

SALUD MENTAL Y PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

DELPHINE LABOJKA

Responsable de Métodos y Procesos

**CHRISTINE ABALAIN-CASTELA and
JACQUES-LOUIS BOUCHER**

Médicos Consultor



La salud mental	03
Las patologías psiquiátricas	04
El planteamiento de la aseguradora	07
Conclusión	11

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental corresponde a un estado de bienestar que permite a un individuo realizarse plenamente, afrontar las dificultades normales de la vida, trabajar con éxito y de forma productiva y estar en posición de contribuir activamente a la comunidad.

Actualmente en el mundo, las enfermedades mentales representan la 5ª causa de mortalidad e incapacidad y la 3ª causa de baja laboral e invalidez. 400 millones de personas están afectadas por problemas mentales, neurológicos o sufren problemas psicosociales.



La salud mental

En su dimensión positiva, la salud mental incluye tanto el afecto positivo, es decir estar feliz o infeliz, como las dimensiones de la personalidad: experiencia, autoestima, fortaleza, optimismo, sensación de coherencia.

En su dimensión negativa, la salud mental abarca dos aspectos. La aflicción psicológica, cuyo grado de intensidad debe evaluarse, y las enfermedades mentales, que se definen en el marco de la clasificación DSM (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders IV o V) o de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10 u 11, Capítulo V).

DEPRESIÓN: FACTORES DE RIESGO MÚLTIPLES

En lo que respecta a la salud mental, los factores de riesgo son múltiples e interactivos.

Existen, para empezar, factores de predisposición: relacionados con el embarazo y el nacimiento, pueden también provenir de experiencias vividas en la primera infancia, del entorno familiar, de circunstancias sociales, del entorno material, de la educación, de las condiciones de empleo, de trabajo, de vivienda...

A estos elementos se suman factores de precipitación, es decir eventos que sobrevienen durante la existencia, además de un contexto social. La interacción entre todos estos factores entraña una probabilidad más o menos elevada de sufrir una depresión.

SISTEMA DE CUIDADOS Y ATENCIÓN

La atención de las enfermedades mentales varía según el país o la región, en función de los recursos disponibles.

Así, cuanto mayor es el número de camas hospitalarias disponibles, mayor es la probabilidad de ser hospitalizado. Asimismo, cuanto menor sea el número de psiquiatras, más frecuente es el seguimiento por parte de médicos generalistas. Cuando las psicoterapias no están subvencionadas, el consumo de psicotrópicos aumenta, sin que exista una enfermedad mental real.

Estas disparidades suponen una gran variabilidad en la atención de estas patologías. Para una misma enfermedad, el tratamiento dependerá del lugar donde se viva. Los resultados que se muestran, deben pues, matizarse.

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

La noción de riesgos psicosociales (RPS) es aún bastante ambigua. La aparición de los RPS de origen profesional es relativamente reciente. Estos riesgos hacen referencia a situaciones que afectan a la integridad física y a la salud mental de los asalariados, como el estrés, el acoso psicológico, la violencia, angustia psicológica o problemas musculoesqueléticos.

EL BURNOUT: UNA ANGUSTIA PSICOLÓGICA

El burnout no es una enfermedad mental, sino una angustia psicológica particular, relacionada con las condiciones de trabajo. Se describió al principio en las profesiones biosanitarias antes de extenderse a la enseñanza y finalmente también a las profesiones en contacto con el público. La escala de evaluación MBI (Maslach Burnout Inventory) lo define en base a tres criterios: el agotamiento emocional (fatiga, frialdad), la deshumanización de la relación con el prójimo (cinismo), y la pérdida del sentido de la autorrealización en el trabajo (frustración, desmotivación, inutilidad). Las personas que padecen enfermedades mentales son más propensas al burnout ya que, de entrada, tienen tendencia a considerar su trabajo como estresante y negativo.

Las patologías psiquiátricas

Las patologías psiquiátricas son muy variadas y comprenden enfermedades cuyos tratamientos y pronósticos son diferentes: la depresión, los problemas de bipolaridad, la esquizofrenia, etc.

Los trastornos del sueño, por ejemplo, aparecen a menudo como un indicador de vulnerabilidad psiquiátrica. Así, el insomnio durante la tercera década (30-40 años), en particular, es un predictor de la depresión, y el insomnio residual que persiste después de un tratamiento, un predictor de recaída.

LAS DEPRESIONES SON DE DIVERSOS TIPOS

En 2020, según la OMS, la depresión mayor representará la 2ª causa de invalidez en el mundo, precedida de las enfermedades cardíacas. La depresión representa, pues, un problema mundial importante.

Coexisten varios tipos de depresión. Hay que distinguir:

- **la depresión reactiva**, desencadenada por un acontecimiento,
- **la depresión neurótica**, debida a una mala gestión de la insatisfacción,
- **la incapacidad de gestionar** los problemas afectivos y los conflictos;
- **la depresión por agotamiento** (especialmente en las familias monoparentales),
- **la depresión endógena**, caracterizada por la ausencia de factores desencadenantes.

Sus orígenes son múltiples y los síntomas asociados, numerosos. Se puede tratar de síntomas físicos, con una falta de energía, una disminución de la concentración, trastornos alimentarios, del sueño; o bien síntomas emocionales: sentimiento de culpa, ideas de suicidio, pérdida de interés, tristeza; o incluso síntomas asociados como regresión, pensamientos obsesivos, irritabilidad, preocupaciones somáticas excesivas, dolores, lloros, ansiedad y fobia.

EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

El episodio depresivo mayor (EDM), o depresión mayor, se caracteriza por síntomas que aparecen juntos (coincidencia) y se presentan casi todos los días (intensidad) durante un periodo de al menos dos semanas.

Cinco de los síntomas que aparecen a continuación deben estar presentes, como mínimo, y al menos deben incluir uno de los dos primeros de la lista:

SIGNOS DE DEPRESIÓN MAYOR

- 1 Humor depresivo mayor presente prácticamente todo el día.
- 2 Disminución marcada del interés o del placer por todas las actividades.
- 3 Pérdida o aumento de peso considerables en ausencia de régimen.
- 4 Insomnio o hiperinsomnia casi todos los días.
- 5 Agitación o ralentización psicomotriz casi todos los días.
- 6 Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7 Sentimiento de desvalorización o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
- 8 Disminución de la aptitud para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
- 9 Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes.

Se han descrito tres niveles de gravedad: ligero, con menos de 5 síntomas, mediano (6 síntomas), grave (7 síntomas). En todos los casos existe una repercusión, también llamada impedimento considerable, sobre la vida cotidiana (trabajo, vida social).

Un EDM se trata según un esquema preciso, que comprende un tratamiento de la fase aguda y luego de la fase de consolidación. La duración del tratamiento no puede ser inferior a 6 meses de antidepresivos. Alcanza un año, incluso más, en caso de recaída.

EL SUICIDIO: UNA SALIDA DIFÍCIL DE PREVER

Aunque el riesgo mayor de la depresión es la invalidez, ello no debe ocultar la existencia de un riesgo de suicidio.

Según la OMS, más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio; en el año 2012, fue la 15ª causa de muerte en el mundo. Estos datos revelan diferencias entre países. Así, en los países con niveles de ingresos medios o bajos, el índice de suicidios en mujeres es más elevado. Por el contrario, en los países con altos niveles de ingresos, el índice es más elevado en varones de edad madura. Esta disparidad muestra un índice de suicidios un 57% mayor en varones que en mujeres a escala mundial.

El suicidio se desencadena cuando el paciente quiere escapar de su sufrimiento; los signos que lo anuncian son difíciles de detectar. El 60% de los suicidas consultaron a un médico generalista en el mes anterior a un intento, y un 36% en la semana anterior al acto. El suicidio está relacionado con una fragilidad particular y nunca es consecuencia de un solo «estresante». Cuanto mayor es el número de comorbilidades asociadas, mayor es el riesgo de suicidio.

Según la Dirección de la Investigación, Evaluación, Estudios y Estadísticas (DRESS - 2001), cada año se denuncian en Francia 155 000 intentos de suicidio (TS), así como 10 500 suicidios, es decir, un 2% de las muertes. El 43% de los suicidas habían sufrido recaídas. Los intentos afectan más a mujeres que a varones, aunque estos últimos consiguen su objetivo de tres a cuatro veces más que las mujeres. El 30% de los suicidios entre los varones está relacionado con problemas de alcoholismo. Las personas mayores se suicidan más que los jóvenes.

LOS TRASTORNOS BIPOLARES: UNA PATOLOGÍA COMPLEJA

Los trastornos bipolares afectan a entre el 1 y el 2% de la población mundial. Se caracterizan por ciclos durante el curso de los cuales alternan fases de excitación (manía) y episodios depresivos, intercalados por episodios de calma. Estas fluctuaciones del humor no suelen estar relacionadas con causas concretas y la intensidad y la frecuencia de los ciclos son variables. El 20% de los bipolares mueren por suicidio, lo que supone un riesgo 30 veces superior al de la población en general.

Esta patología compleja se ve afectada por un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. No obstante, existen tratamientos eficaces: antidepresivos, timoreguladores, antiepilépticos y antipsicóticos. En los tratamientos de fondo, los timoreguladores que hayan mostrado su eficacia en las fases agudas deben seguir administrándose.

TRATAMIENTOS Y RIESGOS DE RECIDIVA

Los objetivos de los tratamientos son reducir la gravedad de los síntomas, los trastornos psicoconductuales, y el riesgo de suicidio. A menudo se prescriben antidepresivos, pero puede haber otras soluciones eficaces, como los antiepilépticos, los antipsicóticos, la luminoterapia, la psicoterapia, la fisioterapia, los productos naturales o el ejercicio físico.

Los factores que influyen en el riesgo de recidiva se conocen: antecedentes de episodios depresivos recurrentes, episodios de duración prolongada, antecedentes familiares, reducción del intervalo entre los episodios, síntomas residuales, mala adaptación al trabajo y a la vida en pareja o tratamientos inadaptados. Después de una depresión, la probabilidad de recidiva es de un 50% después de un EDM, de un 70% después de dos episodios, y de un 90% después de tres episodios.

Determinados elementos constituyen también obstáculos para la remisión: los estresantes agudos y crónicos, la gravedad y duración del episodio depresivo, los fracasos de los tratamientos anteriores, la ansiedad, los síntomas somáticos dolorosos, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias psicoactivas o enfermedades somáticas.

COMORBILIDADES Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL

También pueden sumarse otras patologías. Así, las comorbilidades asociadas a las depresiones son tanto somáticas como psiquiátricas. Desde el punto de vista somático, este índice de comorbilidad es de:

- un 26 a un 34% para los accidentes vasculares cerebrales,
- un 15 a un 33% para el infarto de miocardio,
- un 33 a un 35% para los dolores crónicos.

De la misma manera, a nivel psiquiátrico, se observa⁽¹⁾ que el 58% de los pacientes con depresión padecen un trastorno de ansiedad respecto a toda su vida, más del 24% sufren una fobia, cerca del 20% padecen estrés postraumático, el 17% sufre ansiedad generalizada, y el 37% padece una dependencia, bien química o bien del alcohol. Los pacientes que sufren depresión fallecen antes a causa de sus patologías orgánicas asociadas (por ejemplo por afecciones cardíacas).

El absentismo laboral es más importante durante una depresión que en caso de otras enfermedades crónicas: es 2,5 veces más elevado que la población en general.


(1) Kessler et al. Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168 (suppl.30): 17-30

El planteamiento de la aseguradora

En los países occidentales, las afecciones psíquicas se encuentran entre las tres primeras causas de baja laboral e invalidez. Al valorar este riesgo, la aseguradora se enfrenta a dificultades inherentes al carácter no objetivable de los trastornos mentales (enfermedad no objetivable: ENO) y a retos considerables.

La creación del dossier de selección aporta información en un formato preciso. El procedimiento actual se basa en un cuestionario médico de adhesión general rellenado por el interesado. Cuando aparece una respuesta positiva relacionada con una afección psíquica, se plantea al contratante un segundo cuestionario médico orientado específicamente a las afecciones neuropsíquicas, que deberá rellenar el médico o el psiquiatra que lo trata.

Estos cuestionarios son imprecisos o incompletos, lo que hace difícil su aprovechamiento. Una de las posibles mejoras para la aseguradora es, por tanto, una mejor adaptación de los cuestionarios específicos para poder obtener información lo más fiable posible sobre el diagnóstico de la enfermedad.



Burnout
Enfermedades mentales
Neurosis
Hospitalizaciones
Gravedad
Alcoholismo
Cláusula ENO

Factores medioambientales
TOC
Riesgo de recaída
Intento de suicidio
Enfermedad bipolar
Exclusiones
Toxicomanía

SEIS CRITERIOS PARA EVALUAR EL RIESGO

La evaluación del riesgo psiquiátrico se basa en seis criterios esenciales:

- **El diagnóstico** (importancia de la evolución de la enfermedad).
- **La búsqueda de antecedentes:** fecha del último episodio, número de episodios.
- **Los tratamientos:** su naturaleza, cronología, eficacia.
- **Las hospitalizaciones:** a partir del informe de estado del paciente y del informe hospitalario.
- **El riesgo de suicidio:** evaluado mediante una tabla bien definida. Riesgo reservado para la aseguradora después de tres intentos.
- **Los factores ambientales:** contexto profesional y familiar.

La relación de tiempo es un elemento fundamental: es necesario un aplazamiento mínimo antes de estudiar la asegurabilidad de un riesgo psiquiátrico. Las depresiones separadas por diez o incluso veinte años, por ejemplo, no pueden estar relacionadas. Si la depresión se remonta a 25 años, es posible hablar de curación.

DEPENDENCIA, FALLECIMIENTO, GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS: ¿CÓMO TARIFICARLAS?

El planteamiento de la aseguradora varía según la garantía solicitada.

Planteamiento de la garantía de Dependencia: la psiquiatría es la primera causa de rechazo de contratos de dependencia. La única posibilidad de aceptación para dependencia parcial o total corresponde a sujetos que padezcan una depresión estable, tratada mediante un ansiolítico o un antidepresivo, o a sujetos curados.

Planteamiento de la garantía de Fallecimiento: las **afecciones neuróticas** (TOC – Trastornos obsesivo-compulsivos, depresión, enfermedad bipolar) son más sencillas de tarificar, con una sobremortalidad generalmente «razonable» por fallecimiento. **Las psicosis** (esquizoafectivas, paranoias, otros delirios), incluso aunque estén estabilizadas, son más complejas de plantear. Si los factores ambientales son favorables, se puede contemplar una tarificación mediante una sobremortalidad elevada por fallecimiento.

Planteamiento de garantías complementarias: las garantías complementarias (baja laboral, invalidez) representan un riesgo difícil de asegurar. Aun así, si el contexto es favorable, pueden aceptarse excluyendo las afecciones psíquicas. También son posibles adaptaciones como un aumento de la franquicia o una reducción de la duración de la cobertura.

Por regla general, es necesaria una exclusión cuando se trata de enfermedades neuropsiquiátricas.

En principio, una exclusión parcial incluye las depresiones endógenas, reactivas y neuróticas, los trastornos de ansiedad, el agotamiento, el burnout, el síndrome de fatiga crónica o derivado del consumo de alcohol, el consumo de drogas o fármacos, pero también manifestaciones como la fibromialgia y otras dolencias crónicas sin etiología orgánica, las manifestaciones relacionadas con el estrés o achacables a éste y los trastornos del sueño con hipersomnía o insomnio, o cualquier otra enfermedad psíquica.

Cuando se trata de trastornos del humor, del comportamiento, de la personalidad y otros TOC, psicosis agudas o crónicas, el planteamiento de la aseguradora debe tratarse caso por caso.

SELECCIÓN DE RIESGOS

CONSTITUCIÓN	PLANTEAMIENTO RESERVADO	PLANTEAMIENTO DE SELECCIÓN CON CONDICIONES SEGÚN
INFORME MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico exacto • Episodios (fecha, número y recaídas) • Tratamientos (actuales y anteriores) • Posibles hospitalizaciones (fechas y duración) • Posibles bajas laborales (fechas y duración) • O posible invalidez 	Antecedentes de alcoholismo o de toxicomanía	El diagnóstico exacto (neurosis frente a psicosis)
	Entre el primer y segundo año, en función del diagnóstico	El criterio de gravedad (menor, moderada o mayor)
	El primer año, en caso de hospitalización	La estabilidad de la enfermedad
Factores ambientales Situación socioprofesional	Entre los dos y tres primeros años, en caso de TS	Las condiciones generales y sus restricciones (las exclusiones de las afecciones psiquiátricas): parciales o totales
	Factores de comorbilidad (tratamiento no seguido...)	Las garantías contratadas → aumento de la vigilancia para las garantías complementarias
Posible tentativa de suicidio → tarificar por separado		La duración de la evolución de la enfermedad y de la situación socioprofesional

DOS PRINCIPIOS PARA LA GESTIÓN DEL SINIESTRO

La gestión del siniestro en relación con las afecciones psiquiátricas descansa sobre un análisis precoz, desde la creación del dossier, de la apreciación del estado actual de la persona y del diagnóstico. El análisis se realiza en función de las garantías planteadas y de su definición, pero también teniendo en cuenta la formulación de la cláusula de exclusión.

En ausencia de exclusión: la cobertura de los trastornos psiquiátricos y de la baja laboral se realiza de manera estándar. La primera cuestión es saber si la baja laboral está justificada. La respuesta pasa por un estudio de los documentos del dossier, para disponer del motivo de la baja laboral que figura en la baja inicial y en sus prórrogas. También conviene investigar la situación anterior, el estado actual y el diagnóstico.

En caso de exclusión parcial: la cobertura radica en condiciones específicas y su gestión es relativamente sencilla. Es rápida, bajo reserva de información muy precisa sobre la causa de la baja y de las prórrogas. El 90% de estos siniestros se gestionan por documentos, sin recurrir a expertos.

En caso de exclusión total: el análisis del dossier favorece también la gestión por documentos. La cobertura se desestima basándose en la aplicación estricta del contrato, con un motivo bien explicado y una exclusión clara. De entrada, la consulta a expertos no es necesaria.

LA CONSULTA A MÉDICOS EXPERTOS: ¿EN QUÉ MOMENTO?

El peritaje psiquiátrico, realizado habitualmente por un médico generalista, es una misión real que tiene objetivos precisos: búsqueda de antecedentes y análisis de las capacidades del asegurado. La biografía debe ser minuciosa e incluye la investigación de factores ambientales (entorno psicoafectivo y económico del paciente).

La duración media de una depresión suele ser de 8 meses, y la de una hospitalización de alrededor de un mes, por lo que el primer peritaje tiene lugar alrededor del quinto o sexto mes. En esta etapa, nueve de cada diez veces, el médico experto está de acuerdo con la baja laboral.

Un segundo peritaje tiene lugar hacia el noveno mes: muy a menudo, el experto decide en ese momento que el paciente es apto para volver al trabajo y se paraliza el dossier. Ante una situación grave, puede decidirse una prórroga de la baja laboral y entonces será necesario un tercer peritaje, que se encargará a un psiquiatra.

CONCLUSIÓN

A pesar de las dificultades para evaluar una enfermedad no objetivable, la evaluación del riesgo psiquiátrico puede basarse en criterios objetivos obtenidos mediante cuestionarios específicos.

Los centros de I+D de SCOR Global Life trabajan en dominios específicos de la evaluación de riesgos y de la gestión de siniestros. Gracias a esa experiencia, nuestros equipos trabajan en estrecha colaboración con nuestros socios para ayudarles a desarrollar estrategias de selección específicas. No dude en ponerse en contacto con los equipos locales y en consultar nuestras diversas publicaciones médicas, www.scor.com.

Editor
Paolo De Martin

life@scor.com

© Diciembre 2015 - ISSN: 2417-5277

Queda prohibida la reproducción total o parcial del presente documento cualquiera que sea el soporte sin previa autorización del Editor. SCOR se esfuerza en garantizar la exactitud de la información contenida en sus publicaciones y renuncia a toda responsabilidad en caso de imprecisión, inexactitud u omisión.

Créditos de las fotografías © Nathalie Oundjian.

SCOR
Global Life

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