

Análisis comparativo de costos directos y funcionamiento global en personas afectadas por trastorno bipolar I y II, en tratamiento ambulatorio

Ana Igoa¹
Diego Martino²
Clara Khan³
Patricia Scchiavo⁴
Eliana Marengo⁵
Sergio Strejilevich⁶

Resumen

Objetivo: Evaluar los costos directos, el nivel de funcionamiento y la tasa de empleo reportada en una muestra aleatoria de personas con trastorno bipolar (TB) I y II que se atienden en forma ambulatoria. *Métodos:* Se analizaron y compararon los costos directos de los tratamientos ambulatorios de 165 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II (el costo mensual del tratamiento farmacológico, el número de consultas mensuales, el número de internaciones y días de internación). Se estimó el funcionamiento global y se consignó la condición laboral. *Resultados:* El 51,5% (n=85) de los pacientes presentaba diagnóstico de TB tipo I y 48,5% (n=80) de TB tipo II. El 40,6% de los pacientes se encontraba desocupado; el puntaje de GAF fue $73 \pm 12,59$. Los costos mensuales del tratamiento farmacológico fueron de $\$480 \pm \$350,4$ por paciente sin diferencia entre los TB. Un mayor porcentaje de pacientes con TB I había tenido internaciones y recibía antipsicóticos, mientras que un mayor porcentaje de pacientes con TB II recibía antidepresivos y asistía al psicólogo. *Discusión:* Los pacientes con diagnóstico de TB I y TB II deben afrontar tratamientos farmacológicos que implican un costo promedio equivalente a un cuarto del ingreso mínimo en nuestro país, independientemente del tipo de trastorno bipolar que padezcan. Ambos grupos de pacientes presentaban una elevada tasa de desempleo y puntajes de funcionamiento global relativamente bajos.

Palabras clave: Trastorno bipolar, análisis de costos, costos directos de servicio, empleo.

.....
1 Médica especialista en Psiquiatría, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

2 Médico especialista en Psiquiatría, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

3 Médica especialista en Psiquiatría, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Buenos Aires, Argentina.

4 Médica especialista en Psiquiatría, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Buenos Aires, Argentina.

5 Médica especialista en Psiquiatría, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

6 Médico Especialista en Psiquiatría, Programa de Trastornos Bipolares, Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Title: Comparative Analysis for Direct Costs and Global Functions in Persons Affected By Bipolar Disorders I and II in Outpatient Treatment

Abstract

Objective: To evaluate the direct costs, the functional level and the employment rate reported for a random sample of people with Bipolar Disorders (BD) I and II that are cared for as outpatients. *Methods:* The direct costs of outpatient treatment for 165 patients diagnosed with types I and II bipolar disorders were compared and analyzed (the monthly cost of pharmacological treatments, the number of consultations per month, the number of hospitalizations and the days spent in hospital). Global functioning was estimated and their employment was recorded. *Results:* 51,5% (N=85) of the patients had been diagnosed with type I BD and 48.5% (N=80) with BD type II. 40,6% of the patients were unemployed; the GAF score was $73 \pm 12,59$. Monthly costs of pharmacological treatment were $\$480 \pm \$350,4$ per patient, with no difference between the type of BD. A larger percentage of type I BD patients had been hospitalized and received anti-psychotic drugs, whereas a greater percentage of BD II patients received anti-depressants and went to a psychologist. *Discussion:* Patients diagnosed with BDI and BD II must face pharmacological treatments that imply an average cost equal to one quarter of the minimum income in our country, independent of the type of bipolar disorder they suffer. Both groups of patients presented a high level of unemployment and relatively low global functioning scores.

Key words: Bipolar disorder, costs analysis, direct costs of services, employment.

Introducción

Los *trastornos bipolares* (TB) son un grupo de trastornos afectivos de

curso crónico y episódico, caracterizados por fluctuaciones anormales del ánimo y el humor. Más del 50% de las personas afectadas por TB tienen dificultades para sostener un funcionamiento sociolaboral adecuado, aun luego de obtener control sintomático de sus episodios afectivos (1-3). Por esta razón, el 80% de los costos generados por los TB son indirectos, de los cuales, más de la mitad están determinados por la pérdida de días de trabajo y la necesidad de cuidados por terceros (4-6).

La prevalencia de los TB a lo largo de la vida ha sido tradicionalmente estimada entre el 1% y 2%; sin embargo, si se extiende esta valoración a las formas incluidas dentro del espectro clínico que presenta actualmente consenso, la incidencia de los TB se amplía hasta el 4% y 6% (7-9). Estas estimaciones han sido recientemente respaldadas por los datos del National Comorbidity Survey Replication, donde se encontró una incidencia del 1% para el tipo I; 1,1%, para el tipo II, y 2,4%, para las formas no especificadas (NOS) de TB (10).

La diferencia entre los TB tipo I y II radica en que las formas I presentan episodios maníacos, mientras que en el tipo II sufren episodios hipomaniacos y presentan una mayor carga de síntomas depresivos. Por otra parte, mientras las personas afectadas por TB II podrían sufrir síntomas psicóticos en un 20% de los casos, en los afectados por TB I, cerca del 70% los sufriría en alguno de sus episodios (11-14). Debido a la

ausencia de manías y la menor carga de síntomas psicóticos, inicialmente la forma II del trastorno bipolar se consideró como un tipo clínico de menor gravedad, y se denominaron como TB “soft” o “atenuados”. Sin embargo, desde hace tiempo se ha señalado que esta denominación resultaría engañosa o inadecuada, ya que la mayor prevalencia de síntomas depresivos determina un impacto funcional igual o incluso superior al hallado en las formas I (15).

El estudio de cohorte auspiciado por el Instituto de Salud Mental de los EE. UU. (NIMH) encontró que el impacto funcional estimado era similar en las formas I y II, ya que el impacto generado por los episodios maniacos en el tipo I era compensado por la mayor carga de síntomas depresivos en el tipo II, y mayor tasa de recurrencias (16-19). Por otra parte, las diferencias clínicas y evolutivas de estos dos tipos de TB determinan diferencias en el enfoque terapéutico, por lo cual algunas guías de tratamiento suelen considerar diferentes esquemas de tratamiento para ambas formas, y proponer mayor protección para los síntomas maniacos en el tipo I y mayor protección para los depresivos en el tipo II (20,21). Finalmente, la presencia de manías en el tipo I y la mayor carga de días pasados en depresión en el tipo II podrían determinar diferencias en el uso de recursos, como la internación psiquiátrica o el tratamiento psicoterapéutico.

Estas particularidades clínicas y terapéuticas podrían implicar diferencias en los costos del tratamiento de ambas formas de TB, que deberían ser consideradas para un diseño adecuado de políticas destinadas al control de estos frecuentes trastornos afectivos. Sin embargo, hasta el momento no hemos encontrado trabajos que hayan comparado los costos directos de ambas formas de TB.

El siguiente trabajo tiene como objetivo comparar los costos directos, el nivel general de funcionamiento y la tasa de empleo reportada en una muestra aleatoria de personas con TB I y II, en tratamiento ambulatorio usual, en dos centros especializados de Buenos Aires, Argentina.

Metodología

En este trabajo se analizó una muestra aleatoria de pacientes en tratamiento ambulatorio usual con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II, que se estableció por medio de la entrevista estructurada SCID (22). Los pacientes fueron ingresados al estudio con la única condición clínica de encontrarse en tratamiento ambulatorio, sin importar su estado clínico al momento del ingreso. Se optó por este criterio, con el fin de consignar los costos directos de una muestra habitual de pacientes en tratamiento ambulatorio, la cual normalmente incluye pacientes que presentan diferentes niveles sintomáticos. Se excluyeron aquellos pacientes que

presentaban enfermedad clínica o neurológica agregada, y cualquier otro diagnóstico en el eje I del DSM IV, a excepción de trastorno de ansiedad generalizada.

Los pacientes fueron reclutados entre aquellos que se encontraban en tratamiento en dos unidades dedicadas a la atención de trastornos afectivos: a. Programa de Trastornos Bipolares, del Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro (PTBINFF), una institución privada destinada a la investigación y asistencia de esta enfermedad, b. Unidad de Trastornos Bipolares, del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez (UTBHA), un hospital del sistema público de atención sanitaria de Buenos Aires, donde se asiste a los pacientes en forma gratuita y se subvenciona parte del tratamiento farmacológico.

Los costos directos fueron relevados por medio de un cuestionario estructurado en el que se consignó el tratamiento farmacológico actual, el número de consultas psiquiátricas y psicológicas durante los dos últimos meses de tratamiento, y el número total de días de internación por causa del TB registrados hasta el momento del estudio. Se calcularon los costos de los tratamientos farmacológicos individuales con base en el costo de los fármacos; se realizó un promedio entre el precio del fármaco original y el de las copias (genéricos), las cuales están permitidas en nuestro país. Se calculó, también, el número

de fármacos distintos incluidos en cada tratamiento.

Para la estimación del nivel de funcionamiento general se utilizó la versión en español de la escala GAF (*general assessment of functioning*), se desestimó en la puntuación de dicha escala la consignación de síntomas y se estimó el nivel de funcionamiento social y laboral durante los últimos dos meses. Se consignó la condición laboral, considerando como empleo pleno (“ocupado”) aquel trabajo con una carga horaria superior a las seis horas diarias, y con una remuneración y responsabilidad acorde con el puesto de trabajo; “semiocupado”, un trabajo con una carga horaria menor a seis horas diarias o con una exigencia laboral acorde con un trabajo supervisado o acotado. Se consignó como “desempleo” a aquellas personas que no tuviesen un trabajo fijo o que no recibieran remuneración continua por alguna actividad.

En el caso de los estudiantes, se entendió como “empleo pleno” a aquellos que estuvieran cursando y rindiendo las exigencias de exámenes, de acuerdo con el plan curricular estándar, y como “semiocupado”, a aquellos que estuvieran cursando sus estudios de manera irregular o acotada. En el caso del trabajo hogareño, se consignó como “ocupado” a aquellos que estuviesen desempeñando esta tarea previamente al inicio de la enfermedad como actividad principal y que, al momento de la evaluación, no requi-

rieran supervisión o ayuda superior a la que recibían previamente al inicio de los síntomas. Finalmente, se consignó como “semiocupado” a aquellas personas que, realizando trabajo hogareño, refirieran un grado menor de autonomía o un nivel de asistencia mayor al requerido previamente al inicio de la enfermedad. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado, en el que consignaron su conformidad con la participación en este estudio.

Resultados

Se incluyeron 165 pacientes, 74 (44,8%) del PTINFF y 91 (45,5%) de la UTBHA, 77% eran mujeres; edad promedio en años: $44,43 \pm 14,7$ (17-82); escolaridad en años: $12,7 \pm 3,28$ (1-18). El 51,5% ($n = 85$) presentaba diagnóstico de TB tipo I y 48,5% ($n = 80$), TB tipo II. El 38,2% reportó tener un empleo pleno al momento de la evaluación, el 21,2% se encontraba subocupado y el 40,6%, desocupado. Para el total de la muestra, el puntaje de GAF fue $73 \pm 12,59$ (Tabla 1).

El 66% de los pacientes del PTBINFF presentaba el diagnóstico de TB II y el 34%, de TB I; mientras que en la UTBHA, el 34% el diagnóstico de TB II y el 66%, TB I ($\chi^2 = 16,89$; $gl = 1$; $p < 0,001$). Teniendo en cuenta esta diferencia en el porcentaje de tipos de TB en ambas instituciones, para el análisis, solo se encontraron diferencias significativas respecto a un número mayor de pacientes tipo

II en tratamiento psicoterapéutico, en la institución privada (57,14% frente a 29%; $\chi^2 = 6,03$, $gl = 1$, $p = 0,012$) y un mayor porcentaje de pacientes tipo II en tratamiento con litio en el PTBINFF (44, 89% ($n = 22$) frente a 6, 5% ($n = 2$); $\chi^2 = 13,36$; $gl = 1$; $p < 0,001$). El resto de las variables analizadas no presentaron diferencias entre ambas instituciones.

Diferencias entre TB I y II

Como puede observarse en la Tabla 1, no se registraron diferencias significativas respecto a la edad, el sexo y la escolaridad entre los pacientes con diagnóstico de TB I y II incluidos en esta muestra. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel reportado de empleo por los pacientes afectados por TB I y II. Aunque los pacientes tipo II presentaron valores más altos en la escala GAF, esta no resultó significativa (Tabla 1).

Los datos surgidos de la comparación de costos directos entre TB I y II se encuentran expresados en la Tabla 2. Como se puede observar, en promedio, el costo hallado del tratamiento farmacológico fue de 480 pesos argentinos, por mes, sin que se hallaran diferencias significativas entre ambos tipos de TB. Como requisito de ingreso a este trabajo, todos los pacientes debían estar en tratamiento psiquiátrico. De todos modos, no se encontraron diferencias en el número de controles psiquiátricos por mes que presentaban ambos grupos de pacientes.

Tabla 1. Demografía y nivel de funcionamiento entre pacientes con trastorno bipolar I y II

	Total (N = 165)	TB I (N = 85)	TB II (N = 80)	TB I frente a TB II
Edad		42,98 ± 13,7	45,94 ± 15,6	t = -1,28; GL= 1; n.s.
Sexo (% mujeres)	77	70,21	82,25	$\chi^2 = 2,19$; gl= 161; n.s.
Escolaridad en años	12,7 ± 3,2	12,19 ± 3,38	13,06 ± 3,19	t = -1,23; gl= 87; n.s.
GAF	73,02 ± 12,59	71,29 ± 13,1	74,85 ± 11,8	t = -1,8; gl = 163 p = 0,07
Pacientes con empleo pleno (%)	38,2	42,4	33,8	$\chi^2 = 1,29$ gl= 1; n.s.
Pacientes semioocupados (%)	21,2	18,8	23,7	$\chi^2 = 0,59$ gl= 1; n.s.
Pacientes desocupados (%)	40,6	38,8	42,5	$\chi^2 = 0,231$ gl= 1; n.s.

En el total de la muestra, el 35,2% de los pacientes se encontraba realizando tratamiento psicológico, con un promedio de 1,3 ± 1,86 consultas mensuales. Un porcentaje significativamente mayor de pacientes tipo II se encontraba realizando dicho tratamiento (46,25% frente a 24,7%; $\chi^2 = 8,4$, gl = 1; $p = 0,003$), sin que se encontraran diferencias en el número de consultas psicológicas por mes. Se dividió la muestra entre aquellos pacientes con y sin tratamiento psicológico. En el caso de los pacientes con TB I, se encontró que aquellos que realizaban tratamiento psicológico eran predominantemente mujeres (39,4% frente a 7,14%; $\chi^2 = 4,88$, gl = 1, $p = 0,037$), y que a su vez concurrían con mayor frecuencia al control psiquiátrico (2,38 ± 1,4 frente a 1,5 ± 0,91; $t = 2,94$, gl = 83, $p = 0,02$); no se encontraron diferen-

cias significativas en el resto de las variables analizadas, incluyendo el número de medicamentos y el nivel de funcionamiento alcanzado.

En el caso de los pacientes afectados por TB II, se encontró que aquellos que realizaban tratamiento psicológico individual eran predominantemente mujeres (52,4% frente a 20%; $\chi^2 = 8,16$, gl = 1, $p = 0,004$), de menor edad (38,5 ± 13,6 frente a 52,35 ± 14,5; $t = -4,39$, $df = 78$, $p < 0,001$) y que a su vez concurrían más frecuentemente al control psiquiátrico (2,31 ± 1,17 frente a 1,66 ± 1,01; $t = 2,48$, gl = 78, $p = 0,015$), sin que se encontraran diferencias en el resto de las variables.

La muestra se dividió entre aquellos pacientes que tomaban antidepresivos (AD) y aquellos que no. Los pacientes que recibían AD (40%) recibían en promedio un número

Tabla 2. Comparación de costos directos entre pacientes con trastorno bipolar I y II

	Total (N = 165)	TB I (N = 85)	TB II (N = 80)	TB I frente a TB II
Pacientes con ≥ 1 internaciones (%)	34,4	47	21,25	$\chi^2 = 11,96$; gl = 1; P = 0,001
No. de días de internación	32,2 \pm 82,42	112,9 \pm 136,03	54,53 \pm 51,32	Z = -1,48 n.s.
No. de consultas psiquiátricas/mes	1,89 \pm 1,14	1,78 \pm 1,15	2 \pm 1,14	t = -1,14; gl = 163; n.s.
Pacientes en tratamiento psicológico individual (%)	35,2	24,7	46,25	$\chi^2 = 8,4$, gl = 1; P = 0,003
No. de consultas psicoterapéuticas/mes	1,3 \pm 1,86	3,6 \pm 0,8	3,73 \pm 1,14	t = -0,39; gl = 56; n.s.
No. de fármacos distintos incluidos en tratamiento	2,75 \pm 1,09	2,8 \pm 1,04	2,69 \pm 1,15	t = 0,391; gl = 163; n.s.
Precio del tratamiento fármaco/mes (\$)	480,75 \pm 350,4	496,88 \pm 376,3	463,6 \pm 322,14	t = 0,60; gl = 163; n.s.
Pacientes en tratamiento con estabilizadores del ánimo (%)	92,7	91,76	93,75	$\chi^2 = 0,24$; gl = 1; n.s.
No. de estabilizadores	1,19 \pm 0,601	1,25 \pm 0,653	1,13 \pm 0,06	t = 1,315; gl = 163; n.s.
Pacientes en tratamiento con antipsicóticos (%)	57,0	70,58	42,5	$\chi^2 = 13,26$; gl = 1; P < 0,001
No. de antipsicóticos	0,59 \pm 0,54	0,74 \pm 0,51	0,44 \pm 0,52	t = 3,75; gl = 163 p < 0,001
Pacientes en tratamiento con antidepresivos (%)	40	29,41	51,25	$\chi^2 = 8,18$; gl = 1; p = 0,003
No. de antidepresivos	0,42 \pm 0,51	0,29 \pm 0,46	0,55 \pm 0,55	t = -3,24; gl = 163; p = 0,001
Pacientes en tratamiento con benzodiazepinas (%)	46,7	47,5	46,25	$\chi^2 = 0,011$; gl = 1; n.s.
No. de benzodiazepinas	0,47 \pm 0,51	0,48 \pm 0,52	0,46 \pm 0,50	t = 0,248; gl = 163; n.s.

mayor de medicamentos distintos ($3,4 \pm 0,86$ frente a $2,3 \pm 1,01$; $t = 7,28$; $df = 163$; $p < 0,001$), tenían mayor edad ($47,48 \pm 15,6$ frente a $42,45 \pm 13,8$; $t = -2,15$, $gl = 161$, $p < 0,033$), concurrían más frecuentemente al tratamiento psicológico (42,42% frente a 30,3%; $\chi^2 = 2,55$, $gl = 1$, $p = 0,077$) y reportaron con menor frecuencia estar plenamente ocupados (24,24% frente a 47,47%; $\chi^2 = 9,05$, $gl = 1$, $p = 0,002$).

Cuando se analizó el impacto del consumo de antidepresivos, teniendo en cuenta el tipo de trastorno bipolar, se encontró que si bien se mantenía la tendencia a recibir mayor número de medicamentos en las formas I y II, solo persistía un menor porcentaje de pacientes que había reportado empleo pleno entre aquellos con TB II que se encontraban tomando AD (19,51% frente a 48,71%; $\chi^2 = 7,62$; $p = 0,006$). Del mismo modo, la muestra se dividió entre aquellos que tomaban antipsicóticos y aquellos que no. Para el total de la muestra, estar en tratamiento con antipsicóticos significó presentar un mayor porcentaje de internaciones previas (45% frente a 20%; $\chi^2 = 9,54$; $gl = 2$, $p = 0,008$), un menor puntaje en la escala GAF ($69,8 \pm 12,71$ frente a $77,24 \pm 11,4$; $t = -3,84$; $gl = 159$; $p < 0,001$) y un costo del tratamiento farmacológico que duplica el de aquellos que no estaban en tratamiento con estos fármacos ($\$609,73 \pm \$400,26$ frente a $\$317,25 \pm \$183,44$; $t = 5,7$; $gl = 159$; $p < 0,001$). Un porcentaje sig-

nificativamente mayor de pacientes con TB I recibía antipsicóticos.

En este último grupo, si bien se mantuvo una significativa diferencia en el costo del tratamiento farmacológico ($\$591,28 \pm \$413,73$ frente a $\$294,94 \pm \$173,55$; $t = 3,44$; $gl = 80$; $p = 0,001$) entre aquellos que estaban en tratamiento con antipsicóticos respecto a aquellos que no, no se encontraron diferencias significativas respecto al funcionamiento general según GAF. En los pacientes tipo II, la diferencia de costo se mantuvo respecto a un mayor costo entre los que recibían antipsicóticos (41,3%) ($\$641,60 \pm \$379,9$ frente a $\$329,37 \pm \$189,35$; $t = 4,81$; $gl = 77$; $p < 0,001$) y las diferencias en los puntajes de GAF ($70 \pm 12,36$ frente a $78,65 \pm 9,9$; $t = -3,44$; $gl = 77$; $p = 0,001$). Entre estos pacientes, aquellos que recibían antipsicóticos habían sufrido internaciones con mayor frecuencia (33,33% frente a 10,8%; $\chi^2 = 9,54$; $gl = 2$; $p = 0,008$).

Discusión

En esta muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en tratamiento ambulatorio, los costos directos y el nivel de funcionamiento global fueron equivalentes entre los pacientes afectados por formas I y II. No se encontraron diferencias en el número de fármacos incluidos en el tratamiento, el costo global de estos, el puntaje de la escala GAF y el nivel de empleo reportado. Los pacientes incluidos en este estudio

se encontraban recibiendo un promedio de 2,75 fármacos distintos, cifra similar a la encontrada en el estudio de la STEP-BD, donde el número de fármacos prescrito fue de $2,21 \pm 1,41$, sin diferencias entre los pacientes I y II (23).

Un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TB I se encontraba en tratamiento con antipsicóticos, mientras que un porcentaje mayor de pacientes con TB II recibía antidepressivos, dato hallado en otras muestras de pacientes y que ha sido explicado por las diferencias en la carga de síntomas maníacos y depresivos en ambos tipos de trastornos (24,25). Esto no implicó diferencias significativas en el costo final del tratamiento farmacológico para ambas formas de TB.

En promedio, el tratamiento farmacológico cuesta unos 480 pesos argentinos por mes. Según datos de la encuesta permanente de hogares realizada en nuestro país, del gasto total de consumo de los hogares, el 7,6% está destinado al cuidado de la salud (gasto de consumo de los hogares por región de residencia y finalidad de gasto, 2004-2005) (26). Si tenemos en cuenta el salario mínimo, el costo del tratamiento farmacológico de los TB hallado en este trabajo es equivalente al 27,6% del salario mínimo en nuestro país al momento del análisis de estos datos, es decir, tres veces más del gasto promedio en salud de la población general. Este trabajo solo analizó los costos del tratamiento psicofarma-

cológico del TB; sin embargo, debe tenerse en cuenta que los pacientes afectados por estos trastornos afectivos tienen mayor prevalencia de otras comorbilidades médicas que la población general (27-30), hasta llegar a cuadruplicar el número de consultas a otras especialidades (31).

Otro modo de entender proporcionalmente el costo del tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares es compararlo con el costo de la *canasta básica total* calculada (CBT), medida en la cual se incluyen las necesidades mínimas de alimentación, transporte y vivienda que requiere una persona para vivir en un periodo determinado. Durante el periodo en que se relevaron los costos del tratamiento de este trabajo, el costo de la CBT fue de \$409,46 (26), cifra casi idéntica al costo mensual del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar I y II observado en esta muestra.

En 1986, la revista *The Economist* creó el índice 'Big Mac' para establecer una forma sencilla de paridad del poder adquisitivo, suponiendo que una moneda como el dólar puede comprar la misma cantidad de bienes en países distintos a EE. UU. (32). Con la finalidad de comparar los costos hallados en este trabajo, se utilizó este índice: el costo del tratamiento farmacológico de los pacientes evaluados en este trabajo equivaldría a 30 hamburguesas Big Mac.

Aunque un número significativamente mayor de pacientes con

TB I había sufrido al menos una internación por causa del TB, un porcentaje mayor de pacientes con TB II se encontraba realizando tratamiento psicoterapéutico individual. Es difícil estimar los costos de estos dos tratamientos, ya que sus precios, en nuestro país, presentan variaciones importantes. Los pacientes I y II que se encontraban en tratamiento psicológico resultaron ser predominantemente mujeres, que a su vez realizaban un número significativamente mayor de consultas psiquiátricas, sin que se encontraran otras diferencias significativas en las variables analizadas. Son necesarios más estudios para determinar las condiciones que determinan la necesidad de tratamiento psicológico y sus potenciales beneficios.

En este trabajo se encontró que los pacientes que recibían antidepresivos, recibían, a su vez, un mayor número de medicamentos, dato coincidente con lo reportado por Goldberg y colaboradores (23) en el estudio STEP-BD. La hipótesis que postularon estos autores es que los pacientes bajo tratamiento con antidepresivos se volverían más inestables y, por consiguiente, se les prescribía más medicación. En nuestro trabajo, el uso de antidepresivos estuvo asociado, además, con una menor tasa de empleo entre los pacientes tipo II. Estos datos, sin embargo, impiden realizar una inferencia causal, y no se puede establecer si el uso de AD determina un menor nivel de recuperación

funcional o, por el contrario, si una mayor carga de síntomas depresivos es el mediador de ambos factores.

Otro dato surgido de este trabajo es que los pacientes que recibían antipsicóticos debían afrontar un costo dos veces mayor del tratamiento psicofarmacológico respecto a aquellos que no recibían antipsicóticos, sin que esto redundara en un mejor funcionamiento o nivel de empleo reportado. Sin embargo, dado que un porcentaje mayor de pacientes tipo II que recibía antipsicóticos había sufrido internaciones, es posible que el uso de estos fármacos esté asociado con una mayor gravedad del cuadro. Más allá de esto, dado que afrontar un costo dos veces superior de tratamiento farmacológico no parece redundar en un funcionamiento dos veces superior, los resultados de este trabajo sugieren que el resultado costo-efectivo de los antipsicóticos debería ser objeto de mayor investigación.

En la población estudiada, menos del 40% de los pacientes que realizaban tratamiento ambulatorio se encontraba trabajando en forma plena. Este dato es similar al encontrado en otros reportes. En un trabajo realizado en Argentina y Chile, el 41% de los pacientes trabajaba en forma plena (33), cifras similares a las que se encontraron en EE. UU. y Europa (34,35). Tampoco se encontraron diferencias en los niveles de empleos reportados y en la valoración del funcionamiento global por GAF entre los pacientes I y

II, hallazgo similar a los encontrados en otros estudios en que el impacto psicosocial de ambos tipos de TB es comparable (18,36). Finalmente, no se hallaron diferencias en la tasa de empleo reportada y el nivel de funcionamiento general entre aquellos pacientes que se encontraban en tratamiento en un programa privado (PTBINFF), de aquellos que lo estaban en un servicio estatal (UTBHA). Estos datos dan sustento a la idea de que los trastornos bipolares impactan de manera específica en el funcionamiento de las personas afectadas, lo que equipara, entonces, el rendimiento de personas que viven en diferentes condiciones socioeconómicas (37).

Una serie de limitaciones deben ser tenidas en cuenta para la valoración de los resultados de este trabajo. En primer lugar, debido al limitado tamaño de la muestra aquí analizada, no se puede descartar que con estudios de mayor tamaño se encuentren diferencias que no hayan sido detectadas por este. Por otro lado, al tratarse de servicios especializados en trastornos bipolares, es posible suponer que los pacientes analizados tengan un nivel de gravedad mayor al promedio. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que habían sufrido internaciones por causa del TB (34,4%) fue más bajo que el reportado en el estudio GAMIAN-Europe (75,7%) (35), en la encuesta llevada a cabo en Argentina y Chile en el 2003 (71%) (33), y que el reportado en EE. UU. (79%)

entre los pacientes de la DMDA (35). Este aparente menor porcentaje de internaciones posiblemente esté dado porque la mitad de los casos aquí analizados corresponden a pacientes tipo II.

Por otra parte, como se comentó arriba, la tasa de empleo encontrada en este estudio fue similar a la hallada en otros estudios. Finalmente, en este trabajo no se consignó el estado clínico de los pacientes, su curso evolutivo ni su cronicidad. Sin embargo, el objetivo del estudio fue observar los costos directos en una muestra usual de personas en tratamiento ambulatorio por trastornos bipolares I y II, en las cuales usualmente se mezclan pacientes con diferente grado de estabilidad anímica concurrente, evolución y cronicidad.

Conclusiones

Este trabajo no encontró diferencias significativas en los costos directos que deben afrontar las personas afectadas por trastorno bipolar I y II. Ambos grupos de pacientes deben afrontar tratamientos farmacológicos que implican un costo promedio equivalente a un cuarto del ingreso mínimo en nuestro país. La mayor utilización de antipsicóticos entre los pacientes tipo I es compensada por el mayor uso de antidepresivos en los tipo II. Por otro lado, el mayor riesgo de sufrir internaciones por parte de los pacientes afectados por TB I podría estar compensado por una aparente

mayor necesidad de tratamiento psicológico en aquellos con diagnóstico de TB II. Tampoco se encontraron diferencias en los costos indirectos analizados en este trabajo: ambos grupos de pacientes presentaban una elevada tasa de desempleo y puntajes de funcionamiento global relativamente bajos.

Estos datos ponen en relieve la necesidad de establecer políticas sanitarias que apunten a ofrecer una cobertura adecuada a las personas afectadas por estos desórdenes, entendiendo que las personas afectadas por TB II posiblemente deban enfrentar costos directos e indirectos equivalentes a los de aquellos afectados por las formas maníacas del espectro bipolar. A la hora de establecerlas, es importante tener en cuenta que independientemente de que el costo directamente derivado del tratamiento es elevado, solo representa el 20% del costo total. El resto de los costos depende del fuerte impacto funcional que generan estos desórdenes, los cuales deberán ser afrontados por el propio paciente, su familia y sus potenciales empleadores.

Referencias

1. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*. 1998;155:646-52.
2. Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL, et al. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:49-55.
3. Tohen M, Zárate CA, Hennen J, et al. The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160:2099-107.
4. Das Gupta R, Guest J. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *Br J Psychiatry*. 2002;180:227-33.
5. Hakkaart-van Origen L, Hoeijenhos M, Reeger E, et al. The societal costs and quality of life of patients suffering bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:383-92.
6. Stimmel GL. The economic burden of bipolar disorder. *Psychiatric Serv*. 2004;55:117-8.
7. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, et al. The national depressive and manic-depressive association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994;31:281-94.
8. Angst J. The epidemiology of depressive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1995;(5 suppl):95-8.
9. Akiskal H, Bourgeois M, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000;59(suppl 1):5-30.
10. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543-52.
11. Benazzi F. Psychotic versus nonpsychotic bipolar outpatient depression. *Eur Psychiatry*. 1999;14:458-61.
12. Keck PE, McElroy SL, Havens JR, et al. Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr Psychiatry*. 2003;44:263-9.
13. Goodwin FK, Jamison K. *Manic-Depressive illness: Bipolar disorder and recurrent depression* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2007.
14. Mazarini L, Colom F, Pacchiarotti I, et al. Psychotic versus non-psychotic bipolar II disorder. *J Affect Disord*. 2010;126:55-60.
15. Vieta E, Gastó C, Otero A et al. Differential features between bipolar I and II disorders. *Compr Psychiatry*. 1997;38:98-101.

16. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long term weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:530-7.
17. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: clinical spectrum or distinct disorders? *J Affect Disord*. 2003;73:19-32.
18. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:261-9.
19. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treatment-latency and previous episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to maintenance treatment in bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5:169-79.
20. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord*. 2009;11:225-55.
21. Strejilevich SA, Vazquez G, Garcia Bonetto G, et al. 2º Consenso Argentino sobre el tratamiento de los trastornos bipolares. *Vertex*. 2010;21(Suppl 1):3-55.
22. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1ra ed. Barcelona: Editorial Masson; 1995.
23. Goldberg JF, Brooks JO, Kurita K, et al. Depressive illness burden associated with complex polypharmacy in patients with Bipolar Disorder: finding from the STEP-BD. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:155-62.
24. Joffe RT, Mac Queen GM, Marriott M, et al. A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorder. *Bipolar Disord*. 2004;6:62-6.
25. Colom F, Vieta E, Daban C, et al. Clinical and therapeutic implications of pre-dominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006;93:13-7.
26. Instituto Nacional de Estadística (INDEC) Argentina. Gasto de consumo de los hogares por región de residencia y finalidad de gasto. Año 2004/2005 [internet]. 2010 [citado: 26 de mayo del 2011]. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>.
27. Simon G, Unützer J. Health care utilization and costs among patients treated for bipolar disorder in an insured population. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1303-8.
28. Matza LS, Rajagopalan KS, Thompson CL, et al. Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns and direct treatment costs. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:1432-40.
29. Busch AB, Huskamp HA, Landrum MB. Quality of care in a Medicaid population with bipolar I disorder. *Psychiatr Serv*. 2007;58:848-54.
30. Guo JJ, Keck PE, Li H, et al. Treatment costs related to bipolar disorder and comorbid conditions among Medicaid patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1073-8.
31. Knoth RL, Chen K, Tafesse E. Cost associated with the treatment of patients with bipolar disorder in a managed care organization. *Psychiatr Serv*. 2004;55:1353.
32. Big Mac Index [internet]. 2009 [citado: 26 de mayo del 2011]. Disponible en: http://www.economist.com/node/12991434?story_id=E1_TN-JJTQPQ.
33. Strejilevich S, Retamal Carrasco P. Percepción del impacto y del proceso diagnóstico del trastorno bipolar de personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile. *Vertex*. 2004;14:245-52.
34. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik L. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:161-74.
35. Morselli PL, Rodney E. GAMIAN-Europe*/BEAM survey I – global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field

- of mood disorders. *Bipolar Disord.* 2003;5:265-78.
36. Hadjipavlou G, Mok H, Yatham LN. Bipolar II disorder: an overview of recent developments. *Can J Psychiatry.* 2004;49:802-12.
37. Strejilevich S, Correa E. Costs and challenges of bipolar disorders: Focus in the South American Region. *J Affect Disord.* 2007;98:165-7.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 31 de mayo del 2011
Aceptado para publicación: 30 de junio del 2011

Correspondencia
Sergio A. Strejilevich
Congreso 2477 Dto D (1428)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
ssrejilevich@ffavaloro.org