

Salud mental, ¿mal del siglo XXI ?

Dr. Javier del Valle
Paloma Fernández



AGE(R)S

Asociación Española de
Gerencia de Riesgos y Seguros

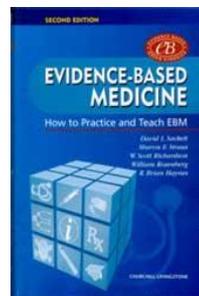
Medicina basada en la evidencia vs Tarifificaciones basadas en la evidencia

- **En Medicina:** ... el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.

La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática '

- **En Suscripción :** ... el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre la morbilidad y el riesgo de mortalidad.

La práctica de EBR significa integrar la experiencia de suscripción con la mejor evidencia de las estadísticas disponible sobre los asegurados.



Sackett et al, BMJ, 1996

cebm.jr2.ox.ac.uk/ebmisisnt.htm

Objetivo de los Manuales de Tarificación : Asegurarnos de que refleja la evidencia médica y los criterios diagnósticos actualizados

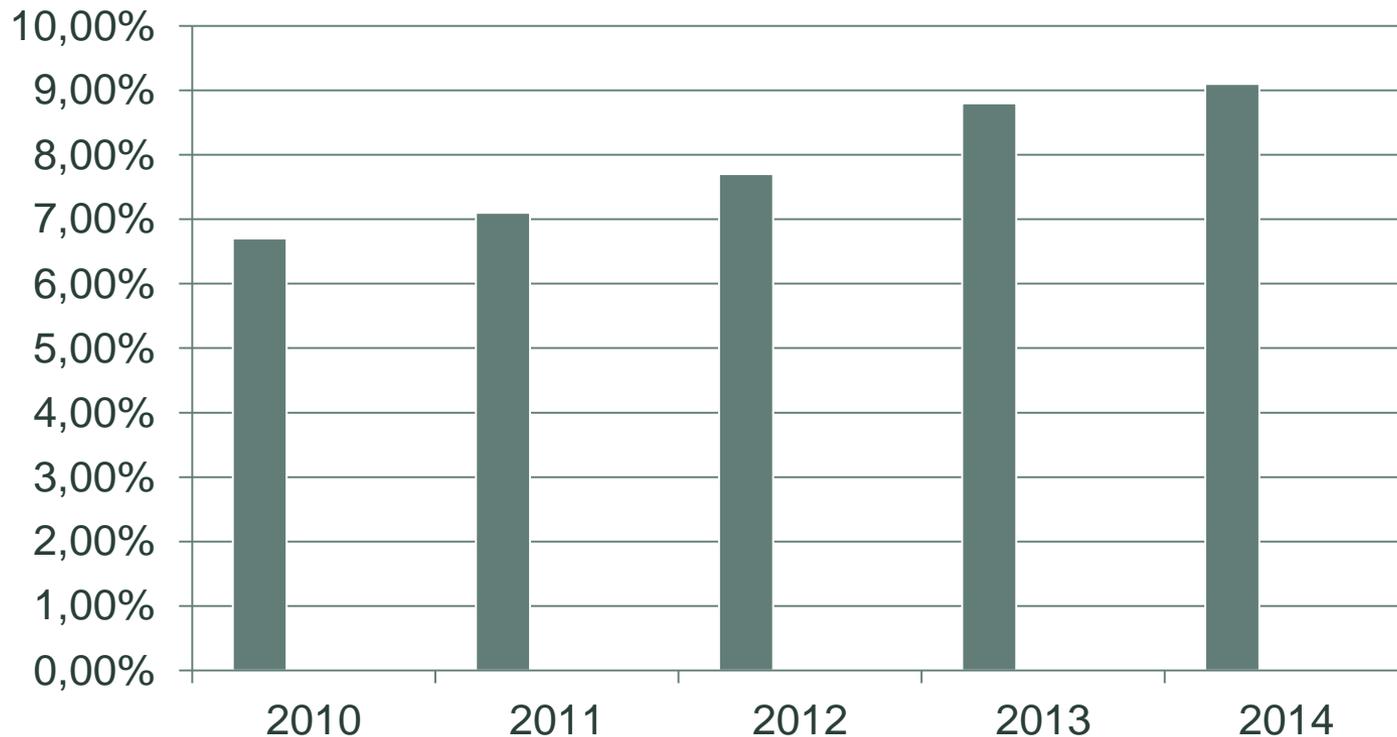
*Esto significa que permiten tratar a nuestros
clientes equitativamente, según el principio
básico de "a cada uno lo suyo"*

Prevalencia de los diferentes trastornos mentales

Trastorno	Prevalencia 1 año	Prevalencia en la vida
Ansiedad generalizada	2.6%	6.2%
Ataques de pánico	1%	1.2%
Las fobias específicas	3.0%	4.9%
Depresión leve o moderada	11% los hombres 25% las mujeres	
Depresión mayor		3-5%
Trastorno bipolar		Entre un 1% y un 5% de los adultos
Trastorno de estrés post-traumático (TEPT)	3.5%	7.8%,

Notas: La recaída de la depresión es más común en las mujeres y en los meses de invierno. En la mitad de los pacientes con T. del estado de ánimo, al menos uno de los padres tiene también un trastorno del estado de ánimo

La frecuencia de declaración en los cuestionarios de salud de los trastornos mentales está aumentando



Siniestralidad por problemas de salud mental en UK

- En el Reino Unido los siniestros por enfermedad mental son
 - 20% de las pólizas individuales
 - 34% de los siniestros en colectivos
- Suponen un coste muy significativo para nuestro negocio:
 - para productos de invalidez los siniestros pueden costar:
 - 88,82 millones para pólizas individuales
 - 262,10 millones para pólizas colectivas
- Los siniestros por suicidio en Australia desde 2006 a 2011 supusieron 201,5 millones

Revisión de la evidencia médico-estadística del capítulo de EM

Revisión de la evidencia médica

Las preguntas planteadas al iniciar la revisión fueron:

- ¿Cuáles son las condiciones mentales más frecuentes?
- ¿Afecta al diagnóstico el DSM-5 publicado en 2013 de las condiciones psiquiátricas?
- ¿Cuál es la evidencia médica publicada desde nuestra anterior revisión de los TM hace aproximadamente 10 años?
- ¿Influencian los nuevos datos el pronóstico de dichos trastornos el riesgo de mortalidad e invalidez?
- ¿Existe nueva evidencia de la capacidad del tratamiento para cambiar el pronóstico de los candidatos con TM?
- ¿Podemos usar los factores biopsicosociales (BPS) para realizar la valoración de aquellos con TM en el momento de la tarificación?

Se seleccionaron los trastornos más frecuentes

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo o del humor
- Estrés y trastornos de adaptación
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos de somatización
- Trastornos del comportamiento
- Trastornos emocionales

Diagnóstico: las clasificaciones del ICD-10, DSM-IV y DSM-V incluyen un número diferente de subclases

	ICD – 10	DSM – IV	DSM - V
T. de ansiedad	3 / 9	11	2 / 11
T. del ánimo	4 / 13	7	2 / 7
Estrés y T de adaptación	3	2	5
T. de la personalidad	9	4/9 más TOC	Igual a DSM-IV + otros trastornos de personalidad (3)
T. somatoformes o psicósomáticos	5	6	5

Las subclases en cada trastorno son diferentes (todas con términos relacionados).

Ejemplo de las diferencias diagnósticas en ICD-10, DSM-IV y DSM-V: (stress y trastornos de adaptación)

ICD-10	DSM-IV	DSM-V
Reacciones al estrés agudo	Trastornos agudos de estrés **	Trastornos de estrés agudo
Trastornos de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático **	Trastornos de estrés postraumático
Trastornos de adaptación	Trastornos de adaptación	Trastornos de adaptación
Otras reacciones al estrés severo		T relacionados con otros traumas y estresores especificados
Reacción al estrés severo no especificado		T relacionados con otros traumas y estresores no especificados
		Trastornos de apego (cariño) reactivos ***
* Capítulo para los trastornos de estrés o traumáticos		Trastornos desinhibidos del compromiso social ***
** Clasificados como trastornos de ansiedad		
*** En niños		

Existen diferencias en la clasificación de la ansiedad

ICD – 10 (17 subtipos)	DSM – IV (13 subtipos)	DSM – V (20 subtipos)
Agorafobia	Ataque de pánico	Trastorno de ansiedad por separación
Fobias sociales	Agorafobia	Mutismo selectivo
Fobias específicas (aisladas)	Trastorno de pánico sin agorafobia	Fobia específica
Otros trastornos de ansiedad fóbica	Trastorno de pánico con agorafobia	Trastorno social de ansiedad (fobia social)
Trastorno de ansiedad fóbica no especificado	Agorafobia sin historia de trastorno de pánico	Trastorno de pánico
Trastorno de pánico ansiedad paroxística	Fobia social	Agorafobia
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno mixto ansioso-depresivo	Trastorno de estrés post-traumático	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos
Otros trastornos mixtos de ansiedad	Trastorno de estrés agudo	Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
Otros trastornos de ansiedad especificados	Trastorno de ansiedad	Otros trastornos específicos de ansiedad
Trastorno de ansiedad no especificado	Trastorno de ansiedad debido a una condición médica general	Trastorno de ansiedad no especificado
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Trastorno obsesivo-compulsivo
Con predominio de pensamientos o rumiaciones	Trastorno de ansiedad no especificado en otra categoría	Trastorno corporal dismórfico
Con predominio de actos compulsivos		Trastorno de acaparamiento
Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos		Tricotilomanía
Otros trastornos obsesivo-compulsivos		Trastorno de excoiación (rascado compulsivo)
Trastorno obsesivo sin especificación		TOC inducido por sustancias o medicamentos
		TOC y T relacionados debidos a otra condición médica
		Otros TOC o trastornos relacionados específicos
		TOC o trastornos relacionados no especificados

Así como en los trastornos del estado de ánimo (del humor)

ICD-9	DMS - IV	DMS V
Episodio maníaco	Trastorno depresivo mayor	T disruptivo de desregulación afectiva
Trastorno afectivo bipolar	Trastorno distímico	Trastorno depresivo mayor
Episodio depresivo	Trastorno depresivo no especificado en otra categoría	Trastorno depresivo persistente
Trastorno depresivo recurrente	Trastorno bipolar tipo I	Trastorno disfórico premenstrual
T del ánimo (afectivos) persistentes	Trastorno bipolar tipo II	Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos
Otros trastornos del estado de ánimo (afectivos)	Trastorno ciclotímico	Trastorno depresivo debido a otra condición médica
Trastorno del estado de ánimo (afectivos) no especificado	Trastorno bipolar no especificado en otra categoría	Otros trastornos depresivos específicos
	Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general	Trastorno depresivo no especificado
	T del ánimo inducido por sustancias	Trastorno bipolar tipo I
	Trastornos del ánimo no especificados en otra categoría	Trastorno bipolar tipo II
		Trastorno ciclotímico
		T bipolar y T relacionados inducidos por sustancias o medicamentos
		T bipolar o T relacionados debidos a otra condición médica
		Otros trastornos bipolares y trastornos relacionados específicos
		Trastornos bipolares o trastornos relacionados no especificados

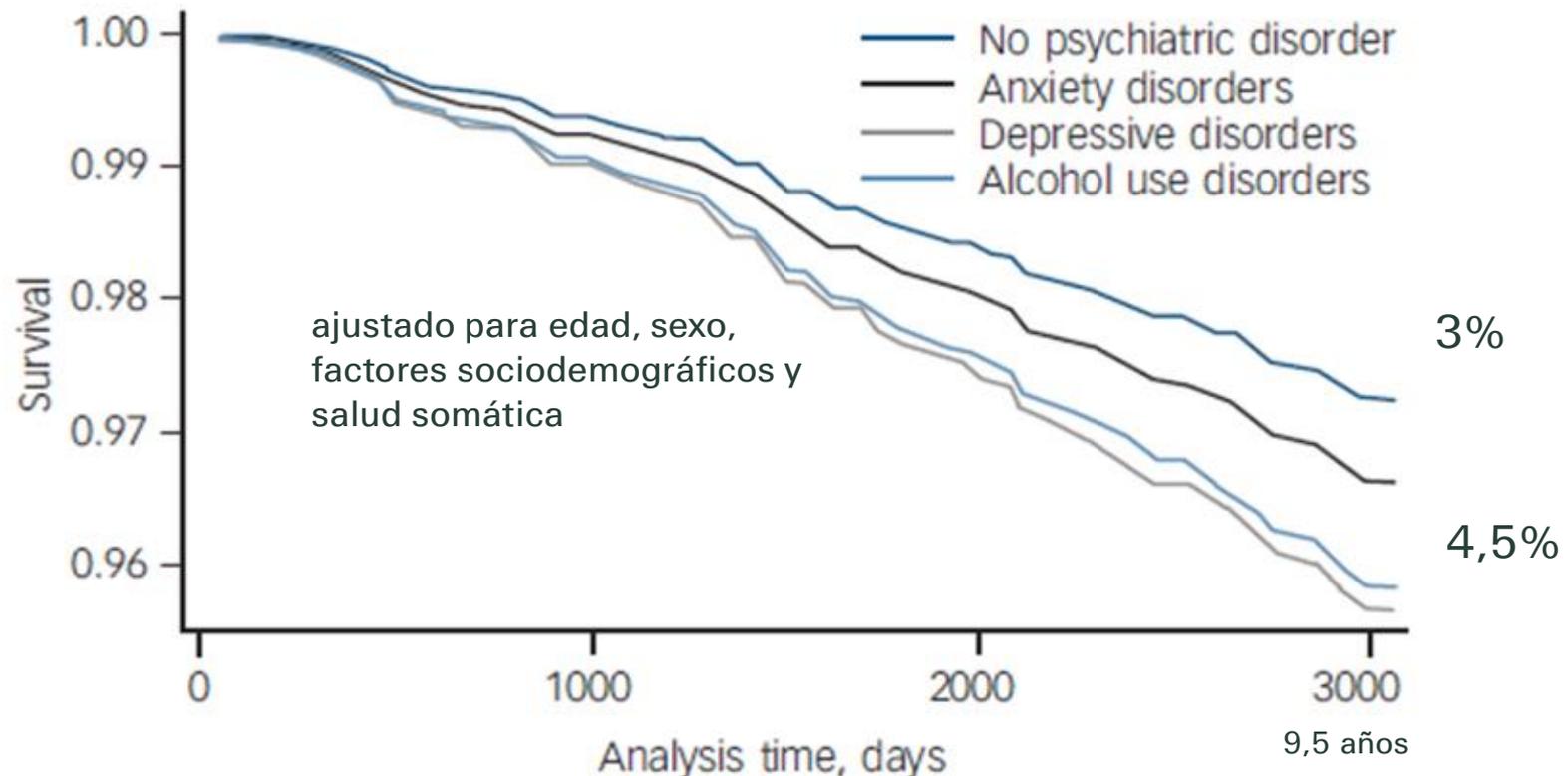
Términos relacionados de interés

T. de ansiedad	T. del estado de ánimo	Estrés y T adaptación
<ul style="list-style-type: none">• Estado ansioso• Crisis nerviosa• Neurastenia• Neurosis• Pánico	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno afectivo• Depresión• Depresión endógena• Depresión exógena• melancolía involutiva• Depresión maníaca• Depresión reactiva	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno de estrés agudo• Reacción ansiosa• Reacción de duelo• Depresión exógena• Reacción de dolor• Trastorno de estrés post-traumático (TEPT)• Psiconeurosis• Depresión reactiva• Ansiedad situacional• Depresión situacional

Conclusiones

- El DMS-V ha incrementado el nº de diagnósticos del ICD10 y de DSM-IV introduciendo nuevos diagnósticos y cambiando o retirando otros
- Sin embargo no ha supuesto un cambio importante para la tarificación
 - solo tienen influencia los diagnósticos del psiquiatra (que son escasos)
 - los médicos generales y sobre todo los candidatos continúan empleando
 - términos generales inespecíficos que deberemos equiparar a los incluidos en el Manual (Life Guide)
 - términos relacionados que también suelen estar incluidos en las clasificaciones del Manual

Hallazgos de la revisión : curvas de supervivencia para trastornos de depresión, ansiedad y abuso de alcohol



La gráfica muestra que los participantes con edad media de 48 años, sin trastornos psiquiátricos tenían mortalidad del 3%, mientras que los participantes con depresión o abuso de alcohol el riesgo fue del 4,5%

Markkula N at al., Br J Psychiatry 2012;200(2):143-9

Hallazgos revisión: panorámica riesgo mortalidad

n= 111,504

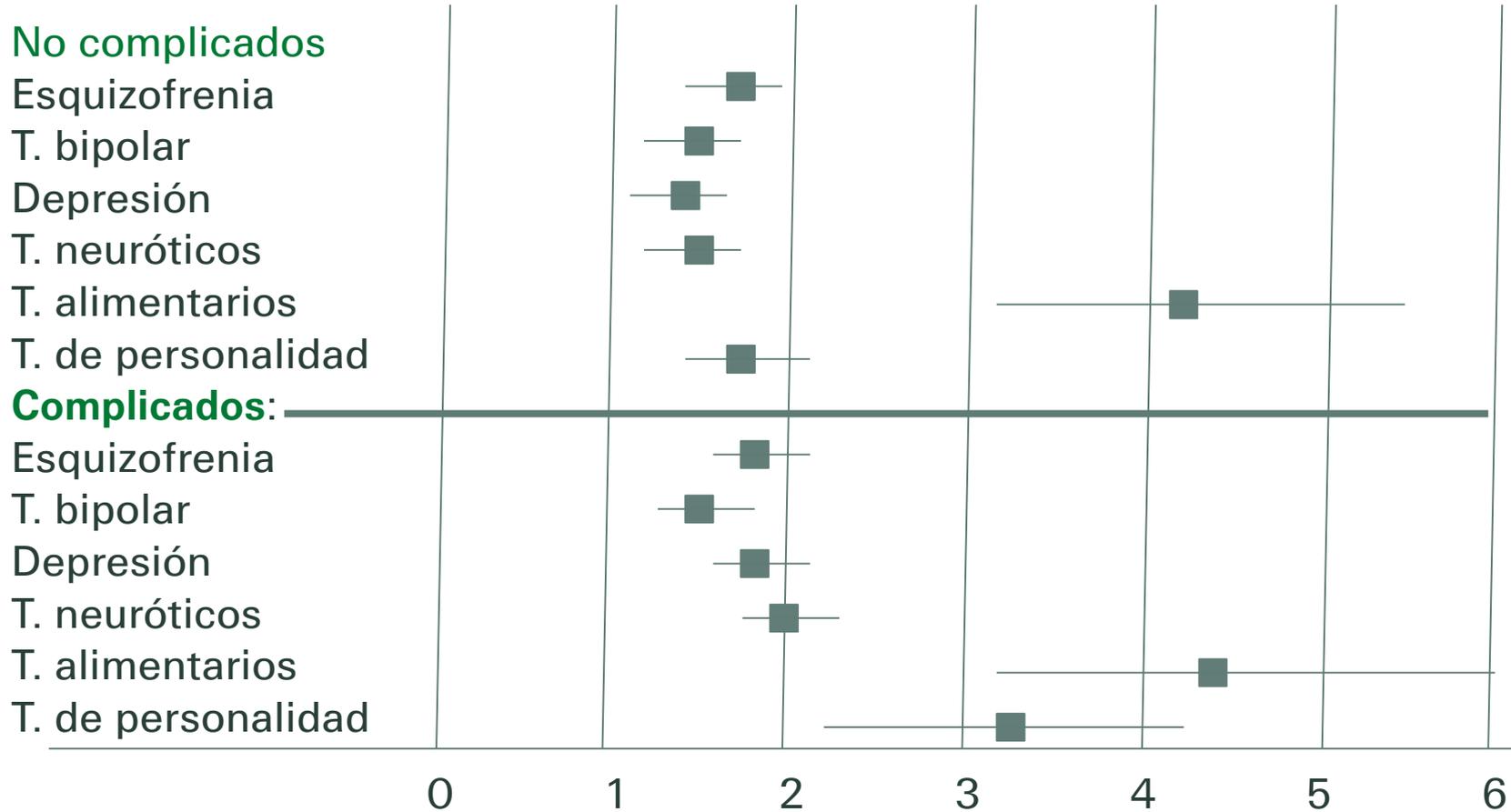
Table 3 SMRs and years of life lost for all-cause mortality by diagnosis group (all patients diagnosed 1986–2009 and followed up until 31 December 2010)

	Observed deaths	Expected deaths	SMR* (95% CI)	Total YLL	Average YLL
Uncomplicated diagnosis group					
Schizophrenia	5060	2746	1.84 (1.79 to 1.89)	78 027	15.2
Bi-polar	883	525.6	1.68 (1.57 to 1.79)	14 369	16.1
Depression	11 036	6831.2	1.62 (1.59 to 1.65)	155 582	14.1
Neurotic disorders	838	524.7	1.60 (1.49 to 1.71)	12 373	14.9
Eating disorders	51	11.6	4.39 (3.27 to 5.77)	2182	39.0
Personality disorders	449	234.9	1.91 (1.74 to 2.10)	10 583	22.8
Complicated (hierarchical) diagnosis group					
Schizophrenia	5635	2876.9	1.96 (1.91 to 2.01)	116 775	19.6
Bi-polar	1706	1129.5	1.51 (1.44 to 1.58)	29 351	16.7
Depression	7282	3628.8	2.01 (1.96 to 2.05)	146 736	19.0
Neurotic disorders	579	272.8	2.12 (1.95 to 2.30)	12 194	19.9
Eating disorders	38	8.7	4.39 (3.10 to 6.03)	1317	31.4
Personality disorders	686	221.9	3.09 (2.86 to 3.33)	20 894	27.5
Total	34 243	19 012.4	1.80 (1.78 to 1.82)	600 383	17.0

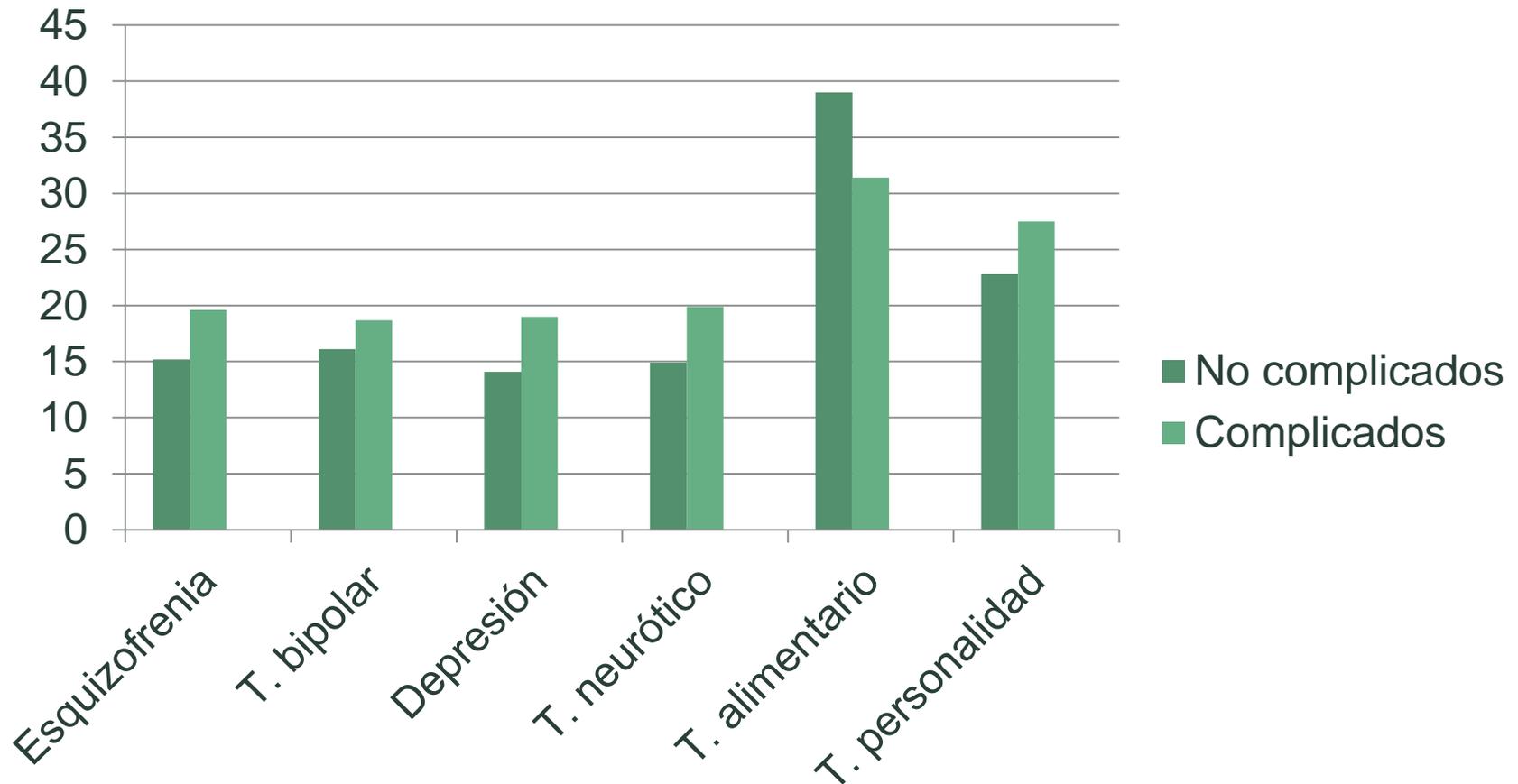
*Adjusted for sex, age, period and deprivation category (Carstairs 1991 decile) at first diagnosis.
SMR, standardised mortality ratio; YLL, years of life lost.

Ajetunmobi et al. (2013). Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. *British Medical Journal Open*, 3: e002768.

Riesgo de mortalidad (Ajetunmobi et al. (2013). Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. British Medical Journal Open, 3: e002768)



Años de vida laboral perdidos según el diagnóstico y las complicaciones (Ajetunmobi et al. (2013)).



Hallazgos de la revisión: Causas principales de muerte asociadas a los TM

Table 5 Standardised mortality ratios (SMRs) for cardiovascular disease; cancer; and suicide

	Cardiovascular deaths*		Cancer deaths†		Suicide deaths‡	
	Percentage of natural deaths	SMR (95% CI)	Percentage of natural deaths	SMR (95% CI)	Percentage of unnatural deaths	SMR (95% CI)
Uncomplicated diagnosis group						
Schizophrenia	53	1.72 (1.65 to 1.80)	12	1.30 (1.18 to 1.43)	63	8.05 (7.19 to 8.98)
Bi-polar	54	1.69 (1.51 to 1.88)	15	1.39 (1.12 to 1.69)	74	9.70 (7.59 to 12.22)
→ Depression	55	1.59 (1.54 to 1.64)	15	1.35 (1.28 to 1.43)	75	13.28 (12.37 to 14.24)
→ Neurotic disorders	50	1.60 (1.43 to 1.79)	14	1.37 (1.10 to 1.69)	65	6.44 (4.62 to 8.75)
→ Eating disorders	40	2.30 (0.83 to 5.04)	20	2.92 (0.55 to 8.65)	92	12.22 (6.07 to 21.94)
→ Personality disorders	51	1.62 (1.36 to 1.91)	12	1.17 (0.80 to 1.66)	65	8.58 (6.57 to 11.00)
Complicated diagnosis group						
Schizophrenia	50	1.57 (1.50 to 1.65)	9	0.86 (0.77 to 0.96)	72	9.05 (8.31 to 9.83)
Bi-polar	52	1.40 (1.29 to 1.52)	12	0.88 (0.74 to 1.05)	77	11.57 (9.80 to 13.57)
Depression	49	1.62 (1.56 to 1.69)	10	1.01 (0.93 to 1.11)	74	13.25 (12.28 to 14.27)
Neurotic disorders	44	1.65 (1.41 to 1.92)	12	1.34 (0.98 to 1.81)	70	7.52 (5.29 to 10.37)
Eating disorders	29	1.68 (0.53 to 3.95)	12	2.06 (0.19 to 7.56)	100	19.49 (6.15 to 45.85)
→ Personality disorders	43	2.08 (1.76 to 2.43)	10	1.32 (0.92 to 1.82)	71	10.55 (8.49 to 12.95)

All cardiovascular deaths.

*All cancer, including lung cancer, deaths.

†All deaths coded as suicides.

‡Cardiovascular and cancer deaths are shown as a proportion of observed natural deaths within each category and suicide is shown as a proportion of observed unnatural deaths within each category.

Ajetunmobi et al. (2013). Early death in those previously hospitalised for mental healthcare in Scotland: a nationwide cohort study, 1986-2010. *British Medical Journal Open*, 3: e002768.

Revisión individualizada de los TM comunes (resumen)

Trastorno	RR de muerte	Co-factores RR	E. Graves	Co-morbi psicológica	RR Inv.	Co-factores de RR de invalidez
Ansiedad	1,9	S soporte co-morbilidad	Leve (ECV Parkinson)	+/-	++	TM asociados IMC, ocupación
Depresión	Igual a previa (suicidio y ECV)	T. Hospitalario, suicidio, drogas	Leve (ictus y ECV)	+ (deterioro cognitivo)	++	Drogas, alcohol, bajas duraderas
Estrés, T. adaptación	Modesto (cáncer)	Edad, co-morbilidad psiquiátrica	ECV y respiratorias demencia	++ (depresión)	++ marcadores útiles	ECV y Respiratoria, demencia
Trastornos personalidad	Elevado (suicidio jóvenes)	Estado civil, educación	E. cardiacas	+++ (50%)	+/-	Bajas laborales, visitas al MG
T. de somatización	Igual al previo	Depresión, A de suicidio (x3)	Alteraciones del estilo de vida	Frecuente	+++	Bajas previas Visitas al MG conflictividad

Hallazgos pronósticos individualizados de los trastornos de ansiedad

- El riesgo de mortalidad aumenta alrededor de 1,9 (RR) aunque depende de:
 - otros co-factores que aumentan el riesgo (ejemplo sistemas de soporte)
 - la co-morbilidad psicológica y, en particular la física (que son comunes) y contribuyen al riesgo de mortalidad y morbilidad
 - Sin embargo, en TOC las comorbilidades son poco comunes
- La probabilidad de enfermedades críticas se eleva solo marginalmente debido a algún incremento en ECV y Parkinson
- Los siniestros de invalidez subsecuente están aumentadas en estos pacientes, sobre todo si:
 - está asociada a trastornos psiquiátricos
 - otros factores, como sobre o bajo peso y tipo de ocupación

Hallazgos pronósticos: Trastornos del humor o del estado de ánimo

- La mortalidad de la depresión es mayor
 - la evidencia actual muestra exceso concordante con la tarificación actual debido a que:
 - el suicidio y las ECV son más comunes que en la población general
 - el riesgo de los tratados hospitalariamente es mayor
 - sin embargo falta evidencia que soporte la clasificación del riesgo por los años desde el último síntoma
- La depresión es un importante marcador del riesgo de siniestros de invalidez y baja laboral
 - La situación se agrava con las co-morbilidades, las bajas previas, las demandas altas de trabajo, el trabajo de esfuerzo y el bajo control laboral
 - coexisten frecuentemente depresión y deterioro cognitivo

Hallazgos pronósticos: Estrés y trastornos de adaptación

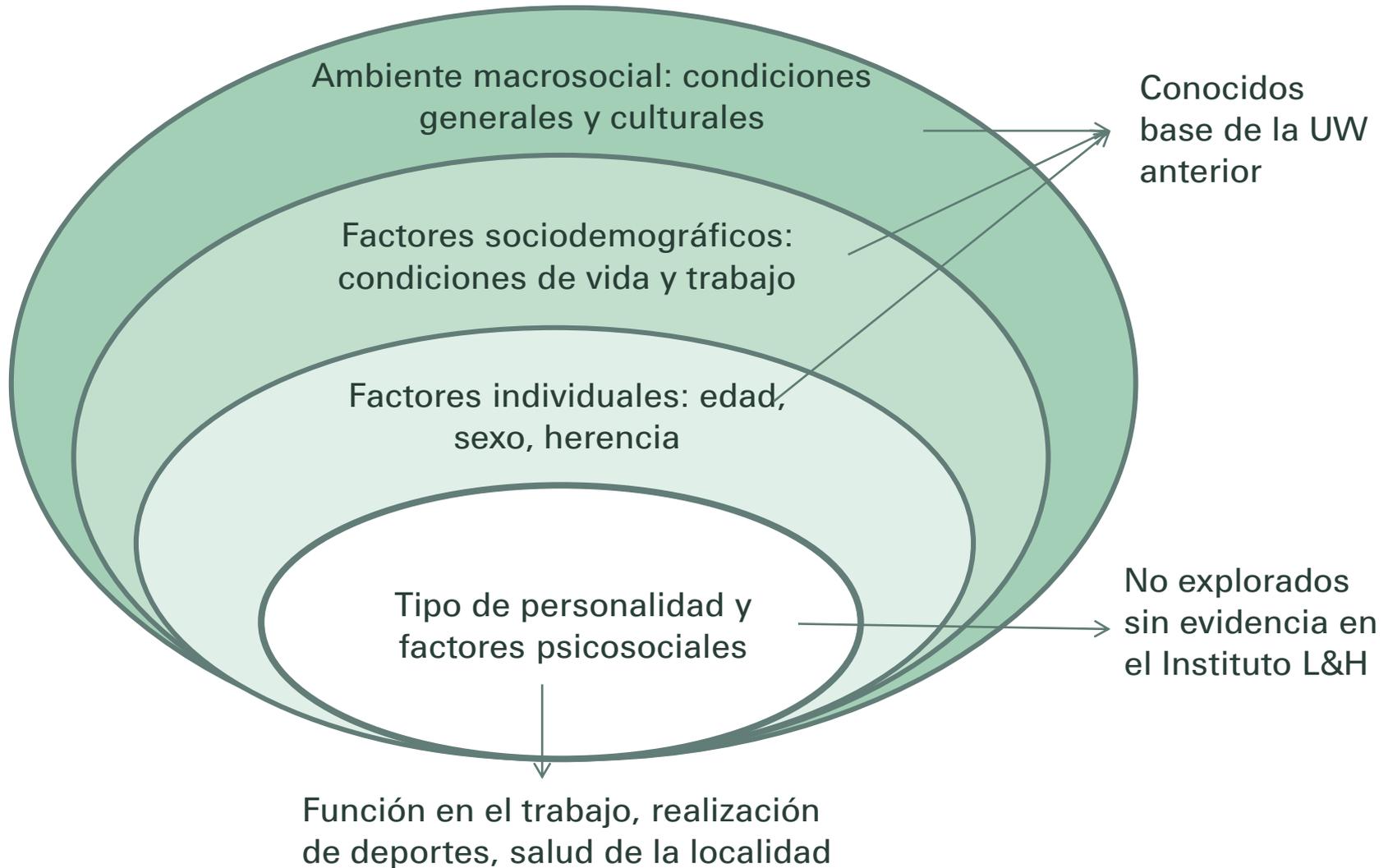
- Riesgo de mortalidad : los individuos con estrés experimentan un modesto incremento que se ha relacionado con:
 - cáncer que en un estudio fue levemente elevado, incluso cuando se controló para el hábito de fumar
 - varios factores (edad y co-morbilidades psiquiátricas)
- Enfermedades graves: el estrés se asocia con riesgo elevado de enfermedades físicas (enfermedades respiratorias, cardíacas y demencia)
- Riesgo de invalidez: estudios que demuestran que incluso niveles modestos de estrés se asocian con riesgo elevado
 - la investigación sugiere que los índices de estrés son importantes marcadores del riesgo aunque un formal diagnóstico de trastorno relacionado con estrés no haya sido realizado
 - marcadores como la ausencia laboral debido al estrés puede probar detalles alrededor del riesgo de siniestros de invalidez

Se agruparon en dos grupos de riesgo:

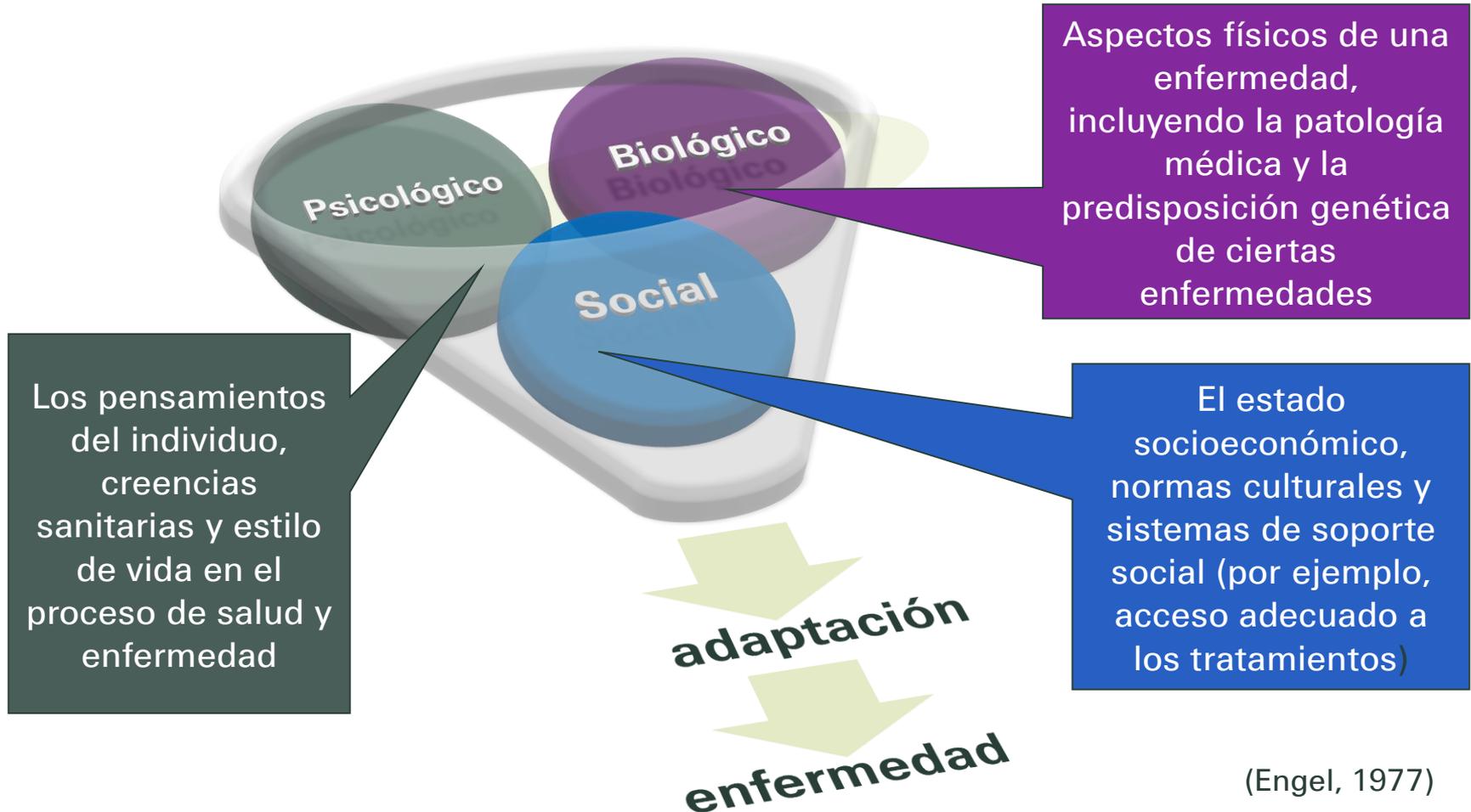
- **Riesgo similar (incluido en un único apartado)**
 - trastornos de ansiedad
 - trastornos del estado de ánimo o del humor
 - estrés y trastornos de adaptación
- **Riesgo diferente (individualizados)**
 - trastornos de la personalidad
 - trastornos de somatización
 - trastornos del comportamiento
 - trastornos emocionales

La inclusión de los factores biopsicosociales en la tarificación

Valoración tradicional del riesgo



Modelo biopsicosocial



(Engel, 1977)

Inclusión de los factores biopsicosociales: Adaptación

Factores utilizados

- Sólida evidencia de que ciertos factores psicológicos protegen (resistencia /adaptación) contra el estrés y la enfermedad
- La falta de factores de adaptación a los estresantes externos o internos puede volverse aparente mediante comportamientos sanitarios:
 - ausencias laborales por enfermedad
 - nº de visitas al médico general
- Estos factores pueden ser medidos y predicen la ausencia de enfermedad o el riesgo de siniestros y son útiles para asegurar dicho riesgo y las prestaciones de invalidez

Factores biopsicosociales: Investigación sobre número de visitas al médico general

- El número de visitas al MG, basados en seguimiento durante largos periodos de la población normal, tiene valor predictivo de
 - las bajas por enfermedad
 - y prestaciones por invalidez
- Un estudio del 2010 encontró que los individuos con TM que tuvieron dificultad para mantener el empleo, pueden ser identificados tres años antes de la solicitud de beneficios a largo plazo (mala salud)
 - los autores identifican un punto de corte de 10 visitas al año al MG dentro de los últimos 12 meses para clasificar estos individuos como personas que solicitarán prestaciones de invalidez con frecuencia

Factores biopsicosociales: Investigación sobre la historia de bajas por enfermedad

- Un estudio del 2012 encontró que la historia de bajas por enfermedad fue:
 - a) la variable de mayor influencia en la probabilidad de una enfermedad de larga duración
 - b) tiene un efecto negativo sobre el retorno al trabajo
- Otro estudio del 2009 encontró una fuerte relación entre la historia de baja laboral y obtener una pensión de invalidez, tanto en hombres como mujeres, después de ajustar el efecto del estado civil, la educación, el tamaño de la vivienda, el tabaquismo, etc.

Ambos factores se consideran medidas útiles de la resistencia y reflejan como el individuo es afectado por el trastorno mental

Conclusiones

- La mortalidad y la morbilidad de los candidatos con TM están incrementadas y dependen del tipo de trastorno
 - la severidad de los trastornos mentales no siempre esta disponible y es altamente subjetiva
 - las co-morbilidades psíquicas y físicas son comunes
- Existen factores (intentos de suicidio previo, historia de abuso de drogas) que contribuyen también al riesgo de mortalidad y morbilidad
- Se usan medidas de severidad más objetivas, al considerar como el trastorno afecta al individuo (modelo BPS)
 - el número de visitas al médico general y la duración de las bajas laborales previas son medidas útiles del impacto del trastorno mental y de cómo afecta al individuo e indican la probabilidad de invalidez
- La tarificación revisada toma en cuenta estos aspectos

Enfoque en Life Guide

Enfoque en Life Guide: Vida, Enfermedades Graves

- Las tarificaciones de Vida y Enf. Graves tras una revisión exhaustiva han requerido sólo ajustes leves y se han podido simplificar
- Los aspectos más relevantes son:
 - el tipo de diagnóstico continua siendo básico en la clasificación del riesgo
 - se han agrupado algunos padecimientos por riesgo similar
 - supresión de la severidad como parámetro de clasificación de riesgo
 - introducción de los periodos de edad dentro de todas las tarificaciones de mortalidad y morbilidad, a fin de tener en cuenta la reducción del riesgo relativo (pero no absoluto) con la elevación de la edad
- Los TM incrementan poco la incidencia de enfermedades graves

Tarificación actual en Life Guide: Vida I

Trastornos del estado de ánimo, **ansiedad**, estrés y trastornos adaptativos Tarificaciones vida

Clasificación del riesgo	Vida		
	Depresión, síntomas depresivos, sin diagnóstico firme de Depresión mayor	Síntomas de o ansiedad generalizada, síntomas de o trastorno de ataques de pánico, fobia específica	Reacción por duelo o Trastorno adaptativo
▼ Diagnóstico principal:			
▼ Síntomas presentes o recuperado, posiblemente aún bajo tratamiento¹:			
< 45 años	+50	+50	+50
45-64 años	+25	+25	+25
≥ 65 años	TN	TN	TN
Combinación de cualquiera de: síntomas depresivos ⁵ , ansiedad generalizada, ataque de pánico, reacción por duelo o dolor o trastorno adaptativo		Agregar +25	
Sin síntomas presentes, recuperado o con buen control, posiblemente aún bajo tratamiento ¹ , sin impedimentos para realizar su ocupación o las actividades de la vida diaria		Considerar TN	
▼ Diagnóstico principal:	Trastorno por estrés agudo		
Con síntomas en los últimos 6 meses	A		
▼ Sin síntomas presentes, recuperado o con buen control, posiblemente aún bajo tratamiento¹, sin impedimentos para realizar su ocupación o las actividades de la vida diaria:			
< 45 años	+50		
45-64 años	+25		
≥ 65 años	TN		

Tarificación actual en Life Guide: Vida II

Diagnóstico principal	Depresión mayor	Trastorno bipolar	Agorafobia, fobia social o Trastorno obsesivo compulsivo
< 45 años	+752	+150	+75
45-64 años	+502	+100	+50
≥ 65 años	+252	+50	+25
Combinación con cualquiera de los diagnósticos principales de arriba	Agregar +25		
Diagnóstico principal	Trastorno por estrés postraumático		
Síntomas presentes	A		
<input type="checkbox"/> Sin síntomas presentes, recuperado o con buen control, posiblemente aún bajo tratamiento ¹ , sin impedimentos para realizar su ocupación o las actividades de la vida diaria			
Factores adicionales:			
Con hospitalización en los últimos 5 años	Agregar +25		
Con otro trastorno de salud mental o síntomas somáticos asociados	Ver la página del trastorno correspondiente y añadir a las tarificaciones de arriba		
Con historia de intento de suicidio o ideación	Agregar las tarificaciones de Intento de Suicidio a las anteriores		
Historia de consumo de drogas o alcohol	Agregar la tarificación correspondiente a Abuso de drogas o alcohol a las anteriores		
Consumo actual de drogas o alcohol	R		
Con bajo peso (IMC ≤16)	Agregar las tarificaciones del Calculador de riesgo cardiovascular y diabetes a las anteriores, y considerar si existe un trastorno de la conducta alimentaria asociado		
Con otro problema físico de salud asociado	AI		

Cambios en Life Guide: RI, ITP, IAP

- La tarificación ahora se basa en un sistema de puntos que consta de cuatro etapas, a su vez basadas en los principales factores pronósticos, a saber:
 - diagnóstico y comorbilidades psiquiátricas
 - tiempo desde el último síntoma
 - factores de comportamiento
 - factores adicionales (intentos de suicidio, tratamiento hospitalario)
- Algunos factores resultan en inmediato rechazo (abuso de drogas)
- En cada etapa se obtienen unos puntos de acuerdo al caso individual
- El resultado es un score total (suma de los cuatro apartados) o rechazo
- La tarificación se determina trasladando el score a una tabla de riesgo

Tarificación actual Life Guide: Invalidez I

Clasificación del riesgo	RI
Añadir los puntos relevantes de cada uno de los siguientes Pasos y proceder entonces a las Tablas de tarificación de abajo	
▼ Paso 1 - Diagnóstico:	
▼ Trastornos del estado de ánimo:	
Depresión, síntomas depresivos, sin diagnóstico firme de Depresión mayor	0 puntos
Depresión mayor	2 puntos
Trastorno bipolar	R
▼ Ansiedad:	
Síntomas o trastorno de ansiedad generalizada, síntomas o trastorno de pánico o fobia específica <small>Symptoms or disorder of generalized anxiety, symptoms or disorder of panic, phobia specific</small>	0 puntos
Trastorno obsesivo compulsivo o fobia social con diagnóstico confirmado	2 puntos
Agorafobia con diagnóstico confirmado	R
▼ Estrés y trastornos adaptativos:	
Reacción por dolor o duelo, síntomas de estrés o trastorno adaptativo	0 puntos
Trastorno por estrés agudo	1 punto
Trastorno por estrés postraumático, últimos síntomas ≤ 5 años	R
Trastorno por estrés postraumático, últimos síntomas > 5 años	5 puntos

Tarificación actual Life Guide: Invalidez I

▲ Paso 2 - Tiempo transcurrido desde los últimos síntomas:	
< 6 meses	A
6 meses - 1 año	2 puntos
> 1 año (SOLO reacción por dolor o duelo, síntomas de estrés o trastornos adaptativos)	0 puntos
1-3 años (todos los demás padecimientos)	2 puntos
> 3 años	0 puntos
▲ Paso 3 - Factores del comportamiento:	
▲ Número de días de baja laboral en los últimos 12 meses³:	
≤ 5	0 puntos
6 - 10	2 puntos
11 - 20	3 puntos
> 20	R
Desconocido	3 puntos
▲ Número de visitas con el doctor de medicina general en los últimos 12 meses⁵:	
≤ 10	0 puntos
> 10	2 puntos
Desconocido	2 puntos

Tarificación actual Life Guide: Invalidez II

▲ Paso 4 - Factores adicionales:	
Única hospitalización en los últimos 5 años	Ex
Múltiples hospitalizaciones en los últimos 5 años	R
Único intento de suicidio y/o ideación en los últimos 5 años	Ex
Múltiples intentos de suicidio en los últimos 5 años	R
Bajo peso (IMC ≤ 16) - considerar si existe un trastorno de la conducta alimentaria asociado y agragar las tarificaciones correspondientes	1 punto
Consumo de drogas o alcohol hace más de 5 años, ninguno desde entonces	Ex
Consumo de drogas o alcohol en los últimos 5 años	R
Con otro problema físico de salud asociado	AI

Tablas por puntos para Invalidez

▼ **Tabla de tarificación RI**

	RI			
	Tarificaciones por edad			
	< 35 años	35-49 años	50-59 años	≥60 años
0-1 puntos	TN	TN	TN	TN
2-4 puntos	+150/Ex	+100/Ex	+75/Ex	+25/Ex
5-8 puntos	Ex	Ex	Ex	Ex
>8 puntos	AI, usualmente R. Considerar la exclusión en circunstancias favorables			

Caso práctico: depresión mayor

- Candidato de 40 años
- Diagnosticado de depresión mayor
- Último síntoma fue hace 10 meses
- Ha faltado 10 días al trabajo (2 semanas)
- Acudió a su médico de cabecera en 4 ocasiones el último año
- No hospitalizaciones
- No ideas de suicidio
- No abuso de sustancias
- IMC normal

Factores
de
riesgo

trastorno
depresivo
mayor

últimos
síntomas
10 meses
antes

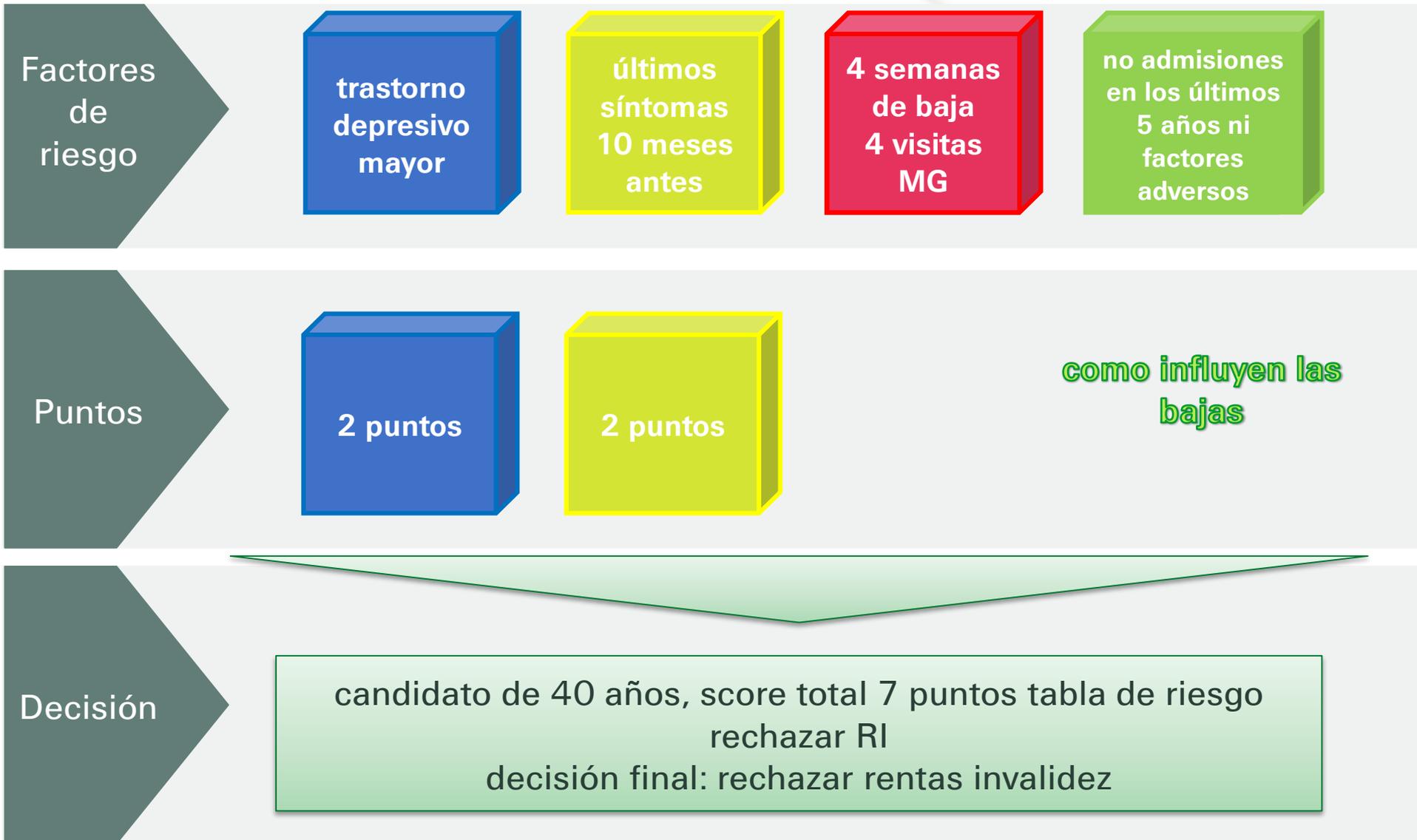
2 semanas
de baja y
4 visitas al
MG

No intento
de suicidio,
ni abuso de
sustancias

Puntos

Decisión

Candidato de 40 años, 6 puntos. Decisión final : Exclusión



Caso práctico: ansiedad generalizada

- Candidata de 38 años
- Diagnosticada de ansiedad generalizada
- Último síntoma hace 7 años
- Ausencia al trabajo < 5 días en los últimos 12 meses
- Acudió a su MG en cuatro ocasiones el último año
- No hospitalizaciones
- No ideas/intento de suicidio
- No abuso de sustancia
- IMC normal



AGERS

Asociación Española de
Gerencia de Riesgos y Seguros

Príncipe de Vergara, 86. 1ª Esc. 2º Izda

28006 Madrid - España

Tel.: 34 91 562 84 25

Fax: 34 91 562 56 47

E-mail: comunicacion@agers.es

www.agers.es

 @AGERS_

 AGERS – Alicia Soler



Legal notice

©2015 Swiss Re. All rights reserved. You are not permitted to create any modifications or derivative works of this presentation or to use it for commercial or other public purposes without the prior written permission of Swiss Re.

The information and opinions contained in the presentation are provided as at the date of the presentation and are subject to change without notice. Although the information used was taken from reliable sources, Swiss Re does not accept any responsibility for the accuracy or comprehensiveness of the details given. All liability for the accuracy and completeness thereof or for any damage or loss resulting from the use of the information contained in this presentation is expressly excluded. Under no circumstances shall Swiss Re or its Group companies be liable for any financial or consequential loss relating to this presentation.