

Los trastornos mentales en el contexto del Seguro Personal

SCOR *inFORM* - Septiembre 2012

Autor

Dr Lannes

Médico-Asesor
SCOR Global Life

Editor

Bérangère Mainguy

Tél. : +33 (0)1 58 44 70 00

Fax : +33 (0)1 58 44 85 17

life@scor.com

Editor responsable

Gilles Meyer

Los trastornos mentales en el contexto del Seguro Personal



La salud mental es un estado de bienestar que permite al individuo realizarse plenamente, hacer frente a las dificultades normales de la vida, trabajar con éxito y de manera productiva y estar en condiciones de contribuir a la comunidad.

En 2020, los trastornos mentales seguirán de cerca o incluso es probable que superen en frecuencia a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer.

“...dificultades de la vida... trabajar... productividad” a partir de esta presentación general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos deducir, por un lado que los trastornos mentales deben de tener ya un impacto nada despreciable sobre el riesgo en el Seguro Personal, y por otro que la “ola psiquiátrica mundial” aumenta y tendrá sin lugar a dudas una repercusión cada vez mayor sobre nuestra actividad como aseguradora. Empecemos por aportar una información de primer plano en este campo: los trastornos mentales constituyen la primera causa de fallecimiento por suicidio y la tercera causa de baja laboral y de invalidez por detrás de las fracturas y el dolor dorsolumbar.

En este documento, les proponemos hacer un breve resumen de los principales trastornos mentales que afectan al riesgo en el Seguro Personal. Examinaremos la ansiedad, las depresiones, el trastorno bipolar y la esquizofrenia. También abordaremos el consumo excesivo de alcohol y la toxicomanía, que pueden ser tanto causa como consecuencia de un trastorno mental.

Principales patologías

La ansiedad

Todos sabemos lo que es la ansiedad y todos la hemos sufrido, en determinadas circunstancias o incluso de manera espontánea. Se trata de ese estado de "tensión interna", marcado por una amplificación peyorativa de los estímulos del entorno y una sensación de catástrofe o de "desastre" inminente. Forma parte de la experiencia humana y a menudo puede ser algo positivo: hace que pongamos en alerta todas nuestras capacidades intelectuales, incluso motrices, si se trata de "salir pitando" y de hacer frente a una situación inusual o peligrosa. Sin embargo en algunos casos, esta ansiedad se puede percibir como algo doloroso y convertirse en un obstáculo, un peso. En ese caso resulta imposible concentrarse, huir o actuar. De positiva y útil, la ansiedad pasa a convertirse en paralizante y desorganizante: es la ansiedad patológica.

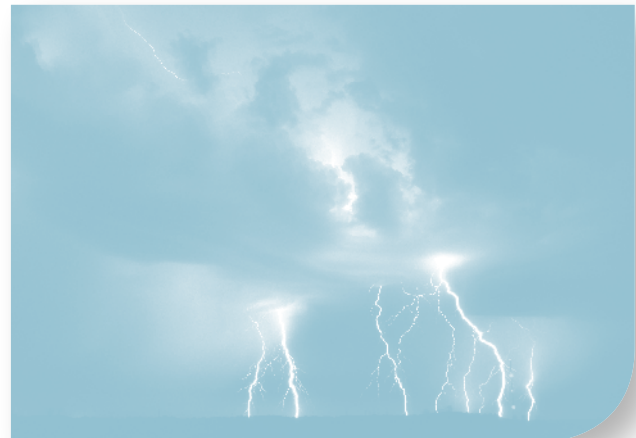
La ansiedad puede hacerse crónica y generalizada. Va a ocasionar un trastorno de adaptación: el sujeto cree que es imposible hacer frente a las situaciones corrientes de la vida. Este tipo de manifestación sobreviene frente a una situación específica, pero se puede pasar a padecer trastorno de ansiedad, que evoluciona por su propia cuenta, sin factor desencadenante.

La ansiedad o más en general los trastornos neuróticos tienen otros modos de expresión, y pueden manifestarse por ejemplo:

- Por **trastornos fóbicos**, es decir, un miedo intenso y angustiante cuando el sujeto está en presencia de una situación muy concreta como puede ser: la presencia de perros, serpientes, encontrarse en un espacio cerrado, en un ascensor (claustrofobia), con personas desconocidas (fobia social), etc.
- **Trastornos obsesivos compulsivos (TOC)**: Se trata de trastornos de ansiedad caracterizados por la aparición recurrente de pensamientos obsesivos que ocasionan una serie de gestos o tics reconocidos como irracionales por el sujeto pero que no obstante repite una y otra vez de forma ritualizada y compulsiva. Los síntomas pueden expresarse de manera muy variable de un paciente a otro. La mayoría de las personas muestran estos síntomas de vez en cuando, pero se habla de TOC cuando los trastornos ocupan, como mínimo, una hora al día de la vida de un sujeto y repercuten negativamente en sus

actividades. Tocar determinados objetos un determinado número de veces, par o impar, desplazar o cambiar objetos, evitar pisar las líneas del suelo, contarlos todo sin importar el qué... ¡la lista es muy larga!

- **Ataques de pánico**, es el caso de una persona que sufre, varias veces al mes, crisis paroxísticas de angustia que pueden durar unos minutos o unas horas. Las crisis sobrevienen de manera espontánea o están provocadas por una emoción o un esfuerzo físico. Este estado comienza hacia los treinta años. Repentinamente, el sujeto siente una sensación de tensión con todos los síntomas de la ansiedad: síntomas neurovegetativos (sudor, taquicardia), motores (agitación, parálisis o inhibición) e intelectuales (amplificación peyorativa de los acontecimientos).



- Por último, el estado de **estrés post-traumático** que se define como un estado de ansiedad surgido tras un acontecimiento traumático, por ejemplo, ver amenazada la propia vida o la de los seres queridos, ser agredido, ser víctima de un accidente o de una catástrofe. El acontecimiento es revivido constantemente. Durante el día, el paciente tiene flashbacks o incluso no puede hablar de otra cosa. Por la noche, revive las escenas traumáticas a través de pesadillas. El sujeto hace todo lo posible por evitar cualquier pensamiento, conversación o situación en relación con el traumatismo. En esta etapa, se asocian trastornos de la concentración o del sueño, fatiga, un claro desinterés por las actividades habituales, un repliegue en sí mismo, y al final, alteraciones del funcionamiento socio-profesional o familiar. Puede constituir un verdadero quebradero de cabeza para las compañías de Seguros en las situaciones que dan lugar a una decisión e indemnización.

Todos los trastornos de ansiedad pueden conducir a aquellos que los sufren a evadirse de su estado mediante el consumo de sustancias tranquilizantes, desinhibidoras, euforizantes, embriagadoras... en suma: ansiolíticos, a corto plazo, alcohol y/o drogas.

Los trastornos de ansiedad se tratan con ansiolíticos, siendo los más utilizados las benzodiazepinas, a las que, en determinados casos, se suman los antidepresivos. La psicoterapia, la relajación, aprender técnicas de autocontrol o la medicina alternativa son todas ellas técnicas y tratamientos que pueden permitir a los pacientes atenuar la ansiedad persistente, y hacer frente más serenamente a las situaciones temidas.

Para complicar las cosas, no hay patología ansiosa sin elementos depresivos, es decir, sin dimensión de tristeza, desaliento o fatiga. De la misma manera, no hay patología depresiva sin sintomatología ansiosa. Esto explica la reiterada presencia del término "ansioso-depresivo" en nuestros cuestionarios médicos de seguro.

Las depresiones

Conviene no confundir la depresión con los "estados de ánimo ordinarios" o los "golpes" que la vida puede dar. Hablamos aquí de enfermedades depresivas que van a constituir una ruptura en la trayectoria del sujeto. Hay un antes y un después. El depresivo ya no vuelve a ser el mismo. Sufre de tristeza, tiene pensamientos negativos y a veces

suicidas, trastornos del sueño, ralentización intelectual y motora con una sensación de fatiga.

Las mujeres tienen dos veces más riesgo de sufrir depresión que los hombres. Los episodios depresivos pueden sobrevenir a cualquier edad: en niños, adolescentes, adultos o ancianos. Sin embargo, estos episodios se suelen producir entre los 25 y los 45 años, sobre todo cuando se trata del primero. ¿Quizás es el período más difícil de la vida? Es, sobre todo, la época en la que sobrevienen el mayor número de acontecimientos vitales, surgen las responsabilidades... El riesgo de recurrencia tras un episodio depresivo es del 50% y de un 70-80% después de dos episodios.

Entre un 30 y un 50% de los pacientes afectados por trastornos cardíacos en Canadá y el 25% de los pacientes afectados por una patología cancerosa han padecido después un trastorno depresivo mayor. Por otro lado, se estima que más del 10% de la población padece depresión mayor.

El episodio depresivo puede sobrevenir espontáneamente, sin que haya un factor desencadenante claro. En ese caso, se denomina "**depresión endógena**". También puede aparecer después de un acontecimiento vital especialmente doloroso, como la muerte de un ser querido, un divorcio o después de una enfermedad grave (infarto, cáncer, etc...). Es la **depresión reactiva**.

Causas psíquicas y físicas: 2 caras de una misma moneda



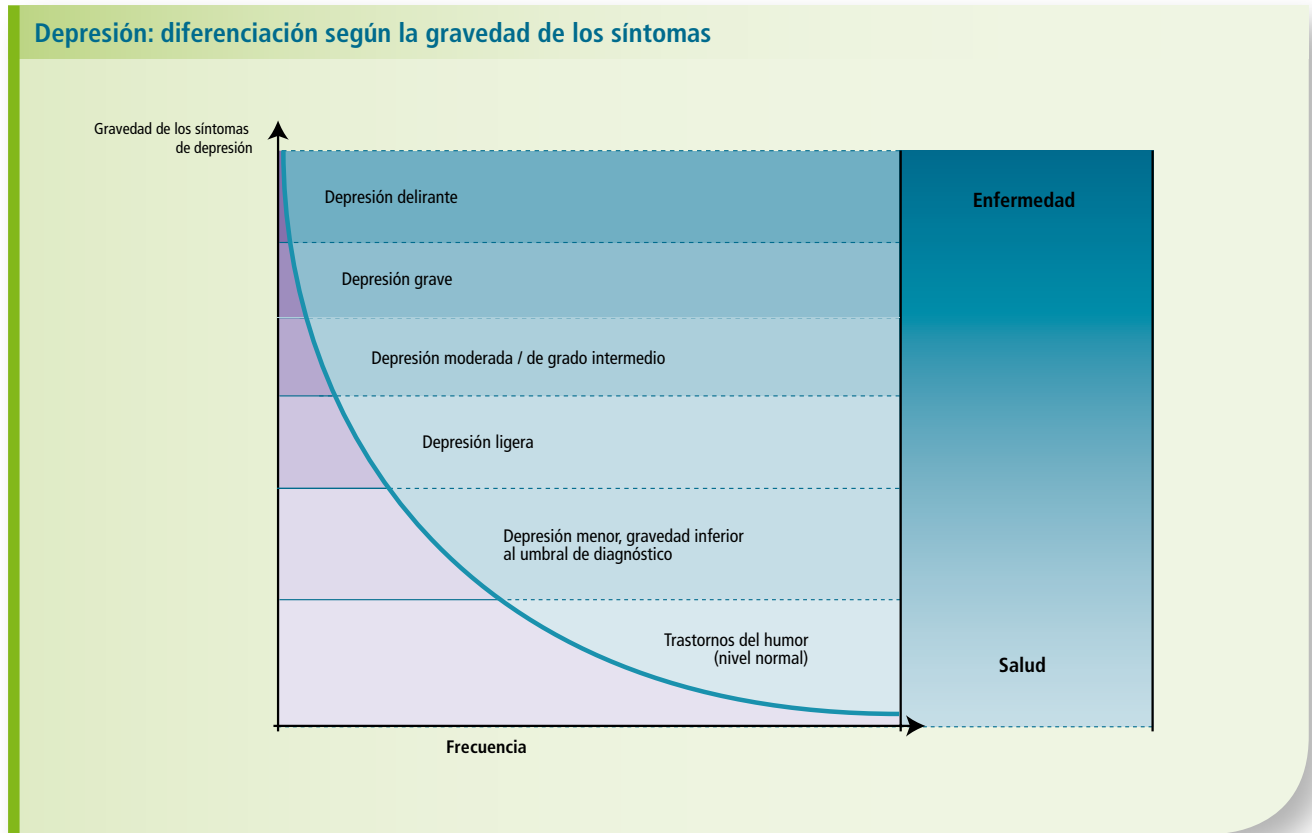
Un punto a destacar para una aseguradora interesada en el Seguro de Dependencia y por lo tanto y como consecuencia, por las demencias: cuando sobreviene el primer episodio de depresión pasados los 50 años, se habla de "depresión tardía", y a menudo es un signo precursor de la enfermedad de Alzheimer... que será diagnosticada unos años más tarde.

En la actualidad, 400 millones de personas en todo el mundo están afectadas por trastornos mentales o neurológicos o padecen problemas psicosociales, asociados especialmente al alcoholismo o a una toxicomanía. La depresión es actualmente la quinta causa de mortalidad y de discapacidad en el mundo. (OMS)

En la actualidad, el diagnóstico de la depresión es, ante todo, clínico y no disponemos de ningún examen paraclínico (biológico, radiológico, etc.) que permita hacer el diagnóstico

o evaluar con precisión el pronóstico de un estado depresivo. Se entreven progresos en este campo, en especial, mediante el estudio profundo del sueño y de sus perturbaciones en el sujeto depresivo o incluso mediante técnicas de imagen que permiten visualizar zonas hipo- o hiperactivas en el cerebro de los depresivos.

No se sabe con exactitud cuál es el mecanismo de la depresión; muy probablemente consiste en una perturbación de naturaleza química a nivel del cerebro, que ocasiona un desajuste biológico del humor y de las funciones intelectuales o físicas. Podría ser clave la disminución de la tasa intracerebral de determinados neuromediadores químicos, por ejemplo, la serotonina. Se encuentran antecedentes familiares de patología psiquiátrica, y en particular de enfermedad depresiva, en más de un caso de cada dos. Para un individuo determinado, la genética desempeña, desde luego, un papel de predisposición... en un entorno hecho de acontecimientos vitales negativos que van a desencadenar o a mantener el episodio depresivo...



Los medicamentos antidepresivos están indicados, evidentemente, para el tratamiento de las enfermedades depresivas. Se suele valorar la eficacia del tratamiento transcurridas entre seis y ocho semanas, siendo el objetivo mejorar, e incluso hacer desaparecer, los síntomas y evitar el suicidio. La psicoterapia también ha demostrado ser eficaz, ha demostrado incluso que la mejor solución consiste en la combinación de ambos tratamientos, que son perfectamente complementarios. En psiquiatría se recomienda la hospitalización cuando hay un alto riesgo de suicidio, en caso de repercusión somática marcada (anorexia, especialmente), o cuando el entorno familiar o social del paciente es insuficiente.

Cuando la depresión es mayor y resistente a los diferentes tratamientos, puede practicarse la terapia electroconvulsiva, más conocida bajo el nombre de electroshock. Se trata de una técnica de estimulación eléctrica por vía transcraneal que dura una fracción de segundo. Los resultados en sujetos depresivos severos pueden ser espectaculares y por eso actualmente se está recuperando su aplicación en determinados servicios de psiquiatría.

Trastorno bipolar

Antiguamente conocido como "psicosis maniaco-depresiva", se caracteriza por la alternancia entre fases depresivas, a menudo muy intensas, intervalos de vida normal y fases de excitación, denominadas fases maníacas. Afecta por igual a hombres y mujeres y no se libra ningún medio socioprofesional o étnico. Entre los 20 y los 30 años, el sujeto atraviesa un episodio, por ejemplo, de excitación eufórica: es incansable, no duerme, gasta desorbitadamente, da muestras de un apetito sexual fuera de lo normal, habla mucho, etc.

En los Estados Unidos, el trastorno bipolar afecta a más de dos millones de norteamericanos adultos.

Un episodio dura espontáneamente entre cuatro y seis meses. El episodio depresivo es el "negativo" del episodio maníaco y puede dar muestras de tristeza, fatiga, lentitud exagerada, ideas suicidas, etc. Los episodios se producen 1 o 2 veces al año, a veces más, por ejemplo, más de 4 episodios al año cuando la enfermedad está en ciclo rápido. Si no reciben tratamiento los enfermos presentan un alto riesgo de suicidio y distorsiones importantes en las relaciones con el entorno afectivo, familiar y profesional. Una vez tratados y equilibrados, numerosos pacientes llegan a tener, más allá de las

crisis, una vida normal. Existe una predisposición familiar y, por lo tanto, probablemente genética muy marcada: se encuentra en dos tercios de los casos de antecedentes familiares de enfermedades bipolares identificadas, de suicidios o de tratamientos mediante timoreguladores.

Entre las técnicas terapéuticas figuran los medicamentos timoreguladores, que pueden prevenir la aparición de recurrencias depresivas y/o maníacas. Sin embargo, no constituyen un tratamiento de la depresión ni del acceso maníaco, sino un tratamiento a largo plazo gracias al cual los episodios son menos frecuentes o menos largos o menos severos. Estos medicamentos permiten una mejora considerable, ya que si no se tratan, los episodios naturales de esta enfermedad son cada vez más largos, frecuentes y severos. Se trata esencialmente de las sales de litio o de otros timoreguladores: tratamientos antiepilépticos o determinados neurolepticos de reciente aparición y que han demostrado ser eficaces también en el tratamiento del trastorno. La higiene de vida es tan importante como los medicamentos si no más. Los enfermos deben cuidar de la calidad de su sueño, evitar el jet-lag y el consumo excesivo de alcohol y no pueden trabajar a turnos.



La esquizofrenia

La esquizofrenia es una psicosis que afecta al 1% de la población. Comienza entre los 15 y los 35 años y afecta por igual a los dos sexos. Es una enfermedad muy temida tanto por las familias como por los sujetos.

La forma en que la esquizofrenia se manifiesta puede variar de una persona a otra. A menudo, comienza progresivamente y el sujeto lleva una vida más o menos normal hasta que se produce una crisis de delirio, de alucinación, de agitación, un fracaso escolar, un intento de suicidio o cualquier otro síntoma en la línea psicótica. Entre los factores desencadenantes está el cannabis, que es inductor o revelador de vulnerabilidades esquizofrénicas.



Una vez iniciado no es posible parar su avance y la esquizofrenia evoluciona entonces de modo crónico, con fases de crisis y fases de apaciguamiento de la enfermedad. Lo que caracteriza a la esquizofrenia, es la "extravagancia" del comportamiento. El sujeto no puede adaptarse a la realidad, no solamente a causa de los delirios, sino también debido a un trastorno más global de la organización psíquica en el campo del pensamiento, de la afectividad o del comportamiento. Todo esto desemboca en una disociación mental (actitudes, propósitos incoherentes, absurdos), en un cambio radical de la personalidad, en el desinterés por el mundo que le rodea y en reacciones totalmente inapropiadas en la vida diaria con un repliegue sobre sí mismo.

El futuro de la enfermedad después de cinco años de evolución es muy indicativo del futuro a veinte años. Si la persona continúa teniendo alucinaciones o padeciendo delirios y ha perdido su autonomía, veinte años después seguirá igual. Si se ha estabilizado y ha podido encontrar un cierto nivel de autonomía, lo mismo ocurrirá veinte años más tarde. Todo se desarrolla en los cinco primeros años de la enfermedad. Menos de un tercio de los sujetos afectados por la esquizofrenia adquiere autonomía suficiente para poder trabajar en un medio protegido y vivir de forma independiente, solo o en

pareja. El pronóstico, por lo tanto, es más que reservado. Asimismo, para un tercio de los sujetos, la evolución es tan severa que se justifica que en otros tiempos esta enfermedad fuera calificada como "demencia precoz". El sujeto pierde precozmente sus capacidades afectivas, emocionales, intelectuales y sociales. El suicidio es la primera causa de mortalidad entre los esquizofrénicos. La mortalidad se ve también afectada por una mala higiene de vida asociada muy a menudo a la enfermedad (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, obesidad, etc.). A menudo es necesario hospitalizar a los sujetos esquizofrénicos, a veces de urgencia, sobre todo en la fase inicial de la enfermedad.

Los medicamentos neurolepticos pueden atenuar los síntomas. En este campo, se ha logrado un progreso significativo estos 15 últimos años con la llegada de los neurolepticos antipsicóticos denominados "atípicos", siendo los primeros de la lista la Olanzapina y la Risperidona. Desgraciadamente, algunos enfermos de esquizofrenia muestran como última sintomatología una incapacidad para tomar su tratamiento. El trastorno del juicio no les permite sacar las consecuencias de una constatación: "cuando dejo mi tratamiento, soy hospitalizado de nuevo seis semanas más tarde". Los psiquiatras disponen ya de antipsicóticos atípicos de liberación retardada: una o dos inyecciones mensuales producen el mismo efecto que la ingestión de uno o dos comprimidos al día, lo que es una gran avance para estos enfermos desorganizados o susceptibles de abandonar su tratamiento. Paralelamente a los medicamentos, una psicoterapia aliada a un seguimiento en una estructura de cuidados adaptada son las mejores soluciones para el cuidado de los pacientes esquizofrénicos.

En Francia, un estudio realizado por la Caisse de Retraite des Médecins Français (Fondo de Pensiones de los Médicos Franceses) muestra que más del 40% de los casos de incapacidad de sus afiliados se deben a trastornos psiquiátricos frente al 10% debidos a un cáncer ó a enfermedades cardiovasculares.

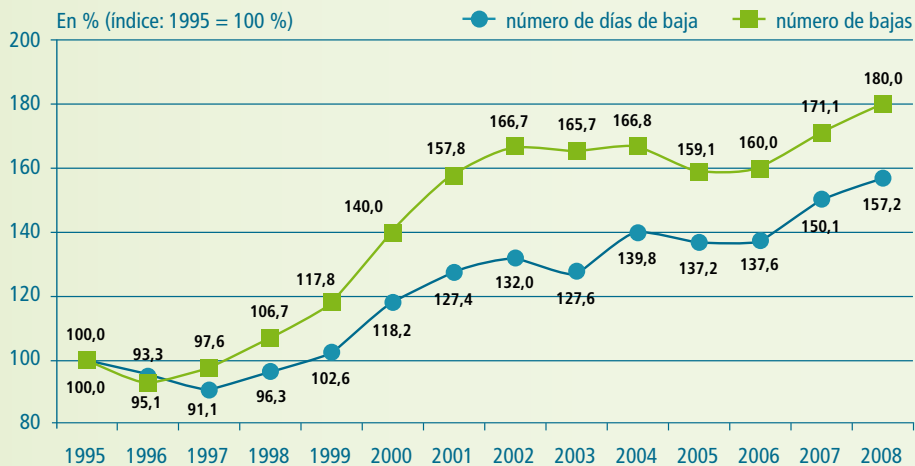
Trastornos mentales, crisis económica y condiciones laborales

Un informe reciente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) indica que la creciente precariedad laboral y el aumento de las presiones en el trabajo podrían agravar los problemas de salud mental en los años venideros. Se produciría un aumento de las depresiones, del trastorno bipolar y de la toxicomanía (alcohol, drogas). La

Incapacidad laboral después de padecer afecciones psíquicas

El número de días de baja por enfermedad (absentismo) después de padecer afecciones psíquicas ha aumentado un 80% desde 1995

Incapacidad laboral después de padecer afecciones psíquicas entre 1995 y 2008, miembros de la AOK (seguridad social alemana)



mayoría de las personas afectadas por trastornos mentales tienen un trabajo pero muy a menudo están de baja laboral o sus bajas son más largas.

Las solicitudes de una pensión por incapacidad laboral, que hasta ahora solían ser causadas por accidentes laborales, ahora se deben cada vez más a enfermedades mentales. La OCDE estima que una solicitud de incapacidad laboral de cada tres, y en algunos países una de cada dos, está motivada por problemas mentales, una cifra que va en aumento desde la mitad de los años 1990.

Evaluación del riesgo

En Seguros, es difícil evaluar el riesgo neuropsiquiátrico tanto durante la suscripción como durante la gestión de un siniestro. En general porque la mayoría de los trastornos mentales pertenecen a la familia de las "Enfermedades No Objetivables (ENO)", es decir, que no existe ningún examen clínico ni paraclinico (biología, radiología) que permita plantear el diagnóstico con certeza o valorar la gravedad real del trastorno mental... El pronóstico es difícil de evaluar. Por lo tanto, en determinados casos, a la hora de contratar un seguro, es posible minimizar el trastorno mental utilizando, por ejemplo, términos corrientes y más bien tranquilizantes como fatiga, insomnio o estrés en lugar del término depresión o esquizofrenia.

También es posible aumentar y exagerar los síntomas cuando se trata de obtener el pago de un siniestro por depresión que siempre será severa, grave, intensa, invalidante, etc.

Por otro lado, la evolución de un trastorno mental a menudo depende en parte de elementos externos de la vida, ya sean positivos o negativos, que influyen en la curación o la perpetuación de la depresión o la ansiedad del solicitante. Todo esto es difícil de asimilar para la Aseguradora.

En este contexto, la Aseguradora debe esforzarse por reunir el mayor número de elementos objetivos posibles sobre la historia del trastorno mental del solicitante. Como complemento de los certificados médicos, es muy útil recopilar información sobre los tratamientos con psicofármacos prescritos (simple ansiolítico, antidepresivo, tratamiento de la enfermedad bipolar o neurolepticos antipsicóticos) o incluso las hospitalizaciones en un medio especializado, las bajas laborales y la invalidez por trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, una o varias hospitalizaciones en un medio psiquiátrico de más de 3 semanas, asociadas a un tratamiento más "pesado" mediante neuroleptico de la familia de los antipsicóticos, serán otros tantos elementos "de alerta" de una patología psicótica, aunque el cuestionario médico parezca, por otro lado, bastante banal.

En relación con los suicidios, la primera causa de siniestro de fallecimiento en trastornos nerviosos, a la Aseguradora le faltan datos estadísticos precisos sobre este asunto. Muchos

suicidios son ocultados por el entorno por diferentes motivos: culturales, religiosos, etc. Muchos suicidios son ignorados y atribuidos a un accidente (coche, ahogamiento, caída, etc.). La confidencialidad médica puede ocultar también la causa real de un fallecimiento: ¿cuántos suicidios se ocultan tras un certificado médico de “fallecimiento por politraumatismo como consecuencia de una caída”? En suma, conocer el número exacto de suicidios en una cartera de siniestros de fallecimiento de una Aseguradora es misión imposible, ya que muy a menudo, lo que tenemos que analizar es un intento de suicidio. El intento de suicidio es un factor que agrava el trastorno mental, quizás el punto de partida de una depresión mayor o de una esquizofrenia.



Sin embargo, es preciso relativizar: en los jóvenes, en particular en las mujeres, se observan muchos intentos de hecho son una “llamada de atención” a sus familiares sin patología psiquiátrica real subyacente. Estos intentos, a menudo mediante ingestión de medicamentos y alcohol, seguidos de una corta hospitalización, permiten en la gran mayoría de los casos una reconciliación, un replanteamiento personal, etc. En estos casos, la Aseguradora deberá saber borrar el pasado después de varios años de vida “normal”.

En la práctica, cuando un expediente de seguros es estudiado bajo el ángulo de los trastornos psíquicos, el tarificador debe procurar:

- Separar las psicosis graves, los comportamientos psicóticos, las esquizofrenias no estabilizadas,... para las que no es posible conceder una cobertura para las garantías de Fallecimiento, Incapacidad o Invalidez.
- Tener en cuenta los antecedentes familiares psiquiátricos si los hay.
- Tener en cuenta los antecedentes personales de trastorno mental sin olvidar que nos encontramos en el mundo de lo “no objetivable”, por lo que en un cuestionario médico sobre este aspecto es necesario saber leer entre líneas.
- Apoyarse en el máximo de elementos objetivos que no puedan ser ignorados, con el fin de formarse una opinión

y valorar la gravedad del trastorno mental: hospitalizaciones de más de 3 semanas, tratamientos con ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos, electroshock, psicoterapia, bajas laborales e invalidez por motivo psiquiátrico.

- Analizar bien los antecedentes personales y el estilo de vida del solicitante, en particular el consumo de alcohol, tabaco o drogas.

A partir de estas informaciones, será posible resolver y proponer una tarificación que tenga en cuenta esencialmente el riesgo de suicidio en fallecimiento y la repercusión que puede tener el trastorno mental en la actividad profesional valorando lo más objetivamente posible el riesgo de baja laboral o de invalidez.

Por ejemplo:

- El solicitante que tenga un trastorno de ansiedad tratado mediante ansiolíticos y/o psicoterapia sin ningún intento de suicidio, ni hospitalización en servicio especializado, ni baja laboral o invalidez tendrá una tarificación que se aproxime al riesgo estándar.
- El episodio depresivo declarado podrá ser clasificado, después del análisis del expediente, en depresión menor, moderada o mayor. La tarificación se adaptará a cada uno de estos casos en consecuencia.
- El solicitante que sufra un trastorno de aspecto psicótico, por ejemplo, esquizofrenia, que haya sido hospitalizado varias veces en un servicio especializado, que haya sido tratado con neurolépticos y que tenga una pensión de invalidez, sin duda, no podrá contratar un seguro de vida.

Entre estos casos tipo, existe todo un continuum en la tarificación, siendo la prudencia la regla de oro para las garantías de incapacidad o de invalidez. En este campo, es posible tarificar, o proponer una exclusión de “trastorno neuropsiquiátrico”. A menudo resulta útil privilegiar las franquicias largas y prever duraciones de indemnización limitadas o topes. Un gran número de casos de invalidez por motivos psiquiátricos se inician antes de los 40 años...

En cuanto al consumo excesivo de alcohol y/o toxicomanía eventualmente asociadas a un trastorno mental del solicitante, son siempre factores agravantes importantes que, muy a menudo, ocasionan un rechazo del seguro.

El tarificador tiene dos opciones para los solicitantes que hayan pasado por un intento de suicidio:

- Integrar el acontecimiento en el trastorno mental subyacente y hacer de él un factor agravante.

- Tarificar por separado el intento de suicidio y el trastorno mental subyacente. Es la forma más sencilla, la más manejable y probablemente la más segura que recomienda SCOR Global Life. En este caso, se tiene en cuenta el plazo entre el intento de suicidio y la suscripción, así como el número de intentos. Recomendamos el aplazamiento para cualquier intento sobrevenido menos de un año antes de la suscripción y el rechazo si ha habido más de tres intentos.

Las depresiones mayores, las psicosis, en particular las esquizofrenias, exigen un análisis detenido del expediente y una gran prudencia por parte del tarificador. No olvidemos que se trata de afecciones severas que se inscriben en el mundo a veces no objetivable de la psiquiatría. Un solicitante estabilizado mediante tratamiento desde hace varios años, con una inserción socio-profesional correcta, sin intento de suicidio ni hospitalización reciente ni consumo de alcohol o drogas, podrá ser tarifado en seguro de fallecimiento únicamente.

Conclusión

Los trastornos mentales tendrán un peso cada vez mayor en la balanza de las Aseguradoras, el campo es amplio, difícil de estandarizar y en esta publicación solo ofrecemos una visión general, de conjunto. Pero aunque la psiquiatría se adapte mal a las restricciones de la tarificación, SCOR Global Life considera que es importante profundizar en el tema, conocerlo bien para evaluar el riesgo lo más objetivamente posible al igual que para las enfermedades físicas. Esperamos que este panorama haya despertado su curiosidad, a título personal o profesional, para proseguir la exploración... Recordemos que se trata en efecto de un riesgo a menudo no objetivable pero en plena expansión mundial.



SCOR Global Life
5 avenue Kléber
75795 Paris Cedex 16
France
www.scor.com

SCOR
Global Life