

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AVENIDA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

SEDE: Hospital de Psiquiatría San Fernando

TITULO: Factores Asociados A La Pensión Por Invalidez Debida A Enfermedad Mental En El Hospital De Psiquiatría San Fernando: Un Estudio Comparativo Entre Pensionados Y No Pensionados.

T E S I S PARA OBTENER EL DIPLOMA DE: PSIQUIATRIA PRESENTA:

NOMBRE: Sugrañes Alfaro Norma Elena.

ASESORES: Teórico: Dr. Wáscar Verduzco Frágoso. Metodológico: Dr. Fernando Corona Hernández.

Handwritten signatures and marks on the right side of the page.

MEXICO, D.F.

Septiembre 2004

Stamp: SUBDIVISIÓN DE REGISTRO Y COORDINACIÓN DE GRADUADOS

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

Vn. Dn. DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mi padre, por que me ha seguido y apoyado toda la vida, sin importar las circunstancias en las que me encuentre.

A mi madre, por ser el eje alrededor del cual gira mi familia.

A mi hermana, sin cuyo auxilio estadístico esta tesis no hubiera sido posible.

A mi hermano, mi fuente oculta de fortaleza en momentos difíciles, porque el se enfrenta a un mundo mil veces más difícil del que yo pudiera enfrentarme.

A Samuel, que me ha enseñado a ver muchas cosas de la vida de una manera diferente de lo que yo la hacía, y a entender mucho mejor a mis pacientes.

A mis profesores de todos los niveles, de los cuales obtuve excelentes conocimientos académicos que me permitieron llegar a donde estoy.

A mis maestros, dentro y fuera del ámbito académico, de los cuales en ocasiones obtuve conocimientos académicos y en otros no, pero que invariablemente me dejaron una enseñanza práctica para la vida, y de los cuales espero conservar su amistad por todo el resto de mi vida.

A mis compañeros de residencia, que me dieron jalones y empujones para llegar a donde estoy, y con los cuales intercambié conocimientos.

A mis amigos, que han sido mis compañeros en los caminos que he recorrido, y de quienes he recibido apoyo de muchas maneras.

A todos los que de una u otra manera contribuyeron a mi educación.

INDICE:

Objetivos	3
Generales	3
Específicos	2
Marco Teórico.....	4
Costos Económicos para la sociedad	5
Incapacidades	6
Fact. Determinantes de los trastornos mentales y conductuales	6
Incapacidad para el trabajo	10
Pensiones	11
Definición del Problema	12
Justificación	13
Problemas a resolver	13
Hipótesis	14
Hipótesis nula	14
Hipótesis alternativa	14
Variables	14
Variable independiente	14
Variable dependiente	14
Diseño del estudio	15
Tipo de estudio	15
Material y métodos	15
Universo de trabajo	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de no inclusión	15
Tamaño de la muestra	15
Metodología	16
Procedimiento	16
Sistema de captación de la información	16
Análisis estadístico	16
Recursos humanos.....	16
Recursos materiales	16

Financiamiento del proyecto	17
Consideraciones éticas aplicables al estudio	17
Análisis de Resultados	18
Conclusiones	21
Referencias	23

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

1. Determinar el perfil sociodemográfico, psicosocial y clínico de los pacientes en el hospital Psiquiátrico de San Fernando, y su relación con la pensión por invalidez.

Objetivo Específicos:

1. Identificar los factores que se asocian con la pensión por invalidez, realizando un estudio comparativo entre pacientes psiquiátricos pensionados, y un grupo control con diagnóstico psiquiátrico, pero no pensionados.

MARCO TEORICO

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países; desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental la misma importancia que a la salud física

Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe el tratamiento más elemental (1).

En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y las adicciones. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales. Esta carga creciente supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas (1, 8).

Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias. De este modo, el sufrimiento persiste y los problemas aumentan (1).

Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales; que los trastornos mentales y del comportamiento asientan en el cerebro; que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos; y que en la mayor parte de los casos pueden diagnosticarse y tratarse de manera eficaz con relación al costo. El conjunto de nuestros conocimientos permite ofrecer a las personas con trastornos mentales o del comportamiento nuevas esperanzas de una vida plena y productiva en sus propias comunidades.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales:

- Formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones.

- Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención.

- Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves.

- Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos.

- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.

- Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.

- Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

COSTOS ECONÓMICOS PARA LA SOCIEDAD.

Estos trastornos imponen una serie de costos a los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Parte de esta carga económica es obvia y mensurable, pero parte de ella es casi imposible de medir. Entre los componentes mensurables de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delincuencia e inseguridad pública, y el impacto negativo de la mortalidad prematura.

Algunos estudios, en su mayoría procedentes de países industrializados, han estimado los costos económicos acumulados de los trastornos mentales. Concluyéndose que, en los Estados Unidos, el costo anual acumulado ascendía aproximadamente al 2,5% del producto nacional bruto; en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los costos de asistencia sanitaria: en los Países Bajos era del 23,2%, en el Reino Unido, sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22%. Aunque no se dispone de estimaciones científicas para otras regiones del mundo, es probable que también en ellas los costos de los trastornos mentales como proporción del conjunto de la economía sean elevados. Las estimaciones de los costos directos pueden ser bajas en los países con escasa disponibilidad y cobertura de la asistencia psiquiátrica, pero son cifras espurias. Los costos indirectos derivados de la pérdida de productividad son responsables de una proporción de los costos generales mayor que los directos (1, 6, 15).

Todas estas estimaciones de las evaluaciones económicas son muy probablemente inferiores a la realidad, ya que en su cálculo no se tienen en cuenta los costos que la pérdida de oportunidades lleva aparejados para los individuos y las familias.

INCAPACIDADES

La incapacidad médica se considera como una de las causas de suspensión temporal de la relación de trabajo y de pagar el salario sin responsabilidad para el trabajador y el patrón (Ley Federal del Trabajo, capítulo III, artículo 42, fracciones I y II), además, se debe tener en cuenta que la incapacidad médica temporal para el trabajo es una prestación otorgada con base en la Ley del Seguro Social vigente (Nueva Ley del Seguro Social, artículos 96 al 98) (2, 3)

Médicamente, la incapacidad se considera que forma parte del tratamiento que se proporciona a un enfermo, ya que se refiere a la pérdida de capacidad funcional que presenta una persona con relación a su padecimiento y a su actividad laboral específica, en la que el trabajo que desempeña, se debe valorar para equilibrar y responder que tanto el diagnóstico emitido limita temporal, parcial o totalmente al trabajador para realizarlo.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social es la única institución facultada para justificar las faltas de asistencia por incapacidad por enfermedad, en el caso de los trabajadores.

De acuerdo con la Nueva Ley del Seguro Social, se especifica, que el asegurado tiene derecho, en caso de enfermedad no profesional, a un subsidio en dinero cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. Este subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure esta y hasta el término de 52 semanas, pudiéndose prorrogar el pago del subsidio hasta por 26 semanas más. El subsidio se percibirá cuando el asegurado tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores ala enfermedad. Por otra parte el subsidio en dinero se otorgará de acuerdo a un porcentaje establecido en la misma Ley (Ley Del Seguro Social, sección tercera, artículos 104, 105, 106) (3).

FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES

La prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento están determinadas por diversos factores. Se trata de factores sociales y económicos, factores demográficos como el sexo y la edad, amenazas graves como conflictos y desastres, la presencia de enfermedades físicas importantes, y el entorno familiar; todos ellos se describen a continuación para ilustrar su repercusión en la salud mental.

POBREZA

La pobreza y las condiciones asociadas de desempleo, bajo nivel de instrucción, privación y carencia de hogar no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable de habitantes de los países ricos. Los datos de encuestas multitransnacionales llevadas a cabo en el Brasil, Chile, la India y Zimbabwe demuestran que la tasa de los trastornos mentales más frecuentes es aproximadamente dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos. En los Estados Unidos se comprobó que el riesgo de trastornos era mayor en los niños de las familias más pobres, en una proporción de 2:1 para los trastornos del comportamiento y de 3:1 para los trastornos comórbidos. En una

revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1:1 para la prevalencia en un año y de 1,4:1 para la prevalencia a lo largo de la vida. Se han registrado resultados similares en estudios recientes de América del Norte, América Latina y Europa (1, 4, 7, 11)

Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Ahí podrían intervenir variables relacionadas con los servicios, como por ejemplo barreras en el acceso a la asistencia. Los países pobres disponen de pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza y los factores asociados, como la falta de cobertura del seguro médico, los menores niveles de instrucción, el desempleo, y la situación de minoría racial, étnica o idiomática, alcanzan barreras infranqueables para el acceso a la asistencia. En la mayor parte de los trastornos mentales el desfase terapéutico es grande, pero para la población pobre es enorme. Además, las personas pobres revelan a menudo aspectos problemáticos de su salud mental cuando solicitan tratamiento por trastornos físicos (9).

No se ha estudiado sistemáticamente la relación entre los trastornos mentales y conductuales, en particular los debidos al consumo de alcohol, y el desarrollo económico de las comunidades y los países. Se ha observado, no obstante, que a nivel de las comunidades y los países podría estar funcionando en las familias el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales (24).

SEXO

En el estudio de la prevalencia, las causas y la evolución de los trastornos mentales y conductuales se está prestando cada vez más atención a las diferencias en función del sexo.

En siglos anteriores era mayor la proporción de mujeres entre los internos de hospitales psiquiátricos y otros centros de tratamiento, pero no se sabe con certeza si los trastornos mentales eran realmente más frecuentes entre las mujeres, o si éstas eran internadas con mayor frecuencia para recibir tratamiento.

Estudios recientes de ámbito comunitario y metodológicamente bien fundados han puesto de manifiesto algunas diferencias interesantes. La prevalencia global de trastornos mentales y del comportamiento no parece diferir entre la población masculina y la femenina (30).

Sin embargo, la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas o los de personalidad antisocial son más frecuentes entre los hombres. Casi todos los estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre las mujeres, en una proporción comprendida habitualmente entre 1,5:1 y 2:1. Se han observado resultados similares no sólo en países desarrollados sino también en cierto número de países en desarrollo. Es interesante señalar que las diferencias entre las tasas de depresión de la población masculina y la femenina guardan una estrecha relación con la edad; las diferencias

son máximas en la vida adulta, no existen en la infancia y son escasas en los ancianos (10, 11).

Se han propuesto muchas explicaciones de esa mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la población femenina. Sin duda desempeñan algún papel factores genéticos, o cuando menos biológicos, como lo indica en particular la estrecha relación temporal observada entre la mayor prevalencia y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que conllevan. Están bien documentadas las variaciones del estado de ánimo asociadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio(28, 29).

Otra explicación para las diferencias de género en la esfera de los trastornos mentales más frecuentes es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas las mujeres. La violencia doméstica está presente en todas las regiones del mundo, y las mujeres son las principales víctimas. En una revisión de estudios de la OMS se constató que la prevalencia de la violencia doméstica a lo largo de la vida oscila entre el 16% y el 50%. También la violencia sexual es frecuente; se ha estimado que una de cada cinco mujeres sufre una violación o un intento de violación a lo largo de su vida. Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias psicológicas, y las más frecuentes son la ansiedad y la depresión (12, 27).

A diferencia de los trastornos de ansiedad y depresión, las enfermedades psiquiátricas graves como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar no muestran diferencias nítidas en cuanto a la incidencia o la prevalencia. Sin embargo, la esquizofrenia parece tener un comienzo más temprano y una evolución más discapacitante en la población masculina. Casi todos los estudios muestran que los trastornos por abuso de sustancias y la personalidad antisocial son mucho más frecuentes en los hombres.

La comorbilidad es más frecuente en la población femenina. Por lo general, se manifiesta como la coexistencia de trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos; estos últimos consisten en la presencia de síntomas físicos no debidos a enfermedades físicas. Se ha comprobado que las mujeres refieren un mayor número de síntomas físicos y psicológicos que los varones (30).

También se ha documentado la mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos a las mujeres; consisten en ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos. Este mayor uso de medicamentos puede explicarse en parte por la mayor prevalencia de los trastornos mentales más comunes y porque es más frecuente que las mujeres soliciten ayuda. Probablemente influya también en grado significativo el comportamiento de los médicos, que tienden a inclinarse por la opción más cómoda de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja que en realidad exige medidas psicológicas (1, 31).

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y el trastorno de personalidad antisocial en la población masculina es una constante en todo el mundo. Sin embargo, en muchas regiones está aumentando rápidamente la tasa de trastornos por uso de sustancias en la población femenina. Son también las mujeres quienes soportan la carga de

la asistencia a las personas con enfermedades mentales en la familia. Esta situación cobra mayor importancia a medida que aumenta el número de individuos con trastornos mentales crónicos cuya asistencia corre a cargo de la comunidad (13).

EDAD

La edad es un importante factor determinante de los trastornos mentales. En conjunto, la prevalencia de algunos trastornos tiende a aumentar con la edad. Entre ellos predomina la depresión, frecuente en la población anciana: los estudios indican que entre el 8% y el 20% de estas personas son atendidas en la comunidad, y el 37% de las atendidas en el nivel primario padecen depresión. En un estudio reciente basado en una muestra comunitaria de personas mayores de 65 años se registró una tasa de depresión del 11,2%. Sin embargo, en otro estudio también reciente, la prevalencia puntual de los trastornos depresivos era del 4,4% en las mujeres y del 2,7% en los varones, aunque las cifras correspondientes para la prevalencia a lo largo de la vida eran del 20,4% y del 9,6%. La depresión es más frecuente en las personas ancianas con problemas de discapacidad física. La presencia de depresión aumenta la discapacidad en esa población (1, 18).

En las personas de la tercera edad, los casos de depresión que quedan sin diagnosticar son incluso más frecuentes que en los adultos jóvenes, porque a menudo se consideran erróneamente manifestaciones del envejecimiento.

FACTORES FAMILIARES Y AMBIENTALES

Los trastornos mentales están firmemente enraizados en el entorno social del individuo, y su aparición, evolución y pronóstico dependen de diversos factores sociales.

Durante su vida, las personas atraviesan por una serie de acontecimientos significativos, tanto menores como de gran importancia. Pueden ser, además, favorables (como un ascenso laboral) o adversos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la quiebra de un negocio). Se ha constatado la acumulación de acontecimientos vitales inmediatamente antes de la aparición de trastornos mentales. Aunque son los acontecimientos adversos los que predominan antes de la aparición o la recidiva de los trastornos depresivos, en el caso de otros trastornos mentales se observa una mayor frecuencia de todo tipo de acontecimientos (adversos y favorables). Los estudios indican que todos los acontecimientos significativos de la vida actúan como factores estresantes y que, al sucederse de forma rápida, predisponen al individuo a los trastornos mentales. El efecto no se limita a dichos trastornos: también se ha demostrado su asociación con ciertas enfermedades físicas, como el infarto de miocardio (32).

Los acontecimientos vitales sólo son, claro está, uno de los diversos factores (como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento) que intervienen en la génesis de los trastornos.

Dentro de la familia, el entorno social y emocional desempeña también un papel en los trastornos mentales. Aunque hace tiempo que se intenta relacionar las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia y la depresión, con el entorno familiar, recientemente

se han logrado algunos progresos definitivos. Se ha correlacionado inequívocamente el entorno social y emocional dentro de la familia con las recidivas de la esquizofrenia, pero no necesariamente con la aparición de la enfermedad.

Según la observación inicial, las recaídas eran más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos que regresaban al domicilio para permanecer con su familia después de un periodo de hospitalización. Este hecho impulsó algunas investigaciones sobre las causas de este fenómeno. En la mayoría de los estudios se ha utilizado el concepto de «emociones expresadas» de los miembros de la familia hacia la persona esquizofrénica. En estos estudios, las emociones expresadas consistían en comentarios críticos, hostilidad, excesiva implicación emocional y calidez afectiva (1).

Gran número de estudios de todas las regiones del mundo han demostrado que la afectividad expresada puede predecir la evolución de la esquizofrenia, incluidas las recidivas. Se tiene también constancia de que la modificación del entorno afectivo en las familias puede tener un efecto aditivo respecto a la prevención de las recidivas con antipsicóticos. Estos datos son útiles para mejorar la asistencia de determinados pacientes dentro de su entorno familiar y recordar también la importancia de los factores sociales en la evolución y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas graves como la esquizofrenia (21, 22).

LA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO:

La incapacidad para el trabajo se considera desde el punto de vista médico - técnico, como toda situación en la que el individuo presente alguna alteración en su dotación anatómica, fisiológica o mental que le impida trabajar. Considerando al trabajo como un recurso natural del hombre para subsistir y como el medio idóneo para integrarse a la sociedad, la incapacidad para el trabajo se traduce en un problema de tipo económico - social que presenta diversas variantes de tipo actuarial. Para cubrir esta eventualidad, las instituciones de Seguridad Social tienen establecidas prestaciones económicas y en especie que se ajustan a la Ley Federal del Trabajo. La incapacidad para el trabajo presenta variantes dependiendo de varios factores:

- ❖ Por su origen puede ser congénita o adquirida.
- ❖ La adquirida puede o no ser consecuencia de un riesgo de trabajo.
- ❖ En cuanto a vigencia puede ser temporal o permanente.
- ❖ Con respecto a la integridad anatómica, fisiológica o mental puede ser parcial o total.
- ❖ En cuanto a la función social puede ser para un trabajo específico, para cualquier trabajo, para actividades escolares o para actividades de la vida diaria.

La incapacidad es la expresión del concepto o juicio que el médico se ha formado sobre una situación determinada con respecto a la salud, la integridad o la vida del hombre en relación con el trabajo (2).

Este concepto o juicio se sustenta en los elementos de tipo médico-técnico, legal y administrativo que emana del estudio integral del caso.

Médicamente la incapacidad se considera como parte integral del tratamiento que se proporciona a un enfermo, ya que se refiere a la pérdida de capacidad funcional que presenta una persona con relación a su padecimiento y a la actividad laboral específica que desempeña.

PENSIONES

Es la prestación económica que se paga en forma de renta mensual al asegurado o a sus beneficiarios, al acontecer algunos de los riesgos protegidos por la Ley y reunir los requisitos que la misma establece. Las pensiones que cubre el IMSS son: Incapacidad Permanente Parcial o Total; Invalidez; Retiro; Vejez; Cesantía en Edad Avanzada y las derivadas de la muerte del asegurado que son: Viudez, Orfandad y Ascendientes. Se otorgan con fundamento en el número de semanas cotizadas y en el salario declarado al Instituto.

Es una función sustantiva con la que se cumple uno de los objetivos básicos de la Institución, el relativo a garantizar los medios de subsistencia de los derechohabientes, a través del otorgamiento de las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social que son pensiones, subsidios y ayudas (2, 3).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

Existe a nivel mundial, un profundo desconocimiento de los factores que se asocian con la discapacidad laboral por enfermedades mentales. Algunos estudios sugieren que en la atención médica a nivel general, se encuentran pacientes que tienen más de un padecimiento psiquiátrico que no ha sido diagnosticado, observándose además, que el hecho de realizar o no el diagnóstico de manera correcta, no altera el nivel de discapacidad, pero sí lo hace la prontitud con que se recibe la atención psiquiátrica (5, 21, 23).

En cuanto a incapacidades temporales, se ha encontrado una repercusión muy importante entre el padecer una enfermedad mental y el dispendio de recursos económicos por parte de los patrones, observándose, que los pacientes que pierden más días laborales al año, son aquellos con trastornos depresivos, ansiosos o de personalidad; sin embargo no se cuenta con estudios de este tipo en pacientes con incapacidad permanente (14, 16).

En Estados Unidos, se ha observado que en él "Top Ten" de las enfermedades mentales más costosas se encontraron: el trastorno bipolar, depresión, alcoholismo, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos neuróticos no especificados, trastornos de personalidad y otros no psicóticos, así como psicosis; estableciéndose programas de rehabilitación. En nuestro país es importante realizar estos estudios, para tratar de incidir en los programas de rehabilitación de estos pacientes, recordando que en estos períodos de incapacidad la atención del paciente es deficiente, no se resuelve su problema de salud, y se presentan complicaciones, tanto de índole médico, como psicológicas y económicas tanto para el trabajador como para su empresa y su familia (8, 19).

JUSTIFICACIÓN:

Pese a los avances en el conocimiento de los trastornos mentales y del comportamiento, se desconocen aún muchas de las variables que influyen en la aparición de los trastornos mentales, en su evolución y en el éxito del tratamiento.

Los sistemas de salud mental están siendo objeto de grandes reformas en muchos países. Es de destacar que esas reformas fueron desencadenadas inicialmente por factores ideológicos, por la aparición de nuevos modelos de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y por la creencia de que las formas alternativas de tratamiento comunitario serían más costoeficaces.

Los estudios económicos de las estrategias de tratamiento, prevención y promoción aportan una valiosa información para elegir y planificar racionalmente las intervenciones (17).

Aunque se han hecho algunas evaluaciones económicas de intervenciones para ciertos trastornos mentales y conductuales (p. Ej., esquizofrenia, trastornos depresivos y demencia), apenas hay evaluaciones económicas de las intervenciones en general. Y una vez más la gran mayoría de los estudios proceden de países industrializados (20).

En todos los países, es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones sobre los costos de la enfermedad mental, así como evaluaciones económicas de los programas de tratamiento, prevención y sensibilización.

Problemas a resolver:

Conocer los factores que se asocian con la pensión definitiva por enfermedad mental, y que inciden directamente en su aparición, para obtener datos que nos permitan lograr el realizar programas específicos que disminuyan la pérdida económica en este sentido, y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

- No existen factores que se asocien con la incapacidad definitiva.

HIPÓTESIS

- Existen factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos que determinan la incapacidad definitiva.

VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Todos los factores que se asocian con la incapacidad definitiva.

VARIABLE DEPENDIENTE.

- El dictamen de pensión.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, retrospectivo, transversal y comparativo.

MATERIAL Y METODOS:

UNIVERSO DE TRABAJO:

- Expedientes de pacientes del HPSF, de los cuales se tomarán expedientes de pacientes que hayan sido vistos en hospitalización o consulta externa en el año 2003.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Expedientes de pacientes del HPSF, que cuenten con el dictamen de invalidez por diagnóstico psiquiátrico y pacientes sin dicho dictamen.
- Que dichos expedientes clínicos se encuentren completos.

CRITERIOS DE NO-INCLUSIÓN:

- Expedientes de pacientes que no cuenten con expediente clínico completo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- 200 expedientes de pacientes, 100 en el grupo de pacientes con incapacidad definitiva y 100 en el grupo control.

METODOLOGIA

PROCEDIMIENTO:

Se solicitará la autorización de los directivos del HPSF, para hacer uso del archivo clínico.

Se revisarán expedientes de pacientes que hayan sido vistos en hospitalización o consulta externa en el año 2003, tomados del diario de valoraciones, identificando aquellos que son pensionados por haberse identificado con el tarjetón de pensionados, y aquellos que no lo son por haberse identificado con el aviso de afiliación correspondiente, hasta completar ambos grupos.

Se identificarán los factores relacionados con la expedición del certificado de pensión.

Los factores a identificar son: número de internamientos, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución del padecimiento, así como antecedentes heredofamiliares y personales patológicos, y exámenes de laboratorio y gabinete realizados.

La información será concentrada en hojas de control y se realizará el análisis de los resultados.

SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Por medio de una hoja de concentración, en donde se consignarán todos los datos registrados.

ANALISIS ESTADISTICO:

En primera instancia se realizará un análisis de tipo descriptivo de los datos utilizando medidas de tendencia central, prueba de Chi cuadrada, análisis de varianza, y coeficiente de correlación y riesgo relativo con un nivel de confianza de 0.95 y un alfa de 0.05.

RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS.

Anotación médico- evaluador.

RECURSOS MATERIALES EMPLEADOS.

Expedientes clínicos.

Hojas de papel.

Bolígrafo, lápiz, goma.

Máquina de escribir.

Computadora.

Programa estadístico SPSS 11.0

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.

Es financiable por los recursos propios del investigador.

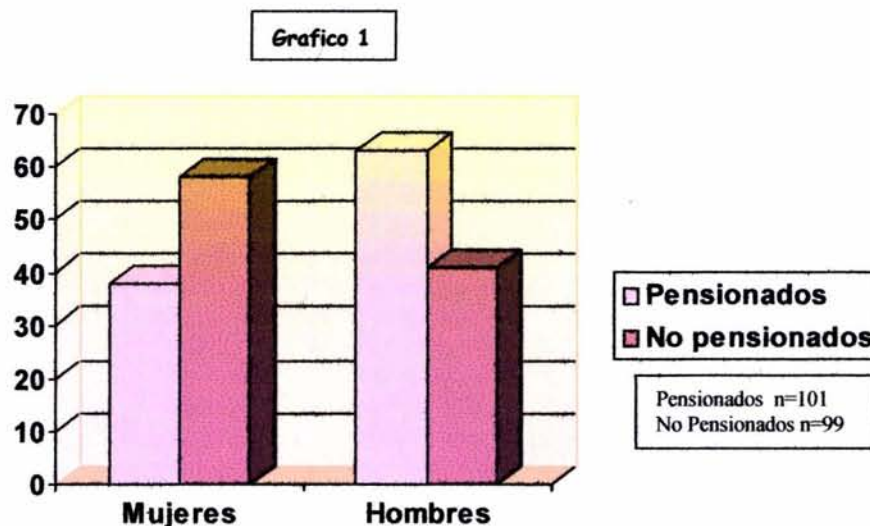
CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO.

Cumple con las consideraciones éticas de la S.S.A., I.M.S.S., y de los postulados de Helsinki con su modificación en Tokio.

ANALISIS DE RESULTADOS

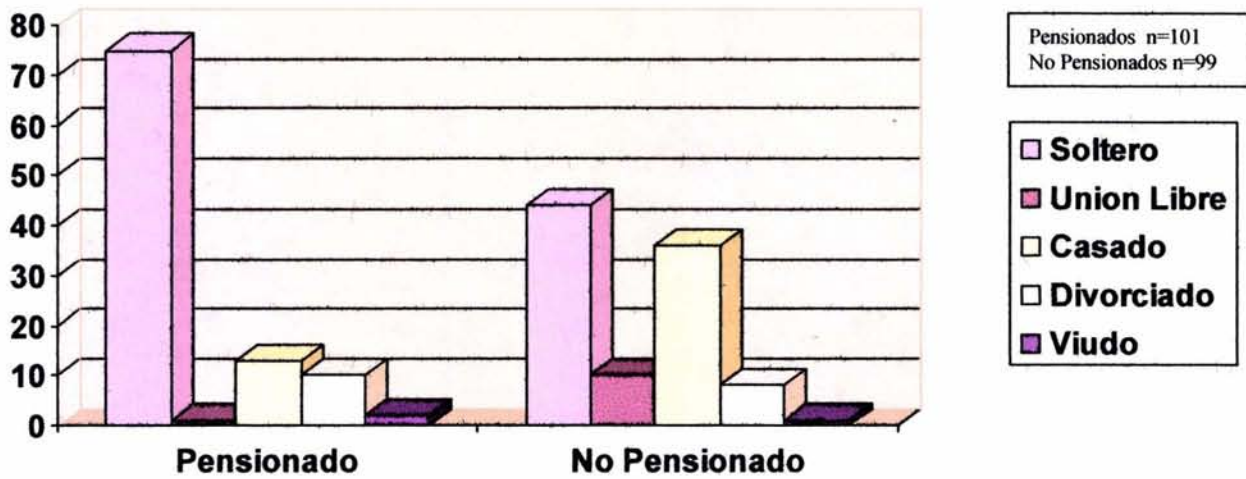
En el grupo de pensionados, encontramos 38 mujeres y 63 hombres (Grafico 1), con una edad promedio de 42 años, en cuanto al estado civil 75% fueron solteros (Grafico 2). Con un nivel predominante de escolaridad de secundaria (35%) (Grafica 3).

El número promedio de internamientos fue de 4.82, y el promedio de evolución de la enfermedad fue de 19.1 años, pasando 1 año desde el inicio de la enfermedad hasta el inicio de tratamiento. Los diagnósticos predominantes fueron Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.



En el grupo de los no pensionados, encontramos 58 mujeres y 41 hombres, con un promedio de edad de 36 años (Grafico 1), predominando como estado civil soltero 43.6% y casado con 35.6% (Grafico 2), con niveles de escolaridad predominante de bachillerato 29.7% y secundaria 28.7% (Grafico 3), con un número promedio de internamientos de 2.6, un tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 0.75 años, y 2 años en promedio desde el inicio de la enfermedad al inicio del tratamiento.

Grafico 2



En cuanto a Dx predominaron los trastornos de personalidad y afectivos.

Grafico 3



Se obtuvieron los coeficientes de correlación (Tabla 1), encontrando únicamente correlaciones débiles, la mayor fue para tiempo de evolución con 0.316, posteriormente con edad de 0.210 y con sexo de 0.209. Existió una correlación inversa de 0.203 con estado civil. El resto de las correlaciones no fueron significativas.

Se calculó Chi cuadrada y el valor de P para todas las variables (Tabla 1).

Tabla 1	Chi Cuadrada	Grados de libertad	Valor d P.	Co ficient e d Correlació n
Sexo	8.801	1	0.003	0.209
Edad	13.068	5	0.022	0.210
Número de internamientos	10.283	4	0.035	- 0.186
Tiempo de evolución de la enfermedad	26.088	4	0.000	-0.254
Tiempo de evolución al inicio del tratamiento	9.607	4	0.047	0.316
Estado Civil	26.773	4	0.000	-0.203
Religión	8.538	8	0.382	-0.032
Escolaridad	18.064	6	0.006	0.222
Ocupación	7.254	6	0.247	-0.052
Diagnóstico	56.933	9	0.000	0.127
Antecedentes Heredofamiliares Diabetes M.	0.411	1	0.521	0.045
Antecedentes Heredofamiliares Hipertensión	0.170	1	0.680	0.029
Antecedentes Heredofamiliares Crisis Conv.	0.230	1	0.631	0.033
Antecedentes Heredofamiliares Retraso M.	1.601	1	0.205	0.089
Antecedentes Heredofamiliares Neoplasias	2.317	1	0.127	0.107
Antecedentes Heredofamiliares Psiquiátricos	4.500	1	0.033	-0.150
Otros Antecedentes Heredofamiliares Imp.	1.200	1	0.273	0.077
Antecedentes Personales Diabetes Mellitus	0.980	1	0.322	0.070
Antecedentes Personales Hipertensión	0.001	1	0.974	-0.007
Antecedentes Personales Crisis Conv.	2.638	1	0.104	0.114
Antecedentes Personales T. Craneoencefálico	0.071	1	0.784	0.018
Antecedentes Personales T. craneal simple	4.363	1	0.367	0.147
Antecedentes Personales Perinatales	3.060	1	0.080	0.123
Antecedentes Personales Toxicomanías	1.334	1	0.248	-0.081
Otros Antecedentes Personales de imp.	1.346	1	0.245	0.082
Electroencefalograma	3.084	1	0.079	0.124
Electrocardiograma	0.006	1	0.982	-0.005
Bh	0.980	1	0.322	0.070
QS	0.001	1	0.974	-0.001
EGO	0.004	1	0.949	-0.004
VDRL	0.000	1	1.000	-0.001
Otro estudio anormal	1.271	1	0.259	0.097

CONCLUSIONES

En nuestro país, en los conteos de población y económicos, se ha encontrado que de cada 100 pensionados, 61 son hombres y 39 mujeres, proporción que se mantiene en nuestro estudio, ya que encontramos 64 hombres y 36 mujeres, sin embargo existe diferencia en cuanto a la edad, ya que se menciona en dichos conteos que a partir de 60 años comienza a manifestarse una importante diferencia a favor de los hombres; en esta población, nosotros encontramos las mayores incidencias en pensiones en los grupos de 35 a 60 años, lo cual nos habla de que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico se pensionan a edades mucho más tempranas que otro tipo de diagnósticos. El hecho de que haya más hombres que mujeres pensionados puede ser explicado porque en nuestro país, las mujeres frecuentemente no laboran de manera formal, o interrumpen las labores al iniciar a procrear, además de que los diagnósticos que predominan en las mujeres (ansiedad y depresión), no son causales de pensión, y que las enfermedades más asociadas a esta, tanto en la población estudiada como en reportes nacionales e internacionales, son los trastornos psicóticos, principalmente la esquizofrenia, y trastornos relacionados; los cuales en nuestro país ocupan el lugar número catorce como causa de invalidez, y que en nuestro estudio, fue la que más se asoció con el certificado de invalidez, y que inicia a edades más tempranas en el hombre y es mucho más incapacitante en los mismos. Sin embargo, ya segregando las incapacidades por enfermedad mental, se encuentra que existen porcentajes casi iguales en hombres y mujeres, siendo ligeramente mayores en estas últimas (24.9 en hombres versus 34 en mujeres), lo cual no se observa en nuestro estudio (25).

En cuanto al nivel de escolaridad, encontramos que para los discapacitados en nuestro país, el nivel de escolaridad es ninguno en un 63.3 %, primaria en 18.1, secundaria en 7.2, bachillerato en 5.4, y profesional en 3.6, alcanzando un 2.1% a realizar un postgrado, manteniéndose los niveles similares en hombres y mujeres, sin embargo en nuestro trabajo, encontramos que el nivel predominante era secundaria para los pensionados y secundaria y bachillerato para los no pensionados; lo cual se encuentra aún por encima de la media nacional que es predominantemente sin instrucción, lo cual se explica predominantemente porque la mayoría de la población que nosotros vemos es del medio urbano (principalmente del DF, donde el nivel de escolaridad predominante es de secundaria y bachillerato), y nos habla además de que nuestros pacientes llegan a un nivel adecuado de funcionamiento, y es al iniciar su padecimiento mental en que este nivel decae, obligándoles incluso a abandonar sus actividades cotidianas (25, 26).

En cuanto al estado civil, encontramos una población predominantemente soltera, principalmente en el grupo de pensionados, donde llega al 75 %, principalmente en hombres, lo cual se explica por el inicio más temprano de las enfermedades en los hombres, que impiden el desarrollo completo del individuo, y no les permiten formar una familia (26).

Para religión, encontramos valores similares a los encontrados en las estadísticas de nuestro país (26).

En cuanto a ocupación, encontramos predominantemente empleados, lo cual fue igual para ambos grupos y se explica por el hecho de que en el IMSS se atiende principalmente al trabajador y a sus familiares, y a que son predominantemente los trabajadores los que cuentan con el derecho a ser pensionados.

Para número de internamientos encontramos una media considerablemente mayor en el grupo de pensionados con 4.82, versus 2.6, lo cual en conjunto con el tiempo de evolución, que también es mucho mayor en los pacientes pensionados versus los no pensionados (19.8 años contra 0.75 años), y con el promedio de edad mucho menor (36 contra 42 años) en los no pensionados, nos habla de que nuestros padecimientos son crónicos y que a mayor cronicidad, es mayor la posibilidad de que un paciente sea pensionado, y que probablemente si se realizan estudios a posteriori en estos mismos pacientes, se encontraría que muchos de ellos se encuentran ya con la pensión.

En cuanto a diagnóstico, que fue con lo que se encontró mayor correlación, encontramos predominio de pacientes con esquizofrenia, sobre todo en aquellos que eran solteros, donde encontramos el 34% de los pacientes pensionados (59% de los solteros con el mismo diagnóstico), seguido con un 13 % por los pacientes con retraso mental. Una posibilidad mayor de no ser pensionado la encontramos en pacientes que cuentan con diagnósticos de trastornos de personalidad y trastornos afectivos, que si bien son los que consumen mayor cantidad de días no laborados por incapacidad, son los que tienden a no pensionarse, ya que no son causa de incapacidad definitiva.

Encontramos correlación con antecedentes heredofamiliares psiquiátricos (con una p de 0.033), lo cual nos podría hablar de que el que exista un familiar con un trastorno psiquiátrico en la familia, cronifica más al paciente psiquiátrico, o inicia más tempranamente su enfermedad, o simple y sencillamente emociones expresadas más negativamente hacia el paciente, hacen que se exacerbe más frecuentemente su padecimiento. El que no hayamos encontrado otras correlaciones, podría deberse a que ambos grupos de pacientes, son pacientes de cierta evolución, lo que hace que ambos grupos sean muy parecidos en muchas condiciones, sería conveniente realizar estudios de pacientes con pensión más reciente para definir el tiempo que tardan en pensionarse y si estos factores están o no relacionados

REFERENCIAS:

1. OMS. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Caps 1 a 4.
2. Cavazos, B; Cavazos B, et Al. Nueva Ley Federal del Trabajo, tematizada y sistematizada. 26ª Ed. 1992. Trillas, México. 323-372.
3. Moreno, J. Nueva Ley del Seguro Social. 22ª Ed. Trillas, 1997; 79-93.
4. Allanson J, Bass C, Wade, D T. Characteristics of patients with persistent severe disability and medically unexplained neurological symptoms: a pilot study. *J Neurol Neurosurg Psych.* 2002 73(3): 307-309
5. Burton WN, Conti DJ. Disability Management: Corporate Medical Department Management of Employee Health and Productivity. *J Occup Environ Med* 2000 42(10): 1006-1012.
6. Diez-Cuervo A. Aspectos legales sobre epilepsia y coexistencia con trastornos psíquicos. *Rev Neurol* 1997 25: 435-447
7. Ginés. Educación médica continua y permanente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay,* 2001 65 (2): 213-222.
8. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski, RJ, et Al. The Health and Productivity Cost Burden of the "Top 10" Physical and Mental Health Conditions Affecting Six Large U.S. Employers in 1999. *J Occup Environ Med* 2003 45(1): 5-14
9. Hansen M S, Fink P, Frydenberg M, et Al. Use of Health Services, Mental Illness, and Self-Rated Disability and Health in Medical Inpatients. *Psychosom Med* 2002 64(4): 668-675.
10. Isometsä E T, Katila H, Aro T. Disability Pension for Major Depression in Finland. *Am J Psych* 157 2000 (11): 1869-1872
11. Liu S I, Prince M, Blizard B, et Al. The prevalence of psychiatric morbidity and its associated factors in general health care in Taiwan. *Psychological Medicine* 2002 32(4): 629-637
12. Lorant V, Deliège D, Eaton W, et Al. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2003 157(2): 98-112 15.
13. Mauksch L B, Tucker S M, Katon W J, et Al. Mental Illness, Functional Impairment, and Patient Preferences for Collaborative Care in an Uninsured, Primary Care Population. *J Fam Pract* 2001 50(1): 41-47

14. McCulloch J, Ozminkowski R J, Cuffel B, et Al. Analysis of a Managed Psychiatric Disability Program. *J Occup Environ Ed* 2001 43(2): 101-109
15. Melzer D, Tom B D, Brugha T S et Al. Common mental disorder symptom counts in populations: are there distinct case groups above epidemiological cut-offs? *Psychological Medicine* 2002 32(7): 1195-1201
16. Mitka, M. Business Learns Wisdom of Treating Employees With Psychiatric Disability. *JAMA* 2002 287(22): 2933-2934
17. Mollica R F, Sarajlic, N, Chernoff M, et Al. Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration Among Bosnian Refugees. *JAMA* 2001 286(5): 546-554
18. Olfson M, Fireman B, Weissman M, et Al. Mental Disorders and Disability Among Patients in a Primary Care Group Practice. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1734-1740
19. Patel V, Pereira J, Coutinho L. Poverty, psychological disorder and disability in primary care attenders in Goa, India. *Br J Psychiatry* 1998 172(6): 533-536
20. Strawbridge W J, Deleger S, Roberts R, et Al. Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *Am J Epidemiol* 2002 156(4): 328-334
21. Tartaglino A, Safran D. A Topography of Psychiatric Disorders Among Correction Officers. *J Occup Environ Med* 1997 39(6): 569-573
22. Thompson C L, Reid A. Behavioural symptoms among people with severe and profound intellectual disabilities: a 26-year follow-up study. *Br J Psych* 2002 181: 67-71
23. Tiemens BG, Ormel J, Simon G. Occurrence, Recognition, and Outcome of Psychological Disorders in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1996 153:636-644
24. Valdivia G, Bastías G, Márquez P. Magnitud de la enfermedad crónica en Chile. *Bol. Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile* 1994, 23: 35-40.
25. INEGI. Hombres y mujeres en México 2003. 7ª. Ed. 2003. 391-418, 527-556.
26. XII Censo General de Población y vivienda 2000. Síntesis de resultados. 1a. edición 2001. INEGI. 84-123.
27. Cameron OG, Kuttesch D, McPhee K, et al: Menstrual fluctuation in the symptoms of panic anxiety. *J Affect Disord* 15: 169-174, 1988.
28. Damas-Mora J, Davies L, Taylor W, et al: Menstrual respiratory changes and symptoms. *Br J Psychiatry* 136:492-497, 1980

29. Metz AM, Sichel DA, Goff DC: Postpartum panic disorder. *J Clin Psychiatry* 49:278-279, 1988
30. Scheibe G, Albus M: Age at onset, precipitating events, sex distribution, and co-occurrence of anxiety disorders. *Psychopatology* 25: 11-18, 1982
31. Burt V. *Women's Mental Health*. Ed American Press Inc. 2002.
32. Fava GA, Sonino N, Wise TN. Management of depression in medical patients. *Psychoter Psychosom* 1988; 49: 81-102 Word Health Organization.