



Depresión, el coste de la tristeza

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Redactora Jefe de Gaceta Médica

Es solo uno de sus síntomas, pero no es uno más... Va más allá del desánimo normal tras una pérdida o una situación externa, porque a la tristeza le siguen a un paso la falta de autoestima o de energía para realizar pequeñas tareas cotidianas, la pérdida de capacidad de concentración y de organización o un profundo sentimiento de culpa. Hasta el punto de que buena parte de las personas con depresión ni tan siquiera llegan a buscar ayuda profesional o en su entorno, lo que amplifica el impacto de esta patología.

KEY WORDS: Depresión, costes, incapacidad temporal, enfermedad laboral.

A pesar del estigma y de las sombras que pesan a nivel social sobre la depresión y otros problemas de salud mental, y en ocasiones también del afán del propio paciente de no hacer visible una situación que entienden que pertenece a su esfera íntima y que aspira a resolver por sus propios medios, en la última década se han puesto sobre la mesa numerosos datos que cuantifican el impacto de la depresión y hacen que sea más visible.

Jerónimo Saiz, presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, explica que se trata de estimaciones. “Son datos que tienen un valor relativo, pero es así para muchos problemas de salud, en general, y para muchos problemas de salud mental, en particular”, añade.

El especialista subraya que el coste es enorme y que, además, está creciendo. Solo en España —destaca— el coste de la depresión ronda el uno por ciento del Producto Interior Bruto: “hablamos de un problema de gran envergadura”.

La literatura científica también ha repasado con estimaciones y artículos cómo se producen estos gastos, asegura Saiz. Si se producen de forma directa en la atención a los enfermos, hospitalizaciones, medicamentos, recursos de asistencia del tipo de la psicoterapia, revisiones ambulatorias, pruebas etc., además de los gastos indirectos, que en palabras del experto son los más destacados. Un trabajo publicado en 2006, que revisa el coste de la depresión en Europa, detalla la distribución de estos costes (Ver figura 1). Según su análisis, las morbilidades representan el 67 por ciento de este coste, seguido de la atención médica, que origina el 20 por ciento del mismo. Los tratamientos far-

macológicos, con un nueve por ciento del gasto ocasionado por la depresión, y la mortalidad, cuyo impacto económico se cifra en un cuatro por ciento, completan el esquema.





Se trata de una enfermedad muy prevalente, que afecta en nuestro país a más de dos millones de personas al año. Saiz remarca que cerca del 12 por ciento de la población la padece al menos una vez en la vida. “Afecta más a las mujeres y surge a edades de trabajar, lo que también es un problema importante y grave” en opinión del experto.

Si a ello se suma que muchas veces se llega tarde al diagnóstico y que muchas personas no llegan a recibir el tratamiento correcto, circunstancia que se da en más de la mitad de los casos, es lícito hablar de un problema de primer orden.

Las previsiones de cara al futuro, además, no resultan especialmente halagüeñas. Según recuerda el psiquiatra, la Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2030 será la enfermedad más discapacitante del mundo y a día de hoy ya está en segundo lugar. Sin olvidar que en el entorno laboral la patología tampoco se afronta de manera adecuada.

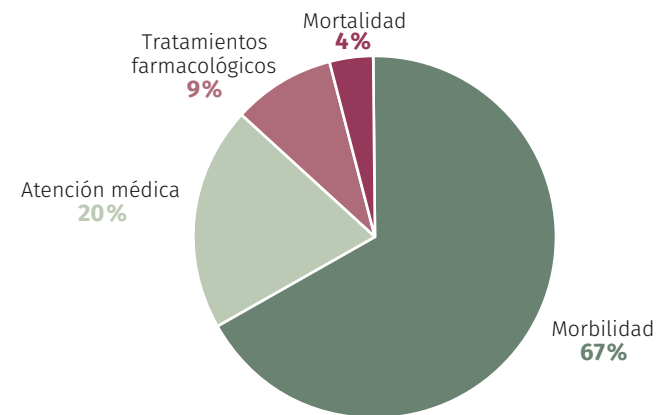
Hace unos meses Jerónimo Saiz firmaba un artículo sobre este asunto en la revista *Psiquiatría Biológica*, junto a un equipo multidisciplinar entre los que se encuentra un economista de la salud, un médico de atención primaria y varios investigadores.

Desde el punto de vista estrictamente económico, la carga de la depresión es considerablemente alta y se ha hecho más evidente en las últimas décadas, tal y como citan en el texto. Los expertos aluden a un estudio realizado en 28 países europeos con datos de 2004 que sitúan el coste generado por esta patología en 118.000 millones de euros, lo que supone 253 euros por habitante y representa el citado uno por ciento del PIB.

Según estas cifras, el 36 por ciento en nuestro país y un 30 por ciento en Europa de este coste se atribuyen a costes directos. Los trastornos del ánimo consumieron recursos por valor de 10.763 millones de euros.

En cualquier caso, los especialistas destacan que buena parte de las patologías mentales y en particular la depresión son tratables y a menudo incluso prevenibles, lo que exige, en su opinión, una actitud responsable y proactiva en el abordaje de la depresión laboral.

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS COSTES DE LA DEPRESIÓN EN ESPAÑA POR CATEGORÍA DE RECURSOS



Fuente: Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:87-98.

La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2030 la depresión se convertirá en la enfermedad más discapacitante de todas



CIFRAS CLAVE

Raquel Rivero, psicóloga de la Clínica Nuestra Señora de La Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, repasa algunas de las principales cifras de esta enfermedad.

La prevalencia de la **depresión en España** se sitúa en torno al **5,2 por ciento** de la población, lo que supone alrededor de **2 millones de personas** según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, esta misma organización prevé que esta cifra pueda seguir aumentando en los próximos años como viene siendo la tendencia en las últimas décadas.

A nivel global, esta enfermedad **afecta al año a más de 300 millones de personas**, lo que equivale al **4,4 por ciento de la población mundial**. Esta cifra ha aumentado en las últimas décadas en casi un 15 por ciento, en buena parte debido al aumento del envejecimiento y también al aumento global de población mundial.

España es el cuarto país de Europa en casos de depresión, solo superado por Francia, Italia y Alemania que es el país en el que más casos se dan.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, la tasa de depresión **en mujeres es más del doble que en hombres** en España.

En España los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja por incapacidad temporal. Un trabajo realizado por UGT para analizar el coste laboral de las enfermedades atribuibles al trabajo con datos de 2010 reflejó que de los 9.994 partes de baja de incapacidad temporal por enfermedad mental, un total de 931 correspondían a la depresión y se reparten por género en un 35 por ciento de los casos para hombres y un 65 en mujeres.

Si se analizan los partes de alta en el mismo año, un total de 621, el 9 por ciento del total corresponden a depresión, con un coste medio de 2.574 euros. El coste medio por proceso es superior en los hombres, con un promedio de 3.131 euros, mientras que las mujeres tienen un coste medio de 2.298 euros por episodio.

Asimismo, la duración de la baja también varía, 82 días en hombres frente a 78 en las mujeres. Las diferencias según el grupo de cotización también resultan llamativas (ver tabla 1). El mayor porcentaje de coste medio, en hombres, se da en los jefes administrativos y de taller, por encima de los 5.250 euros, que multiplica por cuatro el coste de estas bajas en ingenieros técnicos, por citar un ejemplo. También merece un vistazo el análisis de días de baja y coste por IT según el sector económico (ver tabla 2). Este ranking lo lideran la industria manufacturera y el comercio, con 224 y 183 procesos por depresión en 2010, mientras que el número de procesos en actividades sanitarias y de servicios sociales ascendió a 59.

Al margen de estas cifras, que resultan ya lejanas en el tiempo, Jerónimo Saiz subraya que los costes laborales son difíciles de cuantificar, y es que en muchas ocasiones no se estima el origen real del problema. A esto se añade que en los últimos tiempos, en plena crisis, las personas con depresión se resisten a dejar su puesto de trabajo: “se habla de presentismo más que de absentismo, siguen trabajando, pero están muy perjudicadas”, reconoce, con la consiguiente caída de su productividad.



TABLA 1

DURACIÓN MEDIA DE LA BAJA (DMB) Y COSTE MEDIO DEL PROCESO POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR GRUPO DE COTIZACIÓN Y GÉNERO EN 2010

Hombres	Procesos	%	DMB	Ratio	Coste medio	Ratio
Ingenieros y Licenciados	15	857	6.927	209	3,815	288
Ing. Técnicos, Peritos y Ayud. titulados	6	343	3.317	100	1,324	100
Jefes Administrativos y de taller	12	686	10.017	302	5,251	397
Ayudantes no titulados	13	743	7.354	222	3,332	252
Oficiales Administrativos	17	971	6.935	209	2,832	214
Subalternos	7	400	7.700	232	1,884	142
Auxiliares Administrativos	14	800	6.936	209	2,885	218
Oficiales 1ª y 2ª	46	2.629	7.496	226	2,604	197
Oficiales 3ª y especialistas	27	1.543	6.663	201	2,991	226
Peones	18	1.029	11.367	343	2,992	226
Total	175	10.000	7.645		3,015	

Mujeres	Procesos	%	DMB	Ratio	Coste medio	Ratio
Ingenieros y Licenciados	18	506	6.278	96	3,324	233
Ing. Técnicos, Peritos y Ayud. titulados	29	815	8.572	131	4,288	300
Jefes Administrativos y de taller	11	309	9.318	143	4,124	289
Ayudantes no titulados	19	534	5.400	83	2,217	155
Oficiales Administrativos	88	2.472	6.795	104	2,123	149
Subalternos	12	337	7.842	120	2,442	171
Auxiliares Administrativos	69	1.938	6.526	100	1,427	100
Oficiales 1ª y 2ª	25	702	6.484	99	1,716	120
Oficiales 3ª y especialistas	32	899	8.031	123	1,856	130
Peones	53	1.489	8.957	137	1,665	117
Total	356	10.000	7.312	-	2,182	-

Fuente: Informe sobre costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010. UGT.

TABLA 2

PROCESOS, DÍAS DE BAJA Y COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR SECTORES EN 2010

Sectores	Procesos	%	Días baja	%	Coste	%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	2	0,22	89	0,10	2.718	0,09
Industria manufacturera	224	24,19	24.011	28,20	768.322	25,43
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	8	0,86	642	0,75	42.789	1,42
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	10	1,08	675	0,79	30.965	1,03
Construcción	35	3,78	3.983	4,68	140.767	4,66
Comercio al por mayor y al por menor	183	19,76	16.287	19,13	505.384	16,73
Transporte y almacenamiento	29	3,13	3.377	3,97	133.442	4,42
Hostelería	70	7,56	6.014	7,06	198.346	6,57
Información y comunicación	46	4,97	3.428	4,03	197.032	6,52
Actividades financieras y de seguros	35	3,78	2.400	2,82	141.224	4,67
Actividades inmobiliarias	3	0,32	351	0,41	9.527	0,32
Actividades profesionales, científicas y técnicas	28	3,02	2.376	2,79	118.150	3,91
Actividades administrativas y servicios auxiliares	91	9,83	8.506	9,99	231.584	7,67
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria	53	5,72	4.506	5,29	176.034	5,83
Educación	40	4,32	3.038	3,57	130.068	4,31
Actividades sanitarias y de servicios sociales	59	6,37	4.705	5,53	170.835	5,65
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	2	0,22	148	0,17	3.523	0,12
Otros servicios	8	0,86	621	0,73	20.283	0,67
Total	926	100,00	85.157	100,00	3.020.995	100,00

Fuente: Informe sobre costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010. UGT.

La impresión de los autores de este trabajo es que las empresas tampoco están preparadas para asumir los problemas de los trabajadores con esta patología. Un ejemplo es que deberían facilitar la incorporación de las personas al tra-

bajo de manera gradual, de ahí que sugieran que los médicos de empresa y la administración tomen cartas en el asunto y diseñen planes específicos para resolver los problemas que se plantean en el ámbito laboral.



UN IMPACTO QUE VA MÁS ALLÁ DE LO ECONÓMICO

El responsable de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Fernando Gonçalves Estella, repasa el impacto de la depresión en las diferentes esferas del paciente:

A nivel personal, la persona que sufre una enfermedad depresiva presenta un bache en su patobiografía emocional muy, muy intenso, con desesperanza, desilusión, ideas suicidas y suicidios consumados en ocasiones, etc. Además, sabemos que la presencia de la depresión en una persona aumenta su morbi-mortalidad por todas las causas.

En el ámbito familiar, la presencia en su núcleo de la persona enferma supone una carga emocional y un deterioro de la dinámica familiar y para todos los que rodean a la persona afectada.

Lo mismo sucede a nivel social, con el abandono de sus relaciones sociales, retraimiento, baja autoestima, etc.

A nivel laboral, las consecuencias socioeconómicas son muy importantes, en términos de bajas laborales, falta de rendimiento, repercusiones en su productividad y convivencia laboral.

“Muchas veces la falta de preparación y de medios para aceptar este tipo de situaciones hace que la pérdida de productividad sea mayor. El absentismo o el incremento de accidentes laborales, abuso de drogas o una mala utilización de los servicios de salud tiene una gran importancia tanto económica como sobre el sufrimiento de las personas, que es enorme, ya que produce una pérdida de autoestima la sensación de minusvalía, de no hacer las cosas bien y la sensación de incompresión”, destaca el psiquiatra.

ÁMBITO DE ATENCIÓN

El responsable de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Fernando Gonçalves, asegura que como norma general el especialista de atención primaria

diagnostica y trata al 85 por ciento de sus pacientes con depresión, y deriva al psiquiatra aproximadamente al 15 por ciento de casos restantes, que presentan mayor complejidad y serán seguidos por ambos.

Desde su perspectiva, resulta accesible el manejo también de otras enfermedades. Y es que la asociación de la depresión con otras patologías es marcada. “Hay enfermedades en las que los médicos nos preguntamos si una depresión es previa o posterior a otras patologías. Por ejemplo, no es infrecuente que el diagnóstico de una depresión se relacione con un posterior diagnóstico de cáncer de páncreas. Se han relacionado desde antiguo, pero aún no se ha demostrado con la solvencia necesaria esa relación. Hemos de reconocer que aún probablemente ignoramos más cosas de las que conocemos” indica.

Otro punto es que en esta patología no es frecuente la hospitalización, “es una rareza, resulta muy escaso. Se hospitalizan los enfermos más graves y en absoluto es lo común”, indica Saiz. Es una enfermedad de tratamiento fundamentalmente ambulatorio, destaca, que presenta mucha cronicidad y mucha tendencia a las recaídas, con necesidad de atención y cuidados y a veces tratamiento a largo plazo e incluso durante toda la vida.

DIFICULTADES EN EL ABORDAJE

El psiquiatra profundiza en la idea de que la mitad de los enfermos no están bien tratados. Muchas veces no se llegan a diagnosticar o el enfermo no sigue adecuadamente la pauta de tratamiento. El resultado, en cualquier caso, es el mismo. También abundan las leyendas urbanas y los prejuicios y errores con el tratamiento, con ideas extendidas como que la medicación antidepresiva crea dependencia o que se puede tomar y dejar de tomar en cualquier momento. En este campo, destaca Saiz, hay mucho por hacer.

En opinión de Raquel Rivero, psicóloga de la Clínica Nuestra Señora de la Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, la principal consecuencia de una depresión sin diagnóstico o mal tratada es el riesgo de cronificación de la enfermedad, que a la larga supondrá un coste personal y económico mayor, en forma de ingresos más prolongados, medicación, terapias, etc. Si no se diagnostica a tiempo, continúa la especialista, las complicaciones pueden derivar en riesgos muy elevados, el más grave es el suicidio. “Se sabe que el riesgo de cometer suicidio en pacientes con depresión es 21 veces superior a personas que no la sufren, por lo que es fundamental invertir en medios y recursos que aceleren el proceso”, puntualiza.

Un estudio de 2012 analiza los costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Sus autores revisaron registros poblacionales de los servicios

REDES ASISTENCIALES E INVERSIÓN

Desde la óptica de Jerónimo Saiz, las redes de asistencia en salud mental en nuestro país son buenas, aunque existen diferencias entre las comunidades autónomas que “no son justas” y “no deberían darse”. “Los psiquiatras pensamos que la inversión en salud mental y en psiquiatría es inferior a la que correspondería teniendo en cuenta la importancia de la discapacidad que produce la enfermedad y el sufrimiento y las consecuencias que tiene”, asegura.

En la actualidad, la red de atención sigue un modelo comunitario que integra psicólogos, enfermería y trabajadores sociales de forma coordinada y es lo más importante, aunque todo se puede mejorar, reconoce el psiquiatra.

Los programas de prevención y detección precoz han de dirigirse, según su impresión, a la sensibilización de la población general, que ha de saber que la depresión es una enfermedad y no un bajón por un acontecimiento circunstancial. Cuanto antes se descubra y se apliquen los tratamientos, mejor para el paciente, indica. “Es mucho más caro no tratar la depresión que tratarla, y esto, lamentablemente, está sucediendo”, sentencia.



asistenciales de Badalona con seguimiento durante un año. Se revisaron en total 2.260 pacientes de los que un 42,7 por ciento mostraron una respuesta subóptima al tratamiento. Estos pacientes, con una media de edad más alta y mayor proporción de mujeres, presentaban también mayores comorbilidades y peores porcentajes de cumplimiento.

Los costes sanitarios anuales en estos pacientes fueron de 826,1 euros frente a 451,2 euros en los pacientes en remisión, mientras las pérdidas de productividad fueron de 1.842

euros en aquellos con respuesta subóptima, en lugar de los 991,4 euros del grupo en remisión. En la tabla 3 se pueden observar las diferencias también en cuanto al uso de los recursos en ambos grupos y los diferentes costes de la atención sanitaria.

En cualquier caso, los especialistas reconocen los avances en el abordaje terapéutico de estos pacientes en los últimos años. Una de las novedades más relevantes, detalla la psicóloga Raquel Rivero, es el tratamiento de la depresión desde un prisma multidisciplinar que

LA VISIÓN DE LOS PACIENTES

La depresión tiene una importante repercusión en la calidad de vida del paciente y de su entorno. Nel A. González, presidente de la Confederación Salud Mental España, explica que existen muchas formas de afrontar y vivir la irrupción de un problema de salud mental. “Tantas como personas”, insiste. Inicialmente, nadie está preparado para asumirlo y la noticia obliga a la persona a afrontar cometidos para los que no se ha preparado.

De ahí que, según su visión, existan una serie de necesidades que, independientemente del tipo e intensidad del trastorno, son básicas para cualquier persona que se enfrenta a ello, como por ejemplo ser aceptada en su diversidad, respetar su capacidad de decisión, disponer de información sobre el trastorno mental y recibir atención sociosanitaria.

Con respecto a la familia y el entorno próximo, también sufren los efectos del diagnóstico. “Necesitan tiempo para interiorizarlo. Lo más importante es la información y con-

tar con apoyo socioeconómico, sanitario y profesional adecuado”, subraya.

El papel de las asociaciones de pacientes también está bien definido. La experiencia de esta red, indica, es que el movimiento asociativo se ha convertido en un punto fundamental de asesoramiento y apoyo a las personas con problemas de salud mental y sus familias, ofreciendo espacios de participación ciudadana y abordando la gestión de programas, recursos de atención domiciliaria, intervención familiar, programas de empleo, etc.

Una de sus preocupaciones tiene que ver con la infradotación de psicólogos en la sanidad pública. El ratio está en cuatro por cada 100.000 habitantes, mientras la media de la Unión Europea es de 18. “El número de profesionales es claramente insuficiente, lo que lleva al Sistema Nacional de Salud a tener unas elevadas listas de espera que afectan a las personas con problemas de salud mental y a su entorno”, concluye.

TABLA 3

USO DE RECURSOS Y MODELO DE COSTES EN PACIENTES CON RESPUESTA SUBÓPTIMA Y EN REMISIÓN

Grupos Número de pacientes, %	Respuesta subóptima N = 965 (42,7%)	Remisión N = 1.295 (57,3%)	Total N = 2.260	p
Uso de recursos				
Visitas médicas	16,8 (9,1)	11,1 (8,2)	13,6 (8,9)	< 0,001
Pruebas de laboratorio	0,6 (0,8)	0,5 (0,7)	0,5 (0,8)	< 0,001
Pruebas complementarias	0,1 (0,4)	0,1 (0,3)	0,1 (0,3)	NS
Derivaciones a los especialistas	0,2 (0,4)	0,1 (0,4)	0,2 (0,4)	0,005
Pérdidas de productividad laboral	20,2 (63,7)	12,8 (45,5)	16,1 (54,2)	0,001
Modelo de costes sin corregir (euros)				
Costes sanitarios	857,2	443,2	620,0	< 0,001
Visitas médicas	383,9	253,7	309,3	< 0,001
Pruebas de laboratorio	15,0	10,3	12,3	< 0,001
Pruebas complementarias	4,3	2,2	3,1	< 0,001
Medicamentos	453,9	177,1	295,3	< 0,001
Costes no sanitarios (productividad)	1.615,3	1.021,5	1.275,1	0,001
Costes totales	2.472,5	1.464,8	1.895,0	< 0,001
Modelo de costes corregidos (euros)^a				Diferencia
Costes sanitarios	826,1	451,2	374,85	< 0,001
IC95%	798,5-853,5	428,8-473,6		
Costes no sanitarios (productividad)	1.842,0	991,4	850,64	< 0,001
IC 95%	1.525,7-2.158,3	733,6-1.249,1		
Costes totales	2.668,1	1.442,6	1.225,49	< 0,001
IC95%	2.346,9-2.989,2	1.180,9-1.704,2		

Valores expresados en media (desviación estándar); p: significación estadística; IC: intervalo de confianza.

a Modelo de ANCOVA: cada prueba F contrasta el efecto simple de la presencia de remisión en cada combinación de niveles del resto de los efectos mostrados. Estos contrastes se basan en las comparaciones por pares, linealmente independientes, entre las medias marginales estimadas. Componentes aleatorios: estado de remisión y sexo; covariables: comorbilidad y edad.

Fuente: Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Antoni Sicras-Mainara y otros.

integra a médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, etc., que materializan el abordaje integral del paciente. “Cada vez las guías clínicas van depurándose y haciéndose más efectivas gracias a la experiencia no solo de los profesionales, sino también de los familiares y los pacientes, que participan en su formulación”, añade.

No obstante, la psicóloga destaca que en materia de salud mental nunca es posible sentirse conforme, especialmente en los casos de depresión grave. Según su impresión, el abordaje de cualquier tipo de depresión debe seguir avanzando para acortar los tiempos de curación, reducir los costes asociados por el tratamiento y disminuir el número de muertes relacionadas con esta enfermedad. ■