



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

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

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS COSTOS DIRECTOS Y ESTIMACIÓN
DE GASTO CATASTRÓFICO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DEPRESIÓN EN EL INPRFM**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:**

JEREMY B. CRUZ ISLAS

ASESORES:

DRA. MARTHA P. ONTIVEROS URIBE

DRA. MARÍA DEL CARMEN E. LARA MUÑOZ

[JUNIO 2011]



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

“Porque para perras..... LAS LOBAS”

Dicho Popular

A mis abuelos **Josefina y Salvador** quienes me enseñaron el gusto por **vivir** y el **saber**. Gracias por educarme entre la **Magia** y la **Ciencia**. Mi visión de todos los **mundos** no hubiese sido la misma. A mis padres **Juana y Bernardo** quienes siempre me han mostrado, enseñado e insistido que la Integridad y la Coherencia hacen a una persona **completa**, que siempre es mejor hablar claro (en momentos duro, directo y sin miedo). Que la **vergüenza** solo existe en pocas situaciones (pocas) y que tanto la individualidad como la singularidad son cosas que se deben de cuidar en las personas. Ojala se me hubiera pegado un poco de su **prudencia**... Los quiero mucho!!!. Mira-Bai, Gretel, Kika, Adriana y Xochitl. Hay tanto que decir de estos 15 años, poco que escribir, por eso de la brevedad; lo más importante: **Gracias**. Ginita, Pedro, Teresita, Lupita y Federico. No entiendo como me aguantan todo.... Muchachos **llegaremos lejos**. Mauricio Palma, amigo. Gracias por las hartas aventuras, sin tus ideas, criticas, opiniones y complementos esto nomas no hubiese jalado. Y claro David Luna, Hamid Vega, Lidia, Bush, Lorena, Deni, La Darling, Campana, Izabelen, Doris Gutierrez y Sol Durand. Con quienes he compartido estos años, no tengo agradecimiento por todo lo que **han aportado en mi vida**. Zurema, Mariana, Malmu, Kitzia, Rina y Chalita (**que chidos son**). A mis queridas tutoras Dra. Carmen Lara y Dra. Martha Ontiveros personas fundamentales en el desarrollo de este proyecto. Me han mostrado que el liderazgo puede ir de lo impopular a lo controvertido (y a lo divertido y acertado).....¡PERO! sobre todo que hay que ser firmes en las desiciones. GRACIAS por la confianza y por dejarme trabajar libremente. Mencion especial requieren el Dr. Hector Senties y el Dr. Mario Gomez quienes aguantaron mis caprichos y escucharon mis ideas y tonterias.... **NO OLVIDARE MI EXTRAÑAMIENTO POR MIS TENIS...**

Tabla De Contenidos

<u>MARCO DE REFERENCIA</u>	<u>5</u>
<u>ANTECEDENTES</u>	<u>5</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>12</u>
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVO ESPECÍFICO	12
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>13</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>19</u>
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	35
REFERENCIAS	36
<u>ANEXOS</u>	<u>37</u>

INTRODUCCIÓN

DEPRESIÓN

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. (DSMIV)²⁰. Según el reporte de la carga global de enfermedad (GBD update) 2008, coloca a la depresión como una causante “severa” de discapacidad equivalente a tener ceguera, síndrome de Down, cuadriplejía o psicosis activa. Y ocupa en el tercer lugar de causas de discapacidad a nivel mundial, el octavo en países de bajos ingresos y el primer lugar en países de ingresos medios a altos. La depresión genera 50% mayor carga en mujeres que en hombres¹⁹.

Para México se ha estimado que los trastornos psiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad (DALYs). Cuatro de las diez enfermedades con mayor discapacidad, son psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo). Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores¹. En un estudio publicado por Medina Mora en 2003 para observar la prevalencia de trastorno mentales y utilización de servicios se encontró que sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron algún tipo de atención y que sólo dos de cada 30 sujetos con tres o más trastornos recibieron atención especializada. Además se menciona que una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo haciendo uso de los servicios de salud mental. El uso de servicios por parte de los encuestados para depresión mayor fue del 21.8%. El trastorno de pánico fue el diagnóstico que generó la utilización de más servicios especializados (17.1%), seguido por los episodios de manía (12.7%) y depresión mayor (11.9%)². Estudios realizados en la Ciudad de México demuestran 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; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por género³. Berenson en 2005 reportó que el ingreso doméstico puede ser uno de los factores sociales asociados que podrían

ayudar a explicar las diferencias en la prevalencia del trastorno depresivo en la población general. Fue más frecuente entre los hombres y mujeres que perdieron su pareja y que tienen un nivel de ingreso inferior a dos salarios mínimos (6.1 y 16.9%). Las mujeres solteras con bajo ingreso económico presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor (10.7%) a diferencia de las mujeres casadas con bajos ingresos quienes reportaron una prevalencia de 3.9% ⁴.

Criterios DSM-IV para episodio depresivo

-
- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o de la capacidad para el placer.
 - 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros
 - 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
 - 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día
 - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
 - 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse
 - B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
-

COSTOS

Los estudios de costos tienen como objetivo estimar cuanto se gasta en una enfermedad concreta e identificar los diferentes componentes del gasto. Estos estudios son complementarios a los de morbilidad y de gran relevancia a la hora de establecer políticas en salud pública ⁵. Los costos directos incluyen: el cuidado médico, de rehabilitación, las intervenciones tempranas y

agresivas, la vigilancia de las condiciones crónicas y el uso de estudios de laboratorio y gabinete. 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 cuidador y la pérdida de consumir menos bienes y servicios, como no pagar impuestos y no asumir otras responsabilidades sociales⁶.

Lara en 2007 evaluó 2362 personas que respondieron la Escala de Discapacidad de Sheehan (0-10) así como el número de días productivos perdidos en población mexicana. Se encontró que la depresión tuvo un puntaje de 4.63 y 4.8, con mayor impacto en el área laboral 4.88 y un impacto en la discapacidad de 4.7. La depresión y el trastorno de pánico fueron los trastornos por los que, en promedio, se perdieron más días de actividad 25.51⁷.

GASTO CATASTRÓFICO

Los sistemas de salud prestan servicios preventivos y curativos los cuales pueden provocar gastos que ponen en riesgo a las familias a empobrecer. Más allá, debido a estos efectos negativos algunos hogares no acuden a los servicios de salud y sufren de mala salud⁸. En el análisis de la carga financiera que estas contribuciones representan para los hogares han sido planteados dos enfoques que pudieran ser complementarios. El primero define un gasto en salud como catastrófico cuando éste sobrepasa una proporción definida del ingreso o consumo disponibles del hogar, para lo cual se han utilizado diversos puntos de corte; éstos van desde 20 a 40%^{9,10}. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y las metodologías propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 entre el 1.5 y 4% de los hogares mexicanos incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud, en algún trimestre específico en este periodo de tiempo²⁵. Según Pérez Rico en 2005 conforme a la hospitalización, en el país, se encontró que en sólo 7% de los hogares con gastos catastróficos, éstos se debieron exclusivamente a gastos en atención hospitalaria¹¹. Se observó también que los gastos en medicamentos, atención ambulatoria y su combinación provocan, en general, más gastos catastróficos en los hogares no asegurados que en los asegurados (excepto en Morelos y Sinaloa). Por cada hogar asegurado con gastos catastróficos por estos rubros de gasto hay 2.3 hogares no asegurados con esta característica¹¹. El principal pilar del financiamiento de los servicios de salud en México son los gastos del bolsillo, lo cual es altamente inequitativo y coloca a las familias en una situación de riesgo extremo al empobrecimiento, debido a las siguientes seis características¹²:

- *“Puede ser un gasto imprevisto que sorprende a las familias y en ocasiones no se está en*

condiciones de solvencia económica para enfrentarlo

- *El gasto en salud muchas veces es ineludible*
- *El gasto en ocasiones es previsible pero ineludible (gasto por embarazo y parto)*
- *Puede traducirse en un gasto permanente, al tratarse de padecimientos crónicos*
- *Puede ser un gasto en el sector privado resultante de la insatisfacción con los servicios públicos recibidos; y finalmente*
- *Puede deberse a abusos propios de un mercado de servicios de salud poco o mal regulado”.*

Gasto de bolsillo en salud

Se conoce como gasto de bolsillo en salud al total de las erogaciones que los hogares hacen para poder recibir la atención. Estas erogaciones incluyen tanto los gastos directamente relacionados con la atención, como aquellos que son necesarios para acceder a ésta ¹³. El segundo enfoque define un gasto en salud como empobrecedor cuando este desplaza a un hogar por debajo de la línea de pobreza o bien, profundiza su pobreza si es que ya se encontraba por debajo de esta línea ^{8,9}. 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 deducirse cualquier reembolso realizado por un seguro⁸.

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 familia⁸.

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 hogar⁸.

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 subsistencia⁸.

Línea de pobreza

Existen muchas formas de definir la pobreza. Ninguna de ellas es perfecta considerando la validez de la teoría y la viabilidad en la práctica. Para estimar el nivel de subsistencia se utiliza una línea de pobreza basada en la proporción del gasto en alimentos⁸.

La línea de pobreza se define como el gasto promedio Per cápita 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. Considerando las economías a escala del consumo del hogar, se utiliza una escala de equivalencia en lugar del tamaño del hogar⁸.

La escala de equivalencia ($eqsiz_h$) se calcula:

$$eqsiz_h = hhsiz_e^B$$

Donde $hhsiz_e$ es el tamaño del hogar. El valor del parámetro "B" ha sido estimado con datos nacionales de 59 países y es equivalente a 0.56. La línea de pobreza es entonces ajustada utilizando la escala equivalente para obtener el gasto de subsistencia para cada hogar⁸.

Estudios de Costo de la enfermedad

Los estudios de costo de la enfermedad se han realizado desde los años cincuenta del siglo XX¹⁷; 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 costos¹⁸. 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)¹⁴. 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 total¹⁵. 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 depresión¹⁶. 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 ausentismo²¹. 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, arrojando los siguientes resultados¹⁴.

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 medico											
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 medico											
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; 1995 (1993)	USA	12,514 (6257)	Trastorno depresivo	5091	2843	2248	-	-	-	-	BU
(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 subumbrales	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

En el ramo de la salud mental los estudios económicos son pocos y limitados; Describir el gasto de los pacientes con depresión nos permitirá establecer medidas de prevención, facilitar la toma de decisiones y prevención de los gastos catastróficos que la enfermedad genera.

¿Cuál es el costo directo de una hospitalización por episodio depresivo mayor en el INPRF?

¿Cuál es el costo directo de atender a un paciente con trastorno depresivo mayor en la consulta externa en el INPRF en un año?

¿Cómo afectan los gastos en la salud mental de los pacientes deprimidos a la situación financiera del hogar?

¿Qué tipo de pacientes tienen mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir cuales son los costos directos y el gasto catastrófico del trastorno depresivo mayor en pacientes de consulta externa en el INPRFM

Objetivos Específicos

Describir el costo directo de una hospitalización por episodio depresivo mayor en el INPRF

Describir los costos directos de atender a un paciente con trastorno depresivo mayor en la consulta externa en el INPRF en un año

Describir el gasto que se presenta en los hogares con pacientes con depresión en el INPRF

Describir en que pacientes se presenta un gasto en salud mayor al 30%

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein: Descriptivo y transversal

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluirán a todos los pacientes con diagnóstico de depresión que hayan ingresado por primera vez a recibir atención en la clínica de trastornos del afecto, consulta externa y en el servicio hospital del INPRF en el periodo de 12 meses, y se revisará el expediente clínico de cada uno. Tomando en cuenta, que mas del 50% de los pacientes acuden por sintomatología afectiva al INPRF, se espera captar un mínimo de 100 pacientes en los cuales se registrarán los costos directos que cada paciente genere durante el periodo de seguimiento de 12 meses.

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 acepten participar y firma la hoja de consentimiento informado
- Ingreso a partir del año 2010

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Dificultad para comunicarse y cooperar
- Discapacidad cognoscitiva
- Dependencia a sustancias

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

COSTOS DIRECTOS

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 medirán sólo los costos directos de la depresión los que incluyen: hospitalizaciones, consultas externas de control, estudios de laboratorio y gabinete, y fármacos.

Para medir el costo mensual que representó para el paciente cada uno de los fármacos utilizados se determinó mensualmente, según la dosis que tenga indicada por día. El precio para cada fármaco se establecerá del promedio obtenido de la investigación que se haga en 5 farmacias que vendan dicho fármaco.

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 CUESTIONARIO DEL HOGAR o escala SAGE y la escala SUQ versión WHODAS II por sus siglas en inglés (Service Utility Questionnaire). La primera describe, a partir de variables económicas, cómo es el flujo de ingresos y egresos de dinero dentro de la familia (salarios, deudas, gastos, etc.). El SUQ incluye información acerca de los servicios en salud a los que el participante ha acudido en el último bimestre, las ocasiones en las que se han presentado o no otros EDM, cambios en el tratamiento, etc.
- Formato de Datos Clínicos Demográficos (FDCD). Para poder determinar los costos directos que cada paciente generará durante el periodo de estudio, se creará un formato de recolección de datos que estará compuesto de los siguientes rubros:
 - Datos demográficos:
 - Nombre
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Estado civil
 - Antecedentes heredofamiliares
 - Nivel de escolaridad
 - Número de integrantes en la familia
 - Datos clínicos:
 - Diagnóstico en Eje I
 - Diagnóstico en Eje III

- Tratamiento farmacológico durante el periodo de tiempo de la evaluación
 - Datos relacionados con la atención del episodio depresivo
 - Número de consultas otorgadas
 - Costo total de las consultas otorgadas y costo por consulta
 - Número de consultas programadas y su asistencia a las mismas para determinar el apego
 - Costo total y unitario de los estudios de gabinete y laboratorio solicitados según el protocolo de estudios establecido por la clínica a pacientes de primera vez, que incluyen: perfil completo, perfil tiroideo básico, imagen por resonancia magnética de cráneo simple, y electroencefalograma
 - Costo total y unitario del tratamiento farmacológico
 - Costo de los procedimientos realizados

 - Las relacionadas con las hospitalizaciones:
 - Número de hospitalizaciones durante el seguimiento de 12 meses (revisión de expedientes)
 - Costo día/cama
 - Costo de estudios de laboratorio y gabinete solicitados durante su estancia intrahospitalaria, según protocolo de estudios a pacientes de primera vez, que incluyen; perfil completo, tiroideo básico, imagen por resonancia magnética de cráneo simple, BEAM, TELE de tórax y electrocardiograma
 - Costo unitario y total de los fármacos utilizados durante el tiempo de evaluación
 - Costo de los procedimientos realizados
 - Soluciones parenterales

- Escala de depresión de Hamilton. Es utilizada para medir la severidad de la depresión, no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Desde su publicación inicial en 1960, ha sido aceptada como el estándar de la evaluación para depresión clínica. La escala original consta de 17 variables. De estos, diez se califican de 0 a 4 y once de 0 a 2, dando un total que va desde 0 hasta 62 puntos. Su amplia aceptación y utilización prueban su validez de apariencia y su validez de contenido se manifiesta por el hecho de que la mayoría de los investigadores emplean la versión original. Además de la sensatez esta escala reúne los criterios de confiabilidad y validez. La consistencia interna medida con el alfa de Cronbach, se ha reportado de 0.48 a 0.85 antes del tratamiento, y de 0.76 a 0.92

después del tratamiento. La correlación entre evaluadores ha sido reportada hasta de 0.94. En cuanto a la validez, en estudios de pacientes deprimidos se han demostrado correlaciones altas 0.84, 0.89 y 0.90, entre las puntuaciones de Ham-D y evaluaciones clínicas globales de severidad. Esta escala se ha empleado para cuantificar el grado de síntomas depresivos en pacientes que no tienen enfermedades depresivas primarias por ejemplo en personas con cefalea tipo migraña, dolor facial atípico, trastorno obsesivo compulsivo, alcoholismo, esquizofrenia, etcétera. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Beach son los siguientes:

0-7: sin depresión

8-12: depresión menor

13-17: menos que depresión mayor

18-29: depresión mayor

30-52: más que depresión mayor

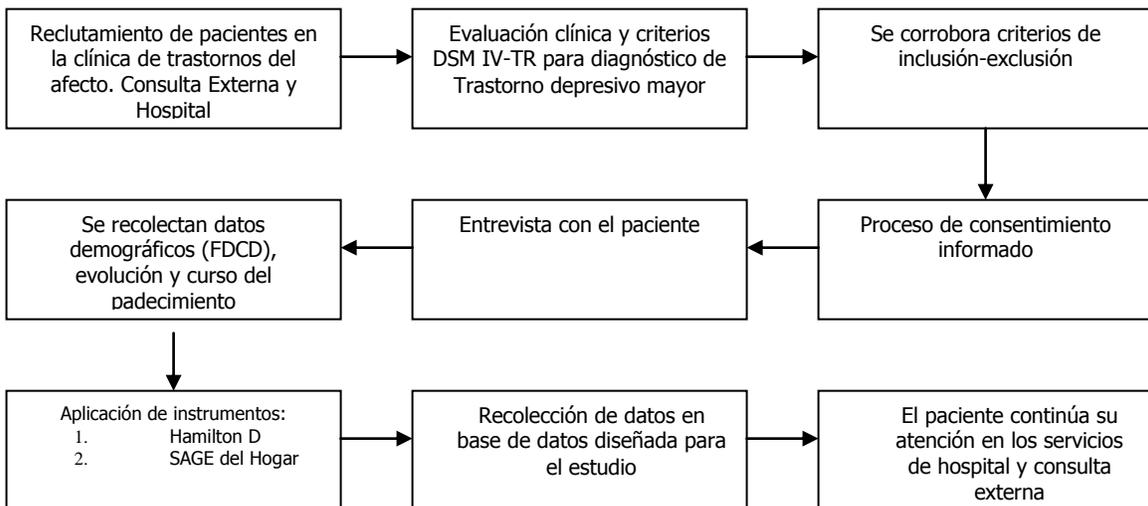
El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación igual o mayor a 18. Se considera remisión la puntuación igual o menor a 7.

PROCEDIMIENTO

Se realizará el reclutamiento en la Clínica de Trastornos del afecto, en el área de consulta externa y en hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en búsqueda de pacientes con depresión unipolar y bipolar que hayan ingresado a partir del año 2008 quienes cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión se les explicarán el estudio y se les pedirá su consentimiento verbal para asistir a la primera entrevista. En esta primera entrevista se realizará una explicación más profunda del estudio y se les brindará el consentimiento informado (Anexo 1). Una vez firmado el consentimiento informado se completará el “Formato de Datos Clínicos Demográficos” (FDCD) de cada uno de los pacientes el cual incluirá datos sociodemográficos, características del trastorno depresivo mayor, estudios realizados y tratamientos a lo largo de un año. La recolección de los datos se hará 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 realizará la entrevista SAGE para la obtención de los gastos correspondientes al hogar del paciente. Lo cual nos permitirá definir los gastos en alimentación, ingresos del hogar y poder definir el gasto en salud. Se analizará la información y se describirán los porcentajes de gasto de los pacientes y la institución.

- Se solicitará el apoyo al personal de la Clínica de Trastornos del afecto y a Hospital para el contacto de los pacientes de primera vez que comiencen a recibir atención en dicha clínica durante el periodo comprendido del primero de enero al 31 de diciembre de 2010
- Se solicitará el apoyo al personal del Servicio de Hospitalización para el contacto de los pacientes de primera vez que requieran de internamiento durante el periodo comprendido del
- Se solicitará el apoyo del personal del área de archivo clínico para la obtención de expedientes clínicos
- El investigador principal contactará directamente al paciente y sus familiares para la autorización de ingreso al estudio y recabar la firma del consentimiento informado
- El investigador principal vaciará los datos recabados del paciente, familiares y expediente clínico al formato de recolección de datos de cada paciente
- Se utilizará material de papelería básica para la recolección de datos, como papel, lápiz y fotocopias

Ya realizadas las entrevistas se analizarán los expedientes en un periodo de 12 meses para poder estimar los costos directos de la atención.



La descripción de las características demográficas, clínicas y costos de la muestra se realizarán mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (DS) para las variables continuas. Se utilizará la metodología propuesta para la distribución del gasto en salud y gastos catastróficos (un gasto mayor al 30% del gasto familiar). La información se analizará por los gastos netos y ajustados según el nivel socioeconómico dado por la institución.

A todos los sujetos y familiares se les solicitará consentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio, se firma ante dos testigos y el médico responsable. El proyecto será aprobado por el comité científico y por el comité de ética del INPRF. El no participar en el proyecto no excluye al paciente de recibir atención médica y si se retira del mismo, no afectará esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos y no se les 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 accedan a participar.

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

Evaluación de costos

El costo estará determinado por el número de material utilizado para la recolección de los datos (papel, lápiz, fotocopias, etc.)

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de cien (n=100) pacientes, de los cuales el 82% fueron mujeres y 18% hombres. La media de edad fue de 43 años (21 a 67 años). En cuanto a la religión referida por los pacientes, el 81% son católicos, 7% testigos de Jehová, 2% otra religión y el 10% no profesaban ninguna religión. Los pacientes entrevistados acuden a este Instituto del Distrito Federal (65%), zona metropolitana (28%) y de otros estados de la república en el 7% de los casos. 41% son casados, el 40 % solteros o divorciados y el 19% vive en unión libre. Referente a los años de estudio, 34% cuentan con estudios de licenciatura, 18% bachillerato, 24% secundaria, 14% primaria completa, 7% primaria incompleta y 3% niegan escolaridad alguna. El 55% de la muestra cuenta con trabajo mientras que el 45% se encuentra desempleado. En cuanto al tipo de trabajo se encontró que el 8% se dedican al hogar, uno es profesionista independiente, 3% tienen trabajo eventual, el 19% tienen un negocio propio, el 15% son empleados de empresas privadas y el 9% refirieron ser empleados de gobierno. Aquellos que no trabajan (n=45), el 28.9% reportaron no hacerlo por problemas emocionales (n=13), 11.1% se encuentran jubilados (n=5) y el 60% por otras causas (n=27). Dentro de los datos generales recabados se incluyeron reactivos encaminados a describir algunos factores relacionados con el episodio depresivo. (TABLA 1).

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

De tal manera encontramos que la mayoría de los pacientes (31%) iniciaron con sintomatología depresiva entre los 18 y los 30 años de edad, el 18% entre los 41 y 50 años, 16% entre los 31 y 40 años, 16% antes de los 13 años, 10% entre los 13 y 17 años, y el 9% después de los 50 años. En cuanto a la edad en la que recibieron atención para dicha sintomatología por primera vez encontramos que el 31% lo recibió entre los 31 y 40 años, el 30% entre los 18 y 30 años, el 19% entre los 41 y 50 años, 17% después de los 50 años, y solo el 3% antes de los 18 años. Al recibir dicha atención, el 51% comentó haber acudido con un psiquiatra, el 25% con un médico general, 21% con un psicólogo y el 3% con otro tipo de profesionista. Sin embargo, a su llegada a esta Institución, el 59 % no había sido anteriormente. En cuanto a las creencias relacionadas con su padecimiento (depresión) el 55% aseguraban que se debía a una alteración en su capacidad de sentir y pensar secundarias a un trauma, el 34% lo creen secundario a una alteración en las sustancias químicas de su cerebro y el 11% lo explican por otras causas (ambientales, mala actitud de otros y magia). El 59% de los pacientes reportaron haber tenido, previo al actual, cuatro o más episodios depresivos, el 16% uno previo, el 15% tres episodios previos, y el 10% dos episodios previos. Los puntajes de la última escala de Hamilton fueron: 44% depresión leve (8 a 13 puntos), 41% sin depresión (0 a 7 puntos), 14% depresión moderada (14 a 18 puntos) y 1% depresión severa (19 a 22 puntos). Con respecto a la evolución del episodio depresivo actual, el 95% refirieron mejoría con el tratamiento recibido, aunque solo el 58% han logrado permanecer por más de 6 meses asintomáticos. (TABLA 2)

TABLA 2. Escala de Hamilton de Depresión a pacientes con TDM del INPRF			
	H	M	Total
No deprimido: 0-7	6	35	41
Depresión ligera/menor: 8-13	10	34	44
Depresión moderada: 14-18	2	12	14
Depresión severa: 19-22	0	1	1
Depresión muy severa: >23	0	0	0

Del total de la muestra, 65 pacientes refirieron haber abandonado en alguna ocasión el tratamiento farmacológico por más de 15 días; de ellos el 78.4% lo hizo por problemas económicos, 12.3% por notar mejoría en sintomatología y el 9.2% por que no notaron mejoría y por otras causas. En general, el 51% de los pacientes han utilizado un solo antidepresivo, pero al 21% se les ha cambiado en dos ocasiones, al 12% en tres ocasiones y al 4% en cuatro o más ocasiones. La razón principal para el cambio de tratamiento fue por no notar mejoría con el previo (67.3%), seguido de molestias físicas al tomarlo (14.3%), problemas económicos (12.2%) y por otras causas (6.1%). Al hablar del tema de la atención con su médico, el 92% refieren que la calidad de la información brindada sobre su padecimiento es buena o muy buena, 7% la

califican como regular y el 1% mala. Once participantes comentaron que la opinión de sus familiares y amigos respecto al uso de medicamentos podría influir en la toma de los mismos.

Respecto a la modalidad de tratamiento psicoterapéutico, tan solo el 41% refieren recibirla o haberla recibido (de manera interna y/o externa), siendo el tipo más frecuente la terapia cognitivo conductual (n=23). Del total de la muestra (n=100), 81 participantes no contaban con comorbilidad en el Eje III, aquellos que si contaban con ella presentaban hipertensión arterial sistémica (n=11), diabetes mellitus (n=4), hipotiroidismo (n=2), insuficiencia renal (n=1) y enfermedades reumatológicas (n=1). (TABLA 3)

	Hombres	Mujeres	Total
Sin comorbilidad	17	64	81
Hipotiroidismo	0	2	2
HAS	1	10	11
DM2	0	4	4
Insuficiencia Renal	0	1	1
Enfermedades Reumatológicas	0	1	1

De la muestra de n=100 pacientes se obtuvo un promedio de 6.38 consultas subsecuentes al servicio de psiquiatría (mínimo = 1, máximo= 17). 28 pacientes acudieron por primera vez a psiquiatría y preconsulta. 28 pacientes utilizaron el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) con un promedio de 2.21 consultas al año (minino= 1, máximo= 12). 13 pacientes acudieron a Psicoterapia con un promedio de 4.5 veces al año (mínimo=1, máximo=11). 5 pacientes acudieron por primera vez al servicio de psicoterapia. 30 pacientes utilizaron el servicio de trabajo social, acudiendo 1.1 veces al año (mínimo=1, máximo=2). 10 pacientes acudieron a grupos y psicoeducativos con un promedio de consultas de 5.2 veces por año (mínimo=2, máximo=12). 2 pacientes acudieron a Biorretroalimentación. 9 pacientes requirieron interconsultas a otros servicios médicos del hospital (promedio=2.2, mínimo=1 y máximo=4). 4 pacientes requirieron de los servicios del departamento de nutrición (promedio=2.5, mínimo=2 y máximo=4). Solo 58 de 100 pacientes se realizaron estudios durante 2010. (TABLA 4)

	Promedio	Max	Min	n
Consultas subsecuentes Psiquiatría	6.38	17	1	100
Primera Vez Psiquiatría	1	1	1	28
Consultas APC	2.21	12	1	28
Preconsulta	1	1	1	28
Psicoterapia	4.5	11	1	13
Psicoterapia primera vez	1	1	1	5
Trabajo Social	1.1	2	1	30

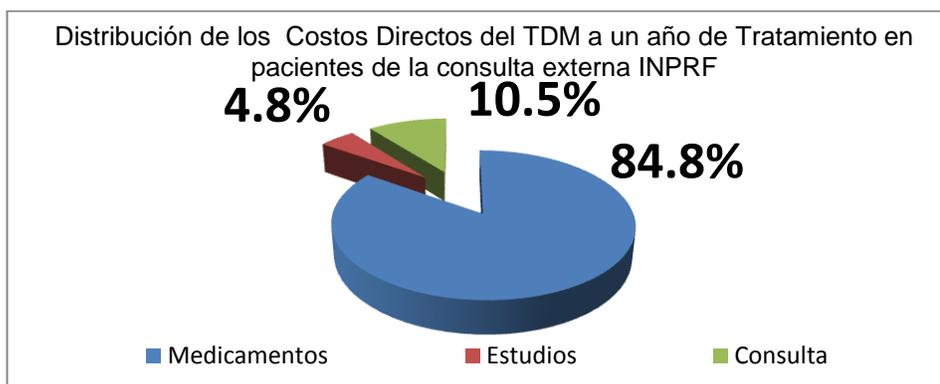
Servicio	Grupos y Psicoeducativos	Biorretroalimentación	Interconsulta a otros servicios Médicos	Nutrición	Psicología (Pruebas neurocognitivas)
Grupos y Psicoeducativos	5.2	12	2	10	
Biorretroalimentación	1.5	2	1	2	
Interconsulta a otros servicios Médicos	2.2	4	1	9	
Nutrición	2.5	4	2	4	
Psicología (Pruebas neurocognitivas)	2.5	3	2	5	

Costos Directos

De la muestra de 100 pacientes el costo promedio de los medicamentos fue de \$9,664 (mínimo=\$0 y máximo=\$39,566.0). Para los estudios de laboratorio y gabinete el costo promedio aplicando los descuentos por nivel socioeconómico fue de \$935.3 (mínimo=\$68 y máximo=\$13,424). Sobre las consultas el costo promedio fue de \$1,193.8 (mínimo=\$1,181 y máximo=\$7,544). 6 pacientes requirieron hospitalización con un promedio de 35.1 días (mínimo=22, máximo=77). Los costos directos con descuento por nivel socioeconómico (medicamentos, consultas y estudios de laboratorio-gabinete) ascienden a \$11,793.8 pesos anuales. Con un costo mensual de \$982.8. El costo promedio de la hospitalización aplicando los descuentos por nivel socioeconómico fue de \$4844.90 pesos. El costo promedio día/cama fue de \$138.33 pesos. Dos pacientes requirieron Terapia Electroconvulsiva (TEC) con un costo unitario de \$56.5 pesos por sesión, requiriendo 10 sesiones con un costo promedio de \$565 pesos. El costo promedio de hospitalización más TEC fue de \$5033.2 pesos (2.6%). (TABLA 5)

	DS	Min	Max	Max-Min	Promedio	Mediana	n	IC 95%	
Medicamentos	\$7,494.0	\$0.0	\$39,566.0	\$39,566.0	\$9,664.7	\$7,878.0	100	\$8,195.9	\$11,133.5
Hosp/TEC	\$4,112.7	\$619.4	\$11,381.0	\$10,761.6	\$5,033.2	\$3,932.5	6	\$1,742.5	\$8,324.0
Estudios	\$1,985.1	\$68.0	\$13,424.0	\$13,356.0	\$935.3	\$394.0	58	\$424.4	\$1,446.2
Consultas	\$1,419.9	\$71.0	\$8,736.0	\$8,665.0	\$1,193.8	\$852.0	100	\$915.5	\$1,472.1
Total	\$8,706.5	\$544.0	\$45,847.1	\$45,303.1	\$11,702.9	\$9,474.5	100	\$9,996.5	\$13,409.4

TDM= trastorno depresivo mayor



Sobre la estratificación del nivel socioeconómico por trabajo social 10 pacientes pertenecían a nivel 1 quienes presentan un total de costos directos de \$7,600.1 pesos al año (pagando un aproximado de \$633.34 mensuales). El costo promedio anual de los medicamentos fue de \$7,046 pesos, (costo mensual de \$587.2 pesos). El costo de los estudios fue de \$158 pesos anuales y el costo de la consulta fue de \$395.1 anuales (mensual de \$32.9). Para el nivel socioeconómico 2 los costos directos son de \$11,859.5. Anuales (mensual de \$988.29). El costo promedio de los medicamentos fue de \$10,915.2 anuales (mensual de \$909.6). El costo promedio de los estudios fue de \$278.5 y el costo promedio de consulta fue de \$665.8 (mensual de \$55.4). Los costos directos para los pacientes de nivel socioeconómico 3 ascienden a \$11,140.6 anuales (mensual de \$928.3). Los medicamentos tienen un costo promedio de \$9,535.9 (mensual de \$794.65). Los estudios presentaron un costo promedio anual de \$459.6. Las consultas tuvieron un costo promedio anual de \$1,145.1 (mensual de \$95.4). Los costos directos promedio para el nivel 4 son de \$9,347. (Mensual de \$778.91). Los costos de medicamentos son de \$6,843 anuales (mensual de \$570.25). Los estudios tuvieron un costo promedio anual de \$545.7. La consulta tuvo un costo promedio de \$1,957.70 (mensual de \$163.4). Los costos directos de los pacientes con nivel 5 ascienden a \$14,710 anuales (mensual de \$ 1,225.8). Los medicamentos tuvieron un costo promedio anual de \$8,105.8 (mensual de \$675.4). El costo promedio anual de los estudios fue de \$1499.2. El costo anual de las consultas encontrado fue de \$5,105.3 (mensual de \$ 425.4). Para el paciente con nivel 6 los costos directos anuales son de \$29,893.1 (mensual de \$2491). El costo anual de los medicamentos fue de \$9,882.19 (mensual de \$823.5). El costo de los estudios fue de \$13,424 y el costo de las consultas fue de \$6,587 (mensual de \$548.91). (TABLA 6)

TABLA 6. Costos Directos del TDM a un año de Tratamiento en pacientes de la consulta externa INPRF evaluados por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	n	Medicamentos	Estudios	Consulta	Total	Mensuales
Nivel 1	10	\$7,046.00	\$159.00	\$395.10	\$7,600.10	\$633.34
Nivel 2	47	\$10,915.20	\$278.50	\$665.80	\$11,859.50	\$988.29
Nivel 3	29	\$9,535.90	\$459.60	\$1,145.10	\$11,140.60	\$928.38
Nivel 4	7	\$6,843.80	\$545.70	\$1,957.70	\$9,347.20	\$778.93
Nivel 5	6	\$8,105.80	\$1,499.20	\$5,105.30	\$14,710.30	\$1,225.86
Nivel 6	1	\$9,882.19	\$13,424.00	\$6,587.00	\$29,893.19	\$2,491.10

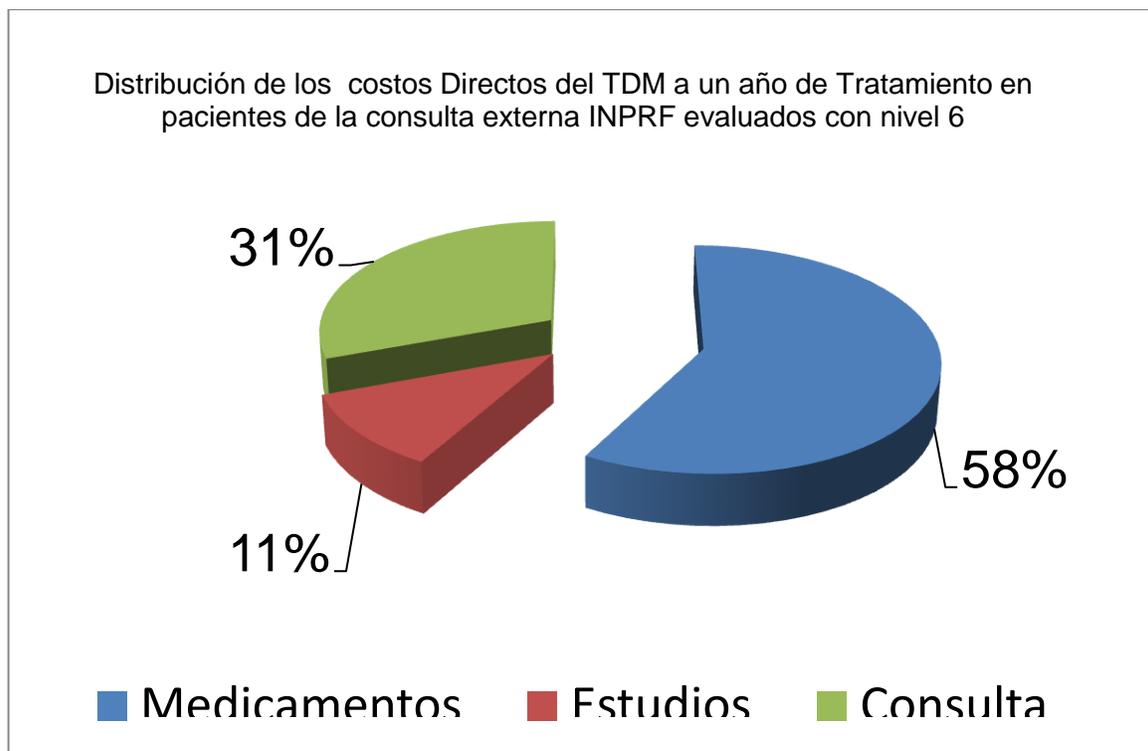
Se evaluó a los 100 pacientes en el nivel 6 (sin ningún descuento). El costo promedio de los medicamentos fue de \$9,664. al año (mínimo=\$0 y máximo=\$39,566.0). Para los estudios de laboratorio y gabinete el costo promedio fue de \$3,742.0 (mínimo=\$ 168 y máximo=\$13.424). Para la consulta el costo promedio fue de \$5,087.7 pesos al año (mínimo=\$1,785 y máximo=\$18445). Los costos directos (medicamentos, consultas y estudios de laboratorio-gabinete) ascienden a \$18,487.7 pesos anuales. Con un costo mensual de \$1,540.6. El costo

promedio de la hospitalización fue de \$ 41,918.67 pesos para el nivel 6. El costo promedio día/cama fue de \$1192 pesos. Dos pacientes requirieron Terapia Electroconvulsiva (TEC) con un costo unitario de \$229 pesos por sesión, requiriendo 10 sesiones con un costo promedio de \$2290 pesos. El costo promedio de hospitalización más TEC fue de \$42,682 pesos (13.1%). La institución absorbió \$778,034.6 pesos en 99 pacientes con un promedio de descuento general 36.9%. (TABLA 7)

TABLA 7. Análisis descriptivo de los Costos Directos del TDM a un año de Tratamiento en pacientes de la consulta externa INPRF evaluados en nivel socioeconómico 6

	DS	Min	Max	Promedio	Mediana	n	IC 95%	
Medicamentos	\$7,494.0	\$0.0	\$39,566.0	\$9,664.7	\$7,878.0	100	\$8,195.9	\$11,133.5
Hosp TEC	\$27,828.7	\$26,224.0	\$94,074.0	\$44,781.6	\$33,376.0	6	\$22,514.4	\$67,048.8
Estudios	\$3,081.8	\$168.0	\$13,424.0	\$3,742.0	\$2,618.0	58	\$2,948.9	\$4,535.1
Consultas	\$2,652.6	\$1,329.0	\$16,667.0	\$5,081.8	\$4,483.5	100	\$4,561.9	\$5,601.6
Total	\$18,371.6	\$2,685.0	\$126,638.3	\$19,477.7	\$15,768.6	100	\$15,877.0	\$23,078.5

TDM= trastorno depresivo mayor



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

Del total de la muestra n=100 pacientes, 70 respondieron la encuesta de Impacto económico de la enfermedad en hogares en México 2009, Cuestionario del Hogar. Sobre la sección 0200: Vivienda el 61.4% (n=43) dijeron tener una casa propia. Cinco pacientes (7.1%) comentaron estar pagando su casa. 2.9% respondió estar viviendo en la propiedad de algún otro miembro de

la familia y se encuentra totalmente pagada. Un paciente comento vivir en la propiedad de algún otro miembro del hogar, pero aún la está pagando. 7 (10%) Familias viven en viviendas rentadas. El 17.1% (12) comento vivir en viviendas prestadas. Se obtuvo un promedio de 4.2 personas por hogar. (mínimo=1, máximo=12). 65 pacientes respondieron acerca del costo aproximado de su hogar con un promedio de \$862719.2. Se consideró como cuarto toda habitación en la casa diferente a baños y pasillos obteniendo un promedio de 3.9 cuartos por vivienda (mínimo=1 máximo=7). (TABLA 8)

TABLA 8. 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	43	61.4
Propiedad del jefe(a) de familia, pero aún la está pagando	5	7.1
Propiedad de algún otro miembro del hogar y está completamente pagada	2	2.9
Propiedad de algún otro miembro del hogar, pero aún la está pagando	1	1.4
Rentada	7	10.0
Prestada	12	17.1
Total	70	100.0
Costo promedio de la vivienda familiar	65	\$862543.8
No de personas por vivienda		4.2
Habitaciones promedio por vivienda		3.9

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. 18 pacientes reportaron apoyo por parte de familiares. 14 contestaron la encuesta y 4 comentaron no saber la cantidad exacta. El promedio de préstamo reportado por algún familiar fue de \$13,192.8 (mínimo=500, máximo=50,000, DS=\$13,831 y mediana=\$8000). Dos pacientes comentaron recibir ayuda por parte de sus familiares en forma de alimentos o bienes no monetarios con un promedio anual de \$12,100. Un paciente comento recibir ayuda por parte de un familiar quien invierte 3 horas a la semana haciendo tareas del hogar. Dos pacientes reportaron préstamos por parte de la comunidad con préstamos de \$50,000 pesos. 14 pacientes reportaron ayuda gubernamental (12 respondieron el cuestionario y 2 no sabían), el promedio de la ayuda por parte del gobierno fue de \$4,448 (mínimo=\$200, máximo=\$29,400, DS=\$8,336 y mediana=\$800) En total se transfirieron a los 28 hogares \$338,070 por parte de las fuentes previamente mencionadas. Se realizaron transferencias fuera del hogar en 18 hogares. 11 viviendas realizaron préstamos a sus

familiares directos con un promedio de \$9245.4 (mínimo=\$200, máximo de \$20,000, DS=\$7450 y mediana=\$10,000). 8 hogares reportaron realizar apoyos a la comunidad, uno respondió no saber y siete reportaron transferencias fuera del hogar a vecinos, parientes fuera de su hogar o miembros de la comunidad con un promedio de \$\$5,629 (mínimo=\$200, máximo=\$16,000, DS=\$5,661 y mediana=\$5,000). Un paciente reporto apoyar con alimentos u otros bienes con un total de \$1,200. El total de transferencias fuera de los 18 hogares fue de \$141,100. (TABLA 9)

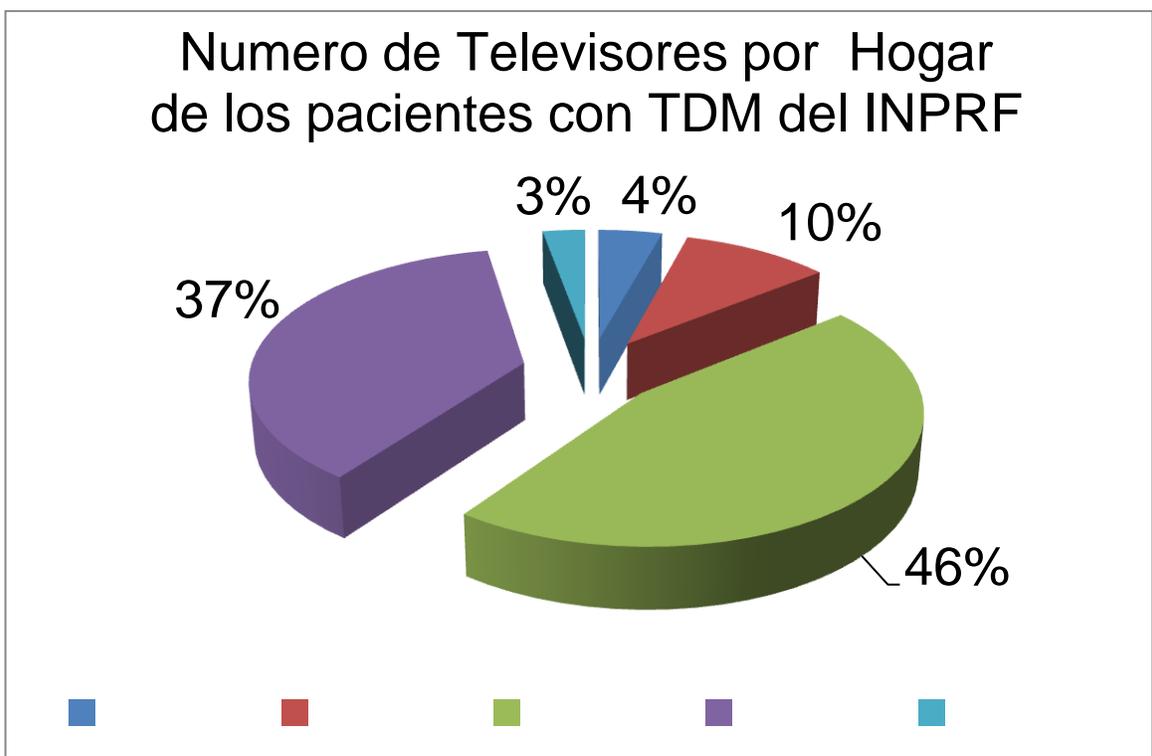
TABLA 9. Redes de apoyo familiar y transferencias realizados por las familias y los pacientes con TDM del INPRF										
	Total	DS	Min	Max	Max-Min	Promedio	Mediana	n	IC 95%	
<i>Transferencias al hogar</i>										
Ayuda por familiares	\$184,700	\$13,831	\$500	\$50,000	\$49,500	\$13,193	\$8,000	14	\$5,948	\$20,438
Ayuda por la comunidad	\$100,000	\$0	\$50,000	\$50,000	\$0	\$50,000	\$50,000	2	\$0	\$0
Ayuda gubernamental	\$53,370	\$8,366	\$200	\$29,400	\$29,200	\$4,448	\$800	12	-\$286	\$9,181
Total	\$338,070	\$15,927	\$200	\$50,000	\$49,800	\$12,074	\$5,000	28	\$6,175	\$17,973
<i>Transferencias fuera del Hogar</i>										
Apoyo a Familiares	\$101,700	\$7,450	\$200	\$20,000	\$19,800	\$9,245	\$10,000	11	\$4,843	\$13,648
Apoyo a la Comunidad	\$39,400	\$5,661	\$200	\$16,000	\$15,800	\$5,629	\$5,000	7	\$1,435	\$9,822
Total	\$141,100	\$6,874	\$200	\$20,000	\$19,800	\$7,839	\$5,000	18	\$4,663	\$11,014

Cinco sujetos reportaron proporcionar ayuda a otras personas fuera del hogar. Invirtiendo un tiempo promedio en ayuda en cuidados personales (vestirse, ir al sanitario, comer, etc.) de 27.72 horas (mínimo=2 horas y máximo=72 horas). Cuidados médicos de 13.6 horas (mínimo=2 horas y máximo=72 horas). Vigilancia debido a que la persona a cuidar presentaba un trastorno de la conducta, con un tiempo promedio de 10 horas.

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 solo una familia contaba con sistema de seguridad en casa. Se reportaron 123 televisores en las 70 viviendas. El 46% (n=32) reporto dos televisores, 37% (n=26) reporto tener uno, 10% (n=7) tres, 4% (n=4) cuatro y 3% (n=2) no contaban con televisor. 38 hogares reportaron automóvil (mínimo=1, máximo=4, promedio 1.29). 4 de 70 viviendas negaron tener electricidad. El 92.9% de los hogares cuenta con refrigerador así como teléfono celular. Mientras que solo el 15.7 % cuenta con otra propiedad. El 44.3% de las viviendas cuenta con acceso a internet. (TABLA 10)

TABLA 10. Principales activos en los hogares de pacientes con TDM del INPR

Activo	N=	%	Activo	N=	%
Bicicleta	27	38.6	Carreta	3	4.3
Fregadero	57	81.4	Computadora	35	50.0
Agua Caliente	56	80	Estéreo	62	88.6
Lavatrastos	1	1.4	Ganado	13	18.6
Refrigerador	65	92.9	Accedo a Internet en casa	31	44.3
Empleados en el hogar	10	14.3	Moto	9	12.9
Teléfono celular	65	92.9	Otra casa	11	15.7



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 67.1% (n=47) de los hogares encuestados reporto una fuente regular de ingresos. El 14.3% (n=10) reporto una fuente regular pero por temporadas y el 18.6% (n=13) reporto no tener una fuente regular de ingresos. (TABLA 11)

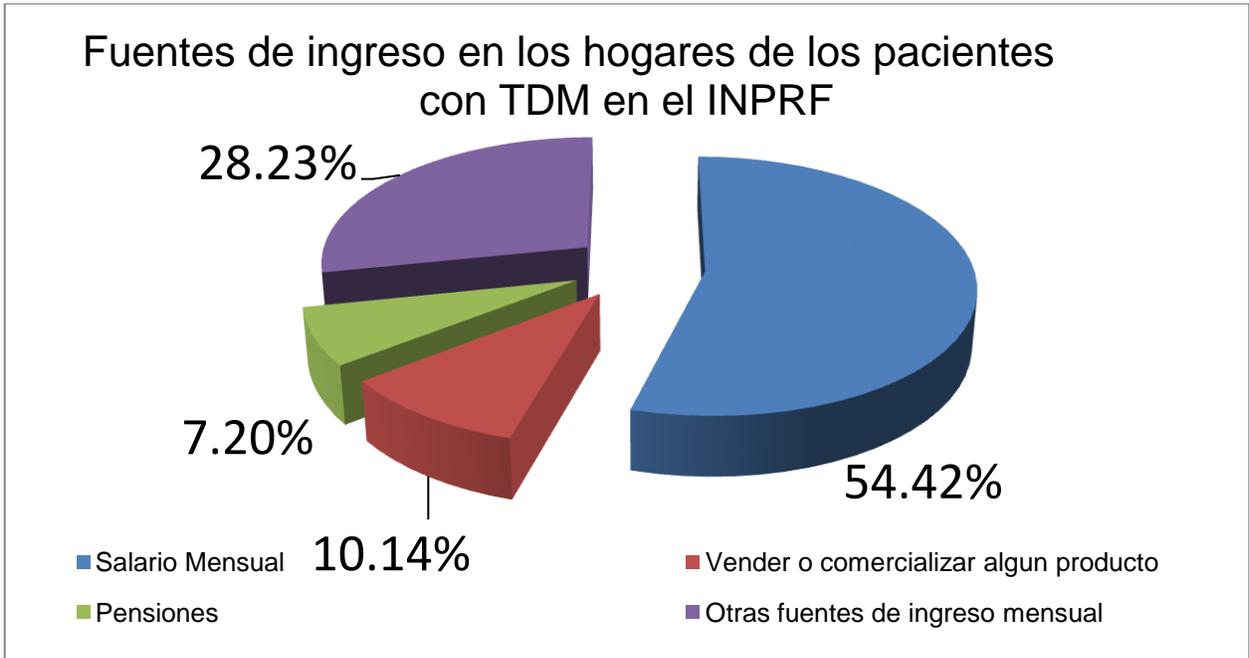
TABLA 11. Regularidad en el ingreso en la vivienda de las familias de pacientes con TDM del INPRF		
Regularidad en el ingreso familiar	N	%
Fuente regular de ingresos	47	67.1%
Fuente regular pero por temporadas	10	14.3%
No	13	18.6%
Total	70	100%
Dependientes del ingreso familiar	3.9	

Sobre las fuentes de ingreso el 74.2% (n=52) de los hogares tiene una fuente mensual de ingresos de \$5,259 (mínimo=\$200, máximo=\$20,000, DS=\$4,323 y mediana=\$4200). 16 hogares no reportaron ingresos y 2 no sabían acerca de los ingresos de su vivienda. Se tuvo un total de ingresos mensuales de \$273,450 mensuales. 30 hogares reportaron ingresos por la comercialización o venta de productos con un ingreso promedio de \$1699 (mínimo=\$75, máximo=4725, DS=\$1295 y mediana=\$1,200). Con un total de ingresos de \$50,975 mensuales. 10 pacientes reportaron un ingreso familiar único a base de ventas con un promedio de \$2410 mensuales. 13 pacientes reportaron ingresos por pensiones/jubilaciones de los cuales 3 no sabían el monto. El ingreso promedio de las pensiones fue de \$3617 mensuales (mínimo=\$500, máximo=\$12,000, DS=\$3,145 y mediana=\$3000). 3 pacientes reportaron un ingreso único a base de pensiones con un promedio de \$3273.3. El total de ingresos por pensiones fue de \$36,170 mensuales. 32 pacientes reportaron otras fuentes de ingresos a sus hogares con un promedio de \$4433.4 (mínimo=300, máximo=\$20,000, DS=\$4,629 y mediana=\$2,900). Con un total de ingresos por otras fuentes de \$141,810. El total de ingresos a los hogares fue de \$502,465 mensuales. 25 hogares presentaron deudas. De los cuales 6 dijeron no saber el monto de la deuda. El promedio de la deuda de las 19 viviendas fue de \$53,721 (mínimo=\$5700, máximo=\$400,000, DS=\$94,837 y mediana=\$18,000). El monto total de la deuda fue de \$1,020,700. (TABLA 12)

TABLA 12. Distribución de los ingresos en las viviendas de las familias de pacientes con TDM del INPRF										
	Total	DS	Min	Max	Max-Min	Promedio	Mediana	n	IC 95%	
Ingresos										
Salario Mensual	\$273,450	\$4,232	\$200	\$20,000	\$19,800	\$5,259	\$4,200	52	\$4,109	\$6,409
Vender o comercializar algún producto	\$50,975	\$1,295	\$75	\$4,800	\$4,725	\$1,699	\$1,200	30	\$1,236	\$2,163
Pensiones	\$36,170	\$3,145	\$500	\$12,000	\$11,500	\$3,617	\$3,000	10	\$1,668	\$5,566
Otras fuentes de ingreso mensual	\$141,870	\$4,629	\$300	\$20,000	\$19,700	\$4,433	\$2,900	32	\$2,830	\$6,037
Total	502465	\$3,995	\$75	\$20,000	\$19,925	\$7499.5	3000	67	\$6,543	\$8,456
Deuda										
Deuda de los hogares	\$1,020,700	\$94,837	\$5,700	\$400,000	\$394,300	\$53,721	\$18,000	19	\$11,078	\$96,364

El promedio de dependientes del salario fue de 3.9 personas. 14.3% (n=10) de los pacientes considero que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades. 60 (85.7%) pacientes respondieron que sus ingresos son insuficientes. El 41.4% (n=29) pacientes respondió que la situación económica en su hogar era mala, el 40% (n=28) era regular seguidos del 10% (n=7) quienes definen su situación económica como muy mala. El 8.6% (n=6) definió su situación entre buena y muy buena. (TABLA 13)

TABLA 13. Apreciación sobre la situación económica en los hogares con pacientes con TDM del INPRF		
	n	%
Muy Buena	1	1.4
Buena	5	7.2
Regular	28	40
Mala	29	41.4
Muy Mala	7	10
Total	70	100



Se evaluó el gasto en el hogar (apartado 0500) encontrando. 64 hogares contestaron acerca del gasto semanal en alimentos cuyo promedio es \$1,409 (mínimo=\$532, máximo=\$7,760, DS=\$1,393 y mediana=\$2,179). El gasto total en alimentos de las 64 viviendas fue de \$153.256 semanal. 64 viviendas reportaron acerca del pago de servicios. El promedio de gasto de servicios fue de

\$2,380 (mínimo=\$100, máximo=\$8,850, DS=\$1,478 y mediana=\$953). El gasto total de servicios de vivienda fue de \$90,178 mensuales. 16 hogares reportaron gastos en vestido y calzado con un promedio de gasto de \$455 (mínimo=\$100, máximo=\$1500, DS=\$474 y mediana=\$ 250). El gasto total en este rubro fue de \$7,278 mensuales. 60 hogares reportaron datos sobre el gasto en transporte con un gasto mensual promedio de \$38,800 (mínimo=\$20, máximo=\$3,000, DS=\$647 y mediana=\$200). Con un gasto total de \$38,800. 9 familias reportaron gastos en recreación con un gasto promedio de \$306 (mínimo=\$150, máximo=\$800, DS=\$201 y mediana=\$200). Con un gasto total de \$2,750. (TABLA 14). 60 Encuestas fueron contestadas adecuadamente para los rubros de gasto en el hogar y gasto en salud, de las cuales nos dan los siguientes resultados: El gasto en alimentos representa el 42.1% del gasto total en los hogares, seguido del pago de servicios-transporte, vestimenta y recreación el cual representa el 35.2%, el gasto en salud represento el 16.2% del gasto y el 6.3% realizo otros gastos. El promedio de gasto en salud fue de \$950 pesos mensuales.

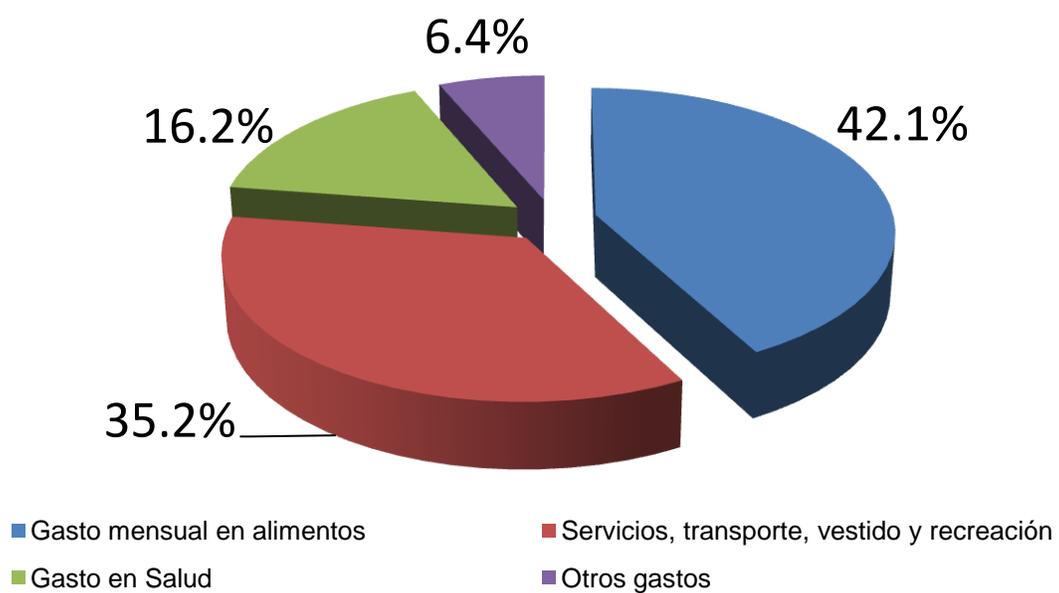
TABLA 14. Distribución del gasto en el hogar en las viviendas de las familias de pacientes con TDM del INPRF										
	Total	DS	Min	Max	Max-Min	Promedio	Mediana	n	IC 95%	
Gasto en el hogar										
Gasto semanal en alimentos	\$153,256	\$1,393	\$532	\$7,760	\$7,228	\$1,409	\$2,170	64	\$1,068	\$1,750
Servicios de Vivienda	\$90,178	\$1,478	\$100	\$8,850	\$8,750	\$2,380	\$953	64	\$2,018	\$2,742
Vestido y Calzado	\$7,278	\$474	\$100	\$1,500	\$1,400	\$455	\$250	16	\$223	\$687
Transporte	\$38,800	\$647	\$20	\$3,000	\$2,980	\$647	\$400	60	\$483	\$810
Recreación	\$2,750	\$201	\$150	\$800	\$650	\$306	\$200	9	\$174	\$437
Total	\$292,262	\$1,587	\$20	\$8,850	\$8,830	\$4,566.59	\$800	64	\$4,178	\$4,955

El 38.3% (n=23) de los hogares encuestados presenta un gasto en salud del 11 al 20% del gasto total El 26.1% (n=18) de las viviendas presenta un gasto en salud del 1 al 10%. El 16.7% presenta gastos en salud del 21 al 30%. El 15% (9) hogares presentaron un gasto en salud mayor al 30% (Gasto catastrófico), 3 de ellos habían tenido hospitalizaciones en el año. En estos 9 hogares el gasto total en el hogar era mayor que el ingreso.

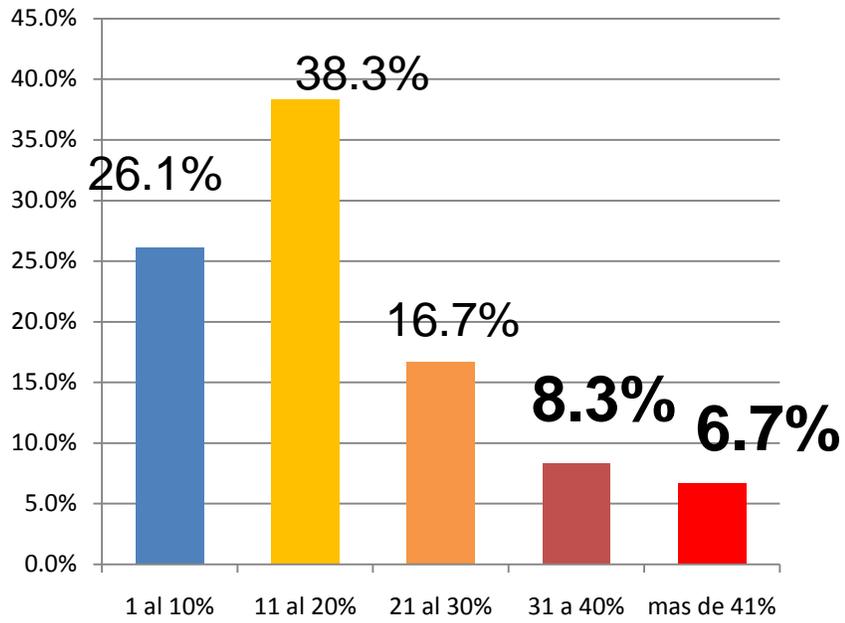
De n=58 pacientes que respondieron sobre el pago en gasto en salud el 80.5% de los pacientes cubren sus gastos en salud con sus ingresos. El 11.2% cubre sus gastos de salud pidiendo prestado. El 5.5% utiliza sus ahorros. El 2.7% vende sus artículos, ha solicitado créditos y usa seguros médicos. (TABLA 15)

TABLA 15. Pago de gasto en salud de los pacientes con TDM del INPRF (n=60)	
Pago de gasto en salud	%
Ingresos propios	80.5
Ahorros	5.5
Seguros médicos	0.3
Ventas de artículos	1.2
Pidiendo prestado	11.3
Créditos	1.2

Distribución del Gasto en los hogares con pacientes con TDM del INPRF



Distribución del gasto en salud en los hogares con pacientes con TDM del INPRF



Discusión

Se han hecho estudios acerca de los costos de la enfermedad mental en México. Rascón et al en 1998 determinó el costo aproximado de la depresión en \$1,292 dólares anuales²¹. En este estudio se encontró un costo anual de \$1,025 dólares anuales (Precio dólar de \$11.5 pesos por dólar Abril 2010) para los costos directos. Valores inferiores a los reportados por Friemel *et al* en 2005 (\$1345)²², esta diferencia entre los costos podría ser atribuida al descuento que realiza la institución por nivel socioeconómico así como al apego del paciente a la consulta externa debido a que acuden en promedio 6 veces al año. El costo anual de la depresión sin descuento fue de \$1,606 dólares anuales. Costos directos similares a los reportados por Druss (\$1543 anuales)²³. Melanie Luppa encontró costos directos de \$1,000 a \$2500 dólares, situando este estudio dentro de estos rangos¹⁴. Encontramos un costo promedio de la hospitalización fue de \$421 dólares por 30 días con el descuento de los niveles socioeconómicos, mientras que el costo promedio de la hospitalización sin descuentos fue de \$3,648 dólares por hospitalización siendo esta la intervención más cara. Aproximadamente el 20% de los gastos catastróficos se debe al gasto de los pacientes en los medicamentos¹¹. En este estudio el hallazgo fue que los medicamentos ocuparon el 84.8% de los costos directos en los pacientes entrevistados aplicando los descuentos institucionales a la consulta externa y los estudios realizados dentro de la institución, pero este panorama cambia al evaluar a los pacientes sin los descuentos, ocupando los estudios y la consulta externa un 42% de los costos directos. El promedio de descuento para los costos directos fue de 36.9%, es decir en promedio el paciente paga el 63.1% de las atenciones que la institución ofrece situación diferente al panorama que ofreció la Secretaría de Salud en 2002 para el plan de Salud 2001-2006 en donde se estimó un gasto de bolsillo en salud del 50%²⁴. Se encontró un promedio de ingreso mensual de \$7499.5 pesos del cual en promedio existen 3.9 dependientes uno de los cuales presenta depresión. Encontramos un promedio de gasto en salud fue de \$950 mensuales, dicho gasto representa el 16.2% del gasto en los hogares evaluados. El 15% (n=9) de los pacientes reporto un gasto mayor al 30% (Gasto Catastrófico) de los cuales 3 se encontraban hospitalizados reportando gastos en salud mayores a los ingresos reportados. Los hallazgos en este estudio reportan un porcentaje de gasto catastrófico mayor a los reportados por la Secretaría de salud en 2002 (de 1.5 al 4% de los hogares)²⁵. Esto probablemente es debido a que nos encontramos frente a familias en donde un miembro presenta patología mental crónica favoreciendo la carga e incrementando el riesgo a gasto catastrófico en los hogares. De 58 pacientes que resolvieron el apartado Q0522 el 80.5% de los pacientes cubren sus gastos en salud con sus ingresos. El 11.2% cubre sus gastos de salud pidiendo prestado. El 5.5% utiliza sus ahorros. El 2.7% vende sus artículos, ha solicitado créditos y usa seguros médicos. Entonces los resultados de este estudio refuerzan el hecho de que las familias mexicanas con frecuencia se ven obligadas a utilizar sus ahorros, pedir

préstamos, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, además de quedar expuestos al riesgo de empobrecimiento. De hecho, se ha llegado a reportar que estos gastos pueden tener consecuencias transgeneracionales, por ejemplo, la decisión de sacar a los hijos de la escuela para poder enfrentar este tipo de gastos¹².

CONCLUSIONES

Este estudio nos da una aproximación de los costos directos de una muestra de pacientes con trastorno depresivo mayor, tratados en una institución pública para pacientes que no cuentan con seguridad social, observando que los gastos relacionados con las hospitalizaciones y los fármacos son lo que abarcan un mayor porcentaje del gasto en salud.

De los hallazgos económicos reportados en esta muestra de pacientes deprimidos pueden ser de interés para realizar otro tipo de investigaciones (como calcular la línea de pobreza). Es decir, surgen dudas acerca de la forma de sostener y afrontar las limitaciones económicas en las que se encuentran los hogares además de conocer el ingreso de los demás miembros los cuales nos podrían dar aproximaciones más exactas a la forma en como subvencionan los gastos que se realizan en el hogar.

Este estudio presentó limitaciones, tales como: a) la dificultad para recolectar los datos sobre el ingreso y gastos de los demás miembros de la familia; b) El cálculo de la línea de pobreza la cual requiere programas econométricos específicos; c) puesto que sólo es una muestra específica de pacientes con depresión y el tamaño de la muestra es pequeño y varía según los datos, los resultados no pueden generalizarse más son indicadores de cómo se mueven los ingresos y egresos dentro de las viviendas con pacientes deprimidos. d) La muestra de pacientes hospitalizados fue pequeña (n=6) se requieren estudios posteriores para poder tener una aproximación más exacta sobre los gastos en los pacientes hospitalizados.

Sin embargo, dentro las fortalezas de este estudio podemos mencionar: a) Proporciona información cercana sobre el gasto real que representa el tratamiento médico de un paciente con depresión en México; b) Replica datos similares a los reportados en la literatura internacional sobre los costos directos de la depresión; y c) Revela la presencia de un fenómeno de afrontamiento a los gastos tan elevados del tratamiento de la depresión por parte de los hogares.

Referencias

1. Frenk J, Lozano R, González MA, *et al.* Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, México 1994; 75-78.
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. Caraveo Aj, Colmenares E, Saldivar, *et al.* Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental* 1999; 22 : 62-67,
4. Berenzon Gora S, Tiburcio Mm 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
5. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, *et al.* Cost of depresión in Europe. *J Ment Healt Policy Econ* 2006; 9 :87-98.
6. 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.
7. Lara Muñoz MC, 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.
8. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos Metodología. Organización Mundial de la Salud 2005 (2).
9. Xu K, Evans D, Kawabata K, *et al.* Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet* 2003; 362: 111-117.
10. Murray C, Evans D. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: Concepts and empirical application. *Health System Performance Assesment*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud 2003.
11. Pérez-Rico R, Sema-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) : 547-553.
12. 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.
13. Xu K. Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges. *Health System Performance Assesment*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud 2003.
14. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer M, *et al.* Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98: 29-43.
15. Sobocki P: Health economics of depression. Tesis doctoral. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006.
16. 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.
17. Hodgson TA. Cost of illness methodology a guide to current practices and procedures. *Milbank Mem Fund Q Healt Soc* 1982; 60 (3) : 435-62.
18. Akobundu E, Ju J, Blatt L, *et al.* Cost-of-Illness Studies A Review of Current Methods. *Pharmacoeconomics* 2006; 24 (9): 869-890.
19. Organización Mundial de la Salud: The Global Burden of Disease 2004. Update 2008.
20. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Masson S.A; 2000.
21. 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.

22. Friemel, S, Bernert S. The direct costs of depressive disorders in Germany. *Psychiatr. Prax.* 2005; 32: 113–121.
23. Druss, B.G., Rosenheck, R.A., et al. Health and disability costs of depressive illness an a Major U.S. Corporation. *Am. J. Psychiatr.* 2000; 157: 1274–1278
24. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.
25. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva. Porcentaje de hogares con gastos catastróficos 2000. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.

Anexos

I. Consentimiento informado

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Estudio descriptivo de los costos directos y estimación de gastos catastróficos de la depresión en pacientes hospitalizados y de consulta externa en el INPRFM”

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 un periodo de 12 meses. Así como dar una aproximación del ingreso mensual con el que cuento para dichos gastos, considerando que todos los datos que le proporcione al Investigador Responsable serán absolutamente confidenciales.

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

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

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

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

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

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Jeremy Cruz, al teléfono 56552811 extensión 350: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos, Modulo A consultorio 7.

Firma del Paciente. _____
Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador. _____
Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 2