

## Abstracts Translations (Spanish)

### Factors that Influence the Cost of Deliberate Self-poisoning in Children and Adolescents

Sarah Byford, Julie A. Barber, Richard Harrington (UK)

### Factores que Influyen en el Coste del Envenenamiento Deliberado en Niños y Adolescentes

#### Abstract / Resumen

**Fundamento:** Idealmente, el tipo y la cantidad de servicios recibidos por jóvenes con problemas mentales debería venir determinado exclusivamente por la necesidad. Sin embargo en la realidad debe contarse con una serie de factores que influyen en el uso de recursos y, por tanto, en los costes totales de la atención.

**Finalidad del estudio:** La finalidad de este estudio fue evaluar el impacto de las características basales del paciente y de su familia en el coste total de la atención a niños y adolescentes que se han envenenado de forma deliberada. Se formuló la hipótesis de que el coste de este grupo de pacientes se asociaría con la gravedad de la suicidabilidad y otras características psiquiátricas, la existencia de problemas en el momento actual, y las características socio-económicas y demográficas.

**Método:** Se utilizaron análisis de regresión uni y multivariado para examinar la asociación entre las características basales y tanto los costes de servicios estatutarios como los costes para el servicio nacional de salud en 149 jóvenes de 16 años o menos con un diagnóstico de auto-envenenamiento deliberado que fueron derivados a grupos de atención de salud mental infantil.

**Resultados:** Las variables basales que se asociaron de forma significativa a paquetes de atención más caros incluían el propósito claro de muerte, la existencia de problemas en el momento actual, el hallarse en programas de acogida, peor bienestar de los padres, y no tener un diagnóstico de trastorno de conducta. No se encontró una relación significativa entre los costes y las medidas de gravedad de la enfermedad, incluyendo ideación suicida, desesperanza y gravedad de la depresión.

**Discusión:** Aunque los costes no se ven influidos por las medidas clínicas de gravedad, la provisión de servicios parece responder a nociones de gravedad más prácticas, tales como el propósito de morir y la existencia de problemas en el momento actual. Algunos subgrupos de alto riesgo como aquellos con trastornos conductuales y los que han pasado por centros de acogida o de atención por las autoridades locales, parecen "escapar" de la red de servicios de salud, aunque ello puede atribuirse más a problemas de demanda que a una cuestión de carencia de los mismos.

**Implicaciones para la provisión y utilización de atención sanitaria:** Los datos presentados aquí sugieren que los proveedores de atención sanitaria dirigen más servicios a los sujetos que presentan una mayor necesidad, siendo ésta definida de un modo más práctico que clínico. Sin embargo sería necesaria una mayor focalización en algunos subgrupos de alto riesgo, especialmente aquellos que tradicionalmente tienen una mayor tasa de abandonos y de bajo cumplimiento.

**Implicaciones para la formulación de políticas sanitarias:** Las intervenciones para jóvenes con tentativas de autolisis deberían focalizarse en grupos de alto riesgo, como aquellos con un diagnóstico de trastorno de conducta. Además, es necesario promocionar los programas de prevención focalizados en grupos de alto riesgo antes de que se produzca una tentativa de suicidio.

**Implicaciones para investigaciones ulteriores.** Este estudio se halla limitado por sus pequeños tamaños muestrales. Es necesario que la investigación se

focalice directamente en la atención de jóvenes con un riesgo elevado de tentativas repetidas de autolisis, dado que los resultados aquí expuestos son de tipo exploratorio y no explicativo.

### Substitution between Formal and Informal Care for Persons with Severe Mental Illness and Substance Use Disorders

Robin E. Clark, Haiyi Xie, Anna M. Adachi-Mejia, Anjana Sengupta (USA)

### Sustitución de Cuidado Formal e Informal para Personas con Enfermedad Mental Grave y Abuso de Sustancias

#### Abstract / Resumen

**Fundamento:** Las personas con enfermedad mental grave (EMG) reciben con frecuencia una extensa atención informal por parte de familiares y amigos, así como una proporción relevante de tratamiento formal por parte de profesionales pagados. Existe una buena documentación sobre ambas fuentes de atención, pero la información acerca del modo en que estos dos tipos de atención se influyen entre sí es escasa.

**Propósito:** Este análisis estima el grado de sustitución del tratamiento formal por atención directa de parte de familiares y de amigos en personas con EMG y abuso de tóxicos. Se efectúa una estimación por separado de los efectos a corto y a largo plazo.

**Métodos:** Los datos proceden de un ensayo clínico aleatorizado efectuado en 7 centros de salud mental en New Hampshire entre 1989 y 1995. El estudio incluye datos detallados de 193 personas con trastorno dual, evaluados al incorporarse al estudio y durante cada 6 meses durante los tres años siguientes. Las horas de cuidado informal se compararon con los costes totales del tratamiento cada 6 meses para medir efectos a corto plazo. La cantidad promedio de atención informal durante 3 años constituía el patrón de tratamiento a largo plazo. Las medidas de cuidado informal proceden de entrevistas con cuidadores informales. Los costes de tratamiento se basan en datos combinados de los sistemas de información de gestión, solicitudes al Medicaid, historias clínicas hospitalarias y autoinformes. Usamos medidas repetidas de regresión de efectos múltiples para estimar los efectos longitudinales y técnicas de imputación múltiple para probar la sensibilidad de los resultados a la información perdida.

**Resultados:** A corto plazo, las personas con trastorno bipolar utilizaron de forma significativa más atención formal a medida que aumentaba el cuidado informal (complementariedad). La relación entre cuidado formal e informal a corto plazo resultó más débil en personas con esquizofrenia. En ambos grupos diagnósticos se produjo un gran efecto de sustitución, un incremento de 4-6 % en horas de atención informal y se asoció a un decremento de un 1% en costes de atención formal.

**Discusión:** Aunque es necesaria una confirmación en estudios posteriores, estos hallazgos sugieren que existe una relación fuerte y significativa a corto plazo entre la atención dada por familiares y amigos y la dada por proveedores formales. El análisis indica que la relación a corto plazo entre cuidado formal e informal es complementaria, pero difiere en relación al diagnóstico. Los efectos a largo plazo, que posiblemente se relacionan con el cambio en las percepciones de rol, muestran una sustitución entre ambos tipos de atención.

La pérdida de datos sobre las horas de atención en algunos periodos constituye una fuente de preocupación en este estudio. Sin embargo, la consistencia de los resultados tanto del análisis que utilizó datos imputados como del modelo que utilizó exclusivamente datos originales, aumenta la confianza en nuestros resultados. A pesar de que puede existir alguna endogeneidad entre la atención

\*Correspondence to: Prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herrera, Nº18, 4ºC, 11401-Jerez de la Fra., Cádiz, Spain

formal e informal en algunos emplazamientos terapéuticos, creemos que la riqueza en la provisión de servicios del entorno en el que se efectuó este estudio limita la preocupación sobre este aspecto concreto.

**Implicaciones para la provisión y utilización de atención sanitaria:** La cantidad de atención suministrada por cuidadores informales tiene un impacto significativo en los costes formales del tratamiento. Son necesarios modelos de atención que reconozcan de forma explícita la interacción entre ambos tipos de atención, con el fin de garantizar la combinación eficiente de atención formal e informal.

**Implicaciones de tipo político:** Los decisores y los proveedores sanitarios se enfrentan al reto clave de cómo incentivar la atención informal sin sobrecargar a los cuidadores. Los investigadores deben prestar mayor atención a las ventajas de las diversas aproximaciones para reducir la carga de los cuidadores. Mientras tanto, las demandas de los cuidadores aumentarán a la par que continúan los esfuerzos para reducir el gasto sanitario.

---

### A Cost-Effective Model for Increasing Access to Mental Health Care at the Primary Care Level in Nigeria

Olayinka O. Omigbodun (Nigeria)

### Un Modelo de Coste-Efectividad para Aumentar el Acceso a Atención de Salud Mental en Atención Primaria en Nigeria

#### Abstract / Resumen

**Fundamento:** Aunque actualmente existen modalidades de atención de salud mental en Nigeria, éstas son irrelevantes para el 70% de los 120 millones de habitantes que no tienen acceso a servicios modernos de atención en salud mental. El Ministerio de Salud adoptó la salud mental como el 9º componente de la atención primaria (AP), sin embargo se ha hecho muy poco en los últimos diez años para llevar esta política a la práctica. Aunque la salud mental forma parte del currículum de los trabajadores de AP, parece que se trata de una inversión malgastada.

**Finalidad del estudio:** Revisar los problemas y los puntos débiles del modelo actual de formación en salud mental para trabajadores de AP, con el propósito de desarrollar un modelo de integración coste-efectivo.

**Método:** Se efectúa una revisión y análisis de los métodos actuales de formación y su impacto en la provisión de servicios de salud mental en AP en un área rural y un área urbana de Nigeria. Se lleva a cabo un análisis de las aproximaciones para integrar la salud mental en AP, y se deriva un modelo de coste-efectividad de la situación de país basado en estas aproximaciones y en las circunstancias locales de Nigeria.

**Resultados:** Prácticamente no existe una provisión de servicios de salud mental en las dos áreas estudiadas. La formación actual no es efectiva y prácticamente nada de lo aprendido por los trabajadores de AP parece utilizarse en la práctica.

La literatura científica proporciona dos modelos de integración de la atención en salud mental en AP. La facilitación, que supone una formación del personal de para proporcionar atención de salud mental de forma independiente, no resulta efectiva por sí misma y debe acompañarse de supervisión del personal de AP. El enlace se produce cuando los profesionales de salud mental dejan el hospital para proporcionar atención mental en centros de AP. Este requiere un gran número de profesionales capacitados, de los que Nigeria carece. Teniendo en cuenta las experiencias anteriores en Nigeria y en otros países, la aproximación más coste-efectiva para estas comunidades nigerianas sería un modelo mixto de facilitación y enlace de salud mental en AP.

**Discusión:** Nigeria esta experimentando un doble epidemia, con altas tasas de mortalidad infantil y maternal. En estas condiciones, la carga de la enfermedad mental permanece invisible para las autoridades. Los escasos recursos destinados a las necesidades en salud mental deberían de maximizarse en intervenciones coste-efectivas. El modelo de atención mixto facilitación-enlace se beneficia de las ventajas de ambos modelos a la vez que toma en consideración sus limitaciones. Hasta que dicho modelo sea probado por completo, no será posible extraer conclusiones completas.

**Implicaciones para la provisión y utilización de atención sanitaria:** Este modelo permite disponer de servicios de salud mental accesibles y aceptables

para estas comunidades. Esto permitiría reducir la carga de sufrimiento a causa de enfermedad mental mediante la provisión de tratamiento, atención rehabilitativa y promoción y prevención de las enfermedades mentales en la población.

**Implicaciones para políticas de salud.** La política actual sobre salud mental en Nigeria se centra en la facilitación como el mejor modo en que ésta puede integrarse con éxito en la atención primaria. Sin embargo, esta aproximación no se ha acompañado de éxito hasta la fecha. Los resultados derivados de este modelo pueden presentarse ante los responsables sanitarios y así apoyar su replicación en otras partes del país. En último extremo esto puede conducir a un cambio en la política de salud mental en la formación sobre salud mental al nivel de AP.

**Implicaciones para investigaciones ulteriores.** En Nigeria la investigación sobre servicios de salud mental y sobre economía de la salud se encuentra en sus inicios. Este estudio proporciona la base de información y puede estimular más investigación en estas dos áreas vitales.

---

### Financial Burden and Out-of-Pocket Expenditures for Mental Health Across Different Socioeconomic Groups: Results from HealthCare for Communities

Jeanne S. Ringel, Roland Sturm (USA)

### Carga Financiera y Gastos de Bolsillo para Salud Mental en Diferentes Grupos Socio-Económicos; Resultados de la Atención Sanitaria a Comunidades

#### Abstract / Resumen

**Fundamento:** Tradicionalmente, la cobertura (beneficios) de la atención a las enfermedades mentales ha sido menos favorable que la de otras enfermedades médicas. Ello se ha traducido en deducibles separados, mayores tasas de copago o de co-aseguración, y niveles inferiores de cobertura de servicios. Esta tendencia continúa en la actualidad a pesar de la reciente ola de legislación sobre "paridad". A pesar de los debates políticos sobre la reforma de los seguros para salud mental, se conoce poco sobre la carga de los gastos de bolsillo por enfermedad mental.

**Finalidad:** Este estudio examina las diferencias de los gastos de bolsillo y la carga relacionada con los mismos en diferentes grupos de población estratificados según su situación de cobertura por seguros médicos, edad, etnicidad, y grupo socio-económico.

**Métodos:** Para medir la carga de los gastos de bolsillo relacionados con salud mental, este estudio utiliza los datos de la última encuesta nacional disponible, la encuesta domiciliar de Atención en Salud para las Comunidades de 1998. Se emplean diversas medidas de carga como los gastos totales de bolsillo, su contribución a los gastos totales de tratamiento, y su proporción con respecto a los ingresos familiares. Con el fin de abordar las cuestiones metodológicas relacionadas con el cálculo de las medidas relativas de carga (por ejemplo, casos atípicos, errores de medida, falta sistemática de aporte de información), se consideran tres aproximaciones diferentes sugeridas por la literatura, y se discuten sus ventajas relativas en función de los tipos de datos disponibles.

**Resultados:** Existe una percepción generalizada de que los gastos de bolsillo a causa de problemas de salud mental constituyen una carga significativa para los usuarios de servicios, sin embargo, las estimaciones efectuadas no apoyan esta creencia. De hecho, las estimaciones de las tres medidas de gastos de bolsillo están por debajo del 10% del presupuesto para la mayoría de los grupos. De todos modos, existe una cierta variación de la carga en grupos de más edad, sin seguro médico, o en minorías. El gasto de bolsillo de estos grupos supone una mayor proporción de los ingresos. La proporción del total de gastos por salud mental que paga directamente el individuo, es otra medida importante de la población con necesidades de servicios de salud mental, dado que muchos planes de seguros tienen límites de visitas o de la cantidad total que la aseguradora paga por gastos de salud mental. Estimamos que los gastos de bolsillo para el grupo en su conjunto es del 25%. Además, encontramos que la carga varía a través de los grupos, siendo los que más gastos de bolsillo pagan los de mayor edad, mayor nivel educativo o los que tienen seguros privados.

**Discusión:** Aunque en general, la carga relacionada con los costes de bolsillo presenta un cuadro prometedor, es importante tener en cuenta que las personas toman decisiones de salud en base a su presupuesto disponible. El hecho de que los gastos de bolsillo sean relativamente bajos puede también reflejar una decisión de anteceder una atención potencialmente costosa. De todos modos, los resultados para salud mental no sugieren que los costes de bolsillo sean una carga significativa en la actualidad para la mayoría de los usuarios. Aunque esta situación puede reflejar un cambio importante con respecto a situaciones pasadas que se relacione con la instauración de la gestión de la atención (managed care), no se cuenta con datos comparables para probar esta hipótesis de forma empírica.

**Implicaciones para la política y la investigación:** Puede resultar tentador

atribuir el hallazgo de unos gastos de bolsillo bajos en relación al presupuesto total a la reciente legislación sobre paridad. Sin embargo, las investigaciones recientes indican que la legislación de paridad no ha producido cambios significativos en el diseño de la cobertura de los seguros. De hecho, la tasa elevada de gastos de bolsillo en relación al total de gastos en salud mental descrito en este artículo, es consistente con un papel limitado de la legislación de paridad. Otra posible explicación de los resultados encontrados es que tanto el aumento de la gestión de la atención (managed care), como el cambio en el patrón de tratamiento a un mayor uso de medicaciones, que tienen una cobertura más extensa en la mayoría de los planes de seguro privado, hayan determinado una reducción del coste total del tratamiento, y en consecuencia, una reducción de los pagos de bolsillo.