

Abstracts Translations (Spanish)

**Got Munchies? Estimating the Relationship
between Marijuana Use and Body Mass Index**

**Tienes Antojos? Esimando la Relación
entre el Uso de Marihuana y el Índice de Masa Corporal**

Isabelle C. Beulaygue, Michael T. French (USA)

Abstracto

Antecedentes: Aunque el uso de la marihuana comúnmente se asocia con el aumento del apetito y la probabilidad de aumentar de peso, los resultados de las investigaciones en esta área son dispares. La mayoría de los estudios, sin embargo, reportan asociaciones transversales y rara vez se controla por importantes predictores tales como la actividad física, el estado socioeconómico, y el alcohol y otras drogas.

Métodos: Utilizando los datos de las Oleadas III (N = 13.038) y IV (N = 13.972) de la Encuesta Nacional Longitudinal de Salud Adolescente, estimamos modelos de efectos fijos para estudiar con mayor rigor las relaciones entre el consumo de marihuana y el índice de masa corporal a lo largo del tiempo. Nuestros análisis incluyen numerosas pruebas de sensibilidad utilizando técnicas de estimación alternativas y en la Oleada IV se investiga la relación entre el consumo de marihuana y una medida alternativa del tamaño corporal (circunferencia abdominal).

Resultados: Los resultados muestran que las mujeres consumidoras diarias de marihuana tienen un índice de masa corporal aproximadamente 3,1% ($p < 0,01$) menor que las no usuarias, mientras que los usuarios masculinos diarios tienen un índice de masa corporal que es aproximadamente 2,7% ($p < 0,01$) menor que el de los no usuarios.

Discusión: El presente estudio indica una asociación negativa entre el consumo de marihuana y el IMC. El descubrimiento de una asociación negativa entre el consumo de marihuana y el peso es una valiosa contribución a la literatura, ya que este resultado contradice los de algunos estudios previos que eran incapaces de examinar la heterogeneidad invariante en el tiempo no observada.

Implicaciones para la Investigación Futura: Es necesaria investigación basada en la teoría para explorar los procesos metabólicos y de comportamiento subyacentes que se basan las asociaciones negativas entre el consumo de marihuana y el IMC. Una mayor comprensión de estos mecanismos junto con las estimaciones causales será de gran ayuda tanto para los políticos como para los profesionales sanitarios.

Traducido por Maria Rubio Valera

**State Right to Refuse Medication Laws and
Procedures: Impact on Homicide and Suicide**

**Leyes y Procedimientos Estatales que Permiten Rechazar
la Medicación: Impacto en Homicidios y Suicidios**

Griffin Edwards (USA)

Resumen

Marco Conceptual: Como parte de la exhaustiva revisión que se realizó del sistema de salud mental al final del siglo XX, muchos estados aprobaron leyes que permiten, en casos concretos, que pacientes que han sido internados (de manera voluntaria o involuntaria) puedan rechazar la medicación. Aunque se predijo que las consecuencias de estas leyes podrían ser graves, el efecto de las mismas en los comportamientos violentos aún no se ha evaluado.

Objetivos del Estudio: Estimar si existen diferencias en el comportamiento violento entre aquellos estados que aprobaron las leyes que permiten rechazar la medicación y los que no tienen estas leyes.

Método: Utilizando las tasas de homicidio en cada uno de los estados de US entre 1972 y 2001 (N = 1.479), y las tasas de suicidio entre 1981 y 2001 (N = 1.071), se han comparado las diferencias en las tasas de homicidio/suicidio antes y después de que la ley cambiara, y se ha contrastado esta tendencia con un grupo de estados controles.

Resultados: Las leyes que permiten que pacientes que han sido internados de manera voluntaria puedan rechazar a medicación se asocian con un incremento del 0,8 homicidios por 100.000 habitantes. Aunque las estimaciones puntuales sugieren que permitir que se revisen las peticiones para rechazar la medicación se asocia a una reducción en las tasas de homicidio, las estimaciones son imprecisas y estadísticamente no significativas usando t tests. Las leyes diseñadas para permitir que los pacientes que han sido internados de manera voluntaria puedan rechazar la medicación no tienen ningún efecto en las tasas de suicidios. Por el contrario, las leyes que permiten que pacientes que han sido internados de manera involuntaria puedan pedir rechazar la medicación, sobre todo en aquellos casos donde las peticiones se revisan por un panel de profesionales de salud mental independientes, se asocian con una reducción en los suicidios.

Implicaciones para las Políticas de Salud: Permitir que aquellos pacientes que son internados voluntariamente puedan rechazar la medicación, puede facilitar que estén dispuestos a ser ingresados, pero el hecho de estar expuestos de manera breve y opcional a la medicación y sus efectos secundarios puede, también, obstaculizar el tratamiento e incrementar la violencia.

Translated by Ana Fernández Sánchez

* **Correspondence to:** Antoni Serrano Blanco, M.D., Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats de Salut, Unitat de Recerca i Desenvolupament, Parc Sanitari de Sant Joan de Déu C/ Antoni Pujadas 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

Economic Burden of Mental Illnesses in Pakistan

Carga Económica de las Enfermedades Mentales en Pakistán

Muhammad Ashar Malik and Murad Moosa Khan (Pakistán)

Resumen

Antecedentes: Las consecuencias económicas de las enfermedades mentales son de mayor alcance que las de salud. Rara vez se ha analizado el impacto económico de las enfermedades mentales en los países de renta baja o media (PRBM). Este trabajo intenta llenar el vacío en la investigación sobre economía de la salud mental en PRBM. Proporcionamos la carga económica de las enfermedades mentales en Pakistán que puede servir como un argumento para la reorientación de los valores de políticas de salud, la asignación de recursos y las prioridades.

Objetivo: Estimar la carga económica de las enfermedades mentales en Pakistán.

Métodos: Se utilizó el enfoque de costes basados en la prevalencia de enfermedades utilizando la metodología de cálculo del coste de abajo hacia arriba. Se utilizó la base de datos del Departamento de Psiquiatría del Hospital de la Universidad Aga Khan (N = 1.882) en relación a los ingresos hospitalarios y la atención ambulatoria para el año 2005-06. Los datos de costes sanitarios se obtuvieron del departamento de finanzas del hospital. Las pérdidas de productividad, las relacionadas con el cuidador y con el coste de desplazamientos se estimaron usando las características socioeconómicas de los pacientes de la base de datos y los datos de la encuesta nacional de hogares. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado y métodos de regresión lineal múltiple por mínimos cuadrados ordinarios para estimar el coste de los medicamentos para la atención ambulatoria. Todas las estimaciones de costes se basaron en 1.000 repeticiones de muestras por cada categoría de enfermedades según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Los datos de prevalencia de enfermedades mentales de Pakistán y países de la región se utilizaron para estimar la carga económica.

Resultados: La carga económica de las enfermedades mentales en Pakistán fue de 250.483 millones de rupias pakistaníes (PKR) (4.264,27 millones de USD) en 2006. Los costes de atención médica y pérdida de productividad aportaron el 37% y el 58,97% de la carga económica, respectivamente. Los costes de ingresos en centros terciarios fueron el 70% de los costes totales de la atención médica. En los casos de ingreso, la duración media de la estancia fue alrededor de 8 días. El coste de la atención médica promedio diario de los pacientes ingresados fue de 3.273 PKR (55,72 USD). Para la atención ambulatoria, en promedio, un paciente visitó la clínica dos veces al año. El coste medio anual estimado para todas las enfermedades mentales era de 81.922 PKR (1.394,65 USD) y 19.592 PKR (333,54 USD) para los ingresos y la atención ambulatoria, respectivamente. En el análisis de sensibilidad, las pérdidas de productividad mostraron una alta variabilidad (a partir de 1.022,17 millones de USD a 4.007,01 millones de USD). Asumiendo el papel de gestor de la puerta de acceso a la sanidad de la atención primaria de salud (APS), se demuestra un ahorro de 1.577,19 millones de USD en carga económica total.

Implicaciones para la Política Sanitarias: Este estudio se propuso generar evidencia utilizando un enfoque innovador y de bajo coste relevante para muchos PRBM. En Pakistán, al igual que muchos PRBM, los pacientes acceden a la atención terciaria directamente, incluso para las enfermedades que se pueden gestionar de manera eficiente a nivel de APS. En términos económicos, las consecuencias no médicas de las enfermedades mentales son mucho mayores que las consecuencias médicas. Sobre la base de estos hallazgos se recomienda, en primer lugar, que la salud mental debe ser una prioridad igual que otras enfermedades en las políticas de salud y en segundo lugar es necesario que haya integración de la salud mental en la APS en Pakistán.

Traducido por Antoni Serrano Blanco

Increased Medicaid Financing and Equalization of African Americans' and Whites' Outpatient and Emergency Treatment Expenditures

Incremento en la Financiación de Medicaid y Equiparación de Gastos en Caucásicos y Afroamericanos en Consultas Externas y Tratamiento en Urgencias

Lonnie R. Snowden, Neal Wallace, Kate Cordell, Genevieve Graaf (USA)

Resumen

Objetivo: Investigar si una nueva oportunidad de financiación del tratamiento en salud mental, provista por sistemas autónomos de salud mental a nivel de condado sin los requerimientos habituales de copago, equipara las desigualdades en gasto entre niños afroamericanos y caucásicos en consultas externas y tratamientos en urgencias. Usando los pacientes caucásicos como referencia, se consideraron los patrones de gasto que favorecían a los pacientes caucásicos sobre los afroamericanos ("desigualdades") y aquellos que favorecían a los pacientes afroamericanos sobre los caucásicos ("desigualdades inversas").

Métodos: El programa obligatorio de incremento de gasto EPSDT entró en vigor en el primer trimestre de 1995. Se analizaron las peticiones de pago Medi-Cal expedidas a jóvenes (menores de 18 años) a lo largo de 64 trimestres en el periodo comprendido entre el 1 de Julio de 1991 y el 30 de Junio de 2007 en un análisis transversal (sistemas), longitudinal (trimestres) controlado.

Resultados: El programa obligatorio de incremento en financiación del tratamiento EPSDT se asoció con gastos en consultas externas relativamente mayores en afroamericanos frente a caucásicos cuando el sistema inicialmente gastó más en los caucásicos. Cuando el sistema inicialmente gastó más en afroamericanos, los incrementos relativos fueron mayores para caucásicos en consultas externas y servicios de urgencias.

Conclusiones: Con una nueva financiación que no requiere fondos complementarios del condado, los sistemas de salud mental del condado redujeron las desigualdades en gastos en tratamientos de pacientes externos. Esto fue demostrado en condados que inicialmente favorecieron a los afroamericanos y en condados que inicialmente favorecieron a los caucásicos. Adoptar perspectivas a nivel de sistema y tener en cuenta las tendencias y condiciones iniciales puede ser básico para comprender las desigualdades.

Traducido por Ignacio Aznar Lou