *Bienestar y Política Social* 2006; 2 (1): 51-73.
9. Hodgson T.A. Cost of illness methodology a guide to current practices and procedures. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1982; 60 (3): 435-62.
10. Akobundu E, Ju J, Blatt L, *et al.* Cost-of-Illness Studies A Review of Current Methods. *Pharmacoeconomics* 2006; 24 (9): 869-890.
11. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer M, *et al.* Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98: 29-43.
12. Sobocki P. Health economics of depression. Tesis doctoral. Stockholm: Karolinska Institutet 2006:11-68.
13. Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics* 2007; 25: 7-24.
14. Rascon R, Arredondo A. Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: Depresión y Esquizofrenia. *Salud Mental* 1998; 21: 43-47.
15. Franco Sassi. Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. *Health Policy Plan* 2006; 21(5):402-408.
16. Eaton W.W, Martins S.S, Nestadt G, *et al.* The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev.* 2008; 30:1-14.
17. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos J.L, *et al.* Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 184:393-403.
18. Organización Mundial de la Salud: The Global Burden of Disease 2004. Update 2008. (www.who.int)
19. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva. Porcentaje de hogares con gastos catastróficos 2000. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.

20. Cruz-Islas J. Estudio descriptivo de los costos directos y estimación de gasto catastrófico de la depresión en pacientes con depresión en el INPRFM. Tesis para especialidad en Psiquiatría. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2010.

21. Ordorika-Sacristán T. Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. Revista Mexicana de Sociología 2009; 71(4):647-674.