

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL INTENTO E IDEACIÓN SUICIDAS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

María Luisa Rascón G*, María de Lourdes Gutiérrez L*, Marcelo Valencia C*, L. Rosa Díaz M, Clarisa Leaños G**, Soledad Rodríguez V**

SUMMARY

Suicide is the leading cause of premature death among schizophrenia sufferers, the risk of suicide being 20 to 50 times higher than among the general population. Some studies have shown that 40% of people with this diagnosis have had suicidal thoughts or ideation, 20% to 40% of whom had attempted suicide and 9% to 13% of whom had ended their lives by committing suicide.

Studies have also shown that 30% to 60% of all suicides had previously attempted to commit suicide. This suggests that suicide attempts are one of the best indicators of the risk of committing suicide.

The aim of this study is to describe the perception of the relative responsible for the schizophrenic patient of the suicide attempt and suicidal ideation of his or her relative with schizophrenia. This perception was analyzed in relation to diagnostic co-morbidity, the length of evolution of the disease, the number of relapses and the way in which the patient was admitted.

The study was descriptive using a retrospective design of case studies with a non-probabilistic circumstantial sample.

One hundred and sixty-three relatives of patients diagnosed with schizophrenia were interviewed using the Composite International Diagnostic Interview, version 1.0, considering one relative per patient receiving integral treatment.

Suicide attempts and suicidal ideation were evaluated by asking the relative to answer the questions in the introduction to the Social Behavior Assessment Schedule (SBAS) and having the patient answer the section on suicidal ideation and suicide attempts from the questionnaire on symptomatic behavior. Complementary information provided by relatives during the interview was also taken into account.

The patient was given the CIDI to evaluate mental disorders in accordance with the definitions and criteria used in the International Classification of Diseases (ICD-10).

The results of the study showed that out of the 163 relatives who participated 79.8% were women and 20.2% men, 71.2% were the patients' mothers, 16.6% the fathers, one was the patient's husband (0.6%) and the rest were another relative in charge of the patient (11.7%). The relatives' mean age was 55 years; most

of the relatives were married (68.1%); 77.3% had always lived with their sick relative, while 4.9% did not live with the relative who was suffering from schizophrenia, although they did see him or her frequently.

As for the patients, 75.5% were male and 24.5% female, with an average age of 28, ranging from 17 to 45 years. A total of 91.4% were single and 65% were unemployed, while the mean length of evolution of the disease was three years. According to the Structured Diagnostic Interview (CIDI), the secondary diagnoses of schizophrenia were: depression, 30.1%, social phobia, 21.5%, dysthymia, 18.4%, alcohol dependence, 19%, and other diagnoses, 11%.

Relatives had noticed suicide attempts in 33.7% of all cases (at some time in the patient's lives) and suicidal ideation in 13.5% of all the patients, while the rest had failed to perceive any tendency towards suicide in their relatives with schizophrenia.

Suicide attempts were more common among female patients (42.5%), 88.2% of whom were spinsters and 82.4% of whom were unemployed. Suicide rates among men totaled 30.9%, 97.4% of whom were bachelors and 68.4% of whom were unemployed. Suicidal ideation was more common among men (13.8%) than women (12.5%). The main ways with which women tried to harm themselves were poisonous drinks and combined methods (23.5% each), followed by overdoses (17.6%) and knives (11.8%), whereas men tended to use poisonous drinks (28.9%), followed by overdoses (21.1%), combined methods (18.4%) and knives (15.8%).

As for suicide attempts, hospitalizations and the length of evolution of the disease, patients who had not been hospitalized (29.1%) and those who had (29.1%) were just as likely to attempt suicide, with >5 years evolution of the disease, while suicidal ideation was greater (45.5%) among those that had not been hospitalized.

The highest rate of suicide attempts occurred when relatives observed persistent symptomatic behavior (54.5%), that is, the presence of symptoms such as sadness, isolation, irritability, indecision, under-activity, extravagant ideas and lack of self-care in the patient.

Among the patients who had attempted to commit suicide, 63% had only done so on one occasion, 22.2% on two occasions and 14.8% on more than two occasions.

* Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del INPRF.

** Investigadores de la Dirección de Servicios Clínicos del INPRF.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco # 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México DF. rascong@imp.edu.mx
Recibido primera versión: 9 de enero de 2004. Segunda versión: 11 de junio de 2004. Aceptado: 24 de junio de 2004.

Patients who attempted to commit suicide had a higher rate of co-morbidity with affective disorders (21.5%) particularly diagnoses of depression (13.5%), dysthymia (7.4%), social phobia (8%) and alcohol dependence (7.4%). Among those who thought about committing suicide, the most common diagnosis was an affective disorder (63.6%).

Several analyses were carried out, first from univariate logistic regression to determine the interaction between suicide attempts and depression for the whole sample. The independent variable for suicide attempts was dichotomous, attempt=1, absence=0, while the predictor for depression was presence=1, absence=0. Depression was found to be significantly associated with suicide attempts $X^2=3.81$ $p>.05$ and $B=.6931$; $p>.05$. At the same time, a multiple logistic regression analysis was carried out as an independent variable. Suicide attempt and predictive variables included age of patient, frequency of relapses, occupation of patient and method used. The best predictor was the method or way of committing suicide $B.9301$, sig: .0000.

The results of this study confirm that people with schizophrenia are at a greater risk of attempting suicide than the general population. The study showed the importance of evaluating the presence of depressive states and despair in patients by both their relatives and a mental health specialist.

It also revealed that the patients' caretakers do not know about the disease or the risks they run, which is why psycho-educational programs should be designed to inform, orient and sensitize relatives and patients on how to prevent the risks for schizophrenia sufferers. These programs should also make caretakers aware of the importance of following medical treatment and seeking rehabilitation that will enable patients to be able to have a job as well as access to timely, continuous mental health services, both for them and their family members.

Key words: Schizophrenia, suicidal attempt, ideation, family, depression, co-morbidity.

RESUMEN

En las personas que padecen esquizofrenia, el suicidio es la principal causa de muerte prematura: el riesgo suicida es de 20 a 50 veces mayor que entre la población general. Diversos estudios han demostrado que los pacientes esquizofrénicos son individuos en riesgo de muerte prematura, ya que entre ellos la frecuencia de suicidio es cinco veces más alta. Entre 9% y 13% de los pacientes con esquizofrenia terminaron sus vidas suicidándose; en cuanto al intento de suicidio, entre 20 y 40% lo han llevado a cabo. También se ha detectado que entre 30 y 60% de los suicidas tuvieron intentos previos. Podemos reconocer el intento suicida como uno de los mejores indicadores de riesgo para cometer suicidio.

En el presente estudio se describe la percepción que tienen del intento y la ideación suicidas los familiares a cargo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Para ello se analizó su relación con la comorbilidad diagnóstica, el tiempo de evolución de la enfermedad, el número de recaídas del paciente, y la forma en que lo intentó.

El tipo de estudio fue descriptivo y se utilizó un diseño retrospectivo de estudio de casos, donde la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial. La población de estudio fueron 163 familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con la CIDI (*Composite International Diagnostic Interview* version 1.0). Al inicio del Programa de Tratamiento Integral (paciente-

familia), se utilizó para evaluar los conceptos propuestos: la Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente SBAS. Para este trabajo se utilizaron la Introducción y la sección sobre la conducta sintomática del paciente, en particular la ideación e intento suicida. Además, se tomó en cuenta la información complementaria referida por los familiares durante la entrevista.

Los resultados del estudio indicaron que los familiares observaron más el intento de suicidio (33.7%) que la ideación suicida (13.5%) en sus pacientes. El intento suicida fue más frecuente en las mujeres (42.5%) que en los hombres (30.9%). La ideación suicida fue percibida un poco más en los hombres (13.8%) que en las mujeres (12.5%). Las formas más frecuentes que utilizaron las mujeres para intentar hacerse daño fueron, en primer lugar, con bebidas tóxicas y métodos combinados (23.5%, para cada uno), seguidas de las sobredosis (17.6%) y las armas blancas (11.8%). A su vez, los hombres utilizaron en primer lugar bebidas tóxicas (28.9%), en segundo lugar sobredosis (21.1%) y por último métodos combinados (18.4%) y armas blancas (15.8%).

De acuerdo con la CIDI, los diagnósticos secundarios a la esquizofrenia encontrados en todos los pacientes que participaron fueron: depresión, 30.1%; fobia social, 21.5%; distimia, 18.4%; dependencia al alcohol, 19% y 11% otros diagnósticos. De estos pacientes, los que intentaron suicidarse presentaron comorbilidad con trastornos afectivos (21.5%), en particular con los diagnósticos de depresión (13.5%), distimia (7.4%), fobia social (8%) y dependencia al alcohol (7.4%). En los que solamente idearon suicidarse, el trastorno afectivo (12.8%).

Con el objeto de explorar la relación entre la depresión y el intento suicida de los pacientes con esquizofrenia, se encontró una asociación significativa $X^2=3.81$ $p>.05$ y $B = .6931$; $p>.05$. Con este resultado se demuestra la importancia de valorar y atender en la clínica la presencia de estados depresivos y desesperanza en estos pacientes por un especialista en salud mental. También se pudo apreciar que los cuidadores desconocen las características de la enfermedad, los riesgos que se corren cuando su familiar está sumamente triste o ansioso y con pensamientos suicidas. Por lo anterior es recomendable crear programas psicoeducativos que ayuden a informar, orientar y sensibilizar a los familiares y pacientes sobre cómo prevenir los riesgos de padecer esquizofrenia. Asimismo es aconsejable que se les oriente sobre la relevancia de seguir un tratamiento médico y de adaptación mediante el cual el paciente logre tener una ocupación y, por supuesto, recibir la atención oportuna y continua de los servicios de salud mental, para ellos y su entorno familiar.

Palabras clave: Esquizofrenia, intento e ideación suicida, familia, depresión, comorbilidad.

ANTECEDENTES

Sobre el intento y la ideación suicida existen resultados que provienen de diferentes poblaciones, tanto de investigaciones clínicas como epidemiológicas, de instituciones de salud y de justicia, también hay estudios de las características culturales y sociales.

En el lenguaje suicidiológico se define al intento como el daño autoinfligido con diferente grado de intención de morir y de lesiones. La ideación se conoce como la pauta de afrontar los problemas que tiene

cada persona y el gesto suicida es la amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo. El suicidio es la búsqueda de solución a un problema que genera sufrimiento en una forma de cesar la conciencia.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(40) refiere que el suicidio se encuentra habitualmente entre las diez primeras causas de muerte de la población general. Por otro lado, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre la población joven el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte (36).

En México, la proporción de intentos de suicidio asociados con una enfermedad mental, como causa que motivó el intento es de 4.3% en hombres y 2.6% en mujeres. Aunque estas cifras han sido reportadas por instituciones del sector salud (18), se ha observado que hay un subregistro de casos.

Investigaciones realizadas en diversos países, han encontrado que los pacientes psiquiátricos están en un riesgo elevado de cometer actos suicidas. Aun cuando la ideación suicida es más frecuente que el intento real de terminar con la vida, resulta difícil diferenciarlos.

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno asociado con desesperanza y falta de autoestima. A su vez, el intento suicida se relaciona con depresión y abuso de sustancias (4,19,22). Nieto y Bravo (25) plantean las características que presenta una persona en riesgo de suicidarse y las dividen en dos grupos: a)Características de riesgo grave: deseo de morir, presencia de psicosis, depresión, culpa por fallecimiento, autoestima baja, deseo intenso de castigo, aislamiento y decepción, ansiedad, pérdida de los cuatro apetitos (hambre, sexo, sueño y actividad); b)Características de riesgo más peligroso: intentos anteriores, psicosis previa, nota suicida, método violento, enfermedad crónica, intervenciones quirúrgicas recientes, mutilaciones, alcoholismo o drogadicción, hipocondriasis, percepción de carga excesiva, desamparo y aislamiento.

Entre las personas que padecen esquizofrenia, el suicidio es la principal causa de muerte prematura (35,38); en ellas, el riesgo suicida es de 20 a 50 veces mayor que en población general. Otros estudios han demostrado que 40% de las personas con este diagnóstico tuvieron pensamientos o ideación suicida, entre 20% y 40% tuvieron intentos suicidas y de 9% al 13% terminaron sus vidas suicidándose (5,15,24).

Los pacientes que padecen esquizofrenia comparten algunos factores de riesgo de suicidio con la población general, como características étnicas, depresión, desesperanza, intentos previos, funcionamiento psicosocial deficiente, apoyo social inadecuado, funcionamiento premorbido o pérdidas significativas que

son comunes entre las personas que se suicidan (5,6). Existen también otros factores de riesgo que se relacionan con el trastorno en sí: el número de exacerbaciones agudas, una evolución de la enfermedad con niveles altos de sintomatología, funcionamiento psicosocial deficiente, temor por un deterioro mental futuro, pérdida de confianza o excesiva dependencia del tratamiento (3,5), así como ser hombre y joven, estar dentro de la primera década de la enfermedad y haber tenido múltiples recaídas (5,15,30).

Además, en estos pacientes se encontró que tienden al suicidio a causa de:

- a)Una necesidad compulsiva por aliviar la tensión; esto es, un comportamiento inquieto, exigente, ansioso por encontrar una solución a su estado de estrés.
- b)Una situación de vida demasiado difícil o demasiado tensa para que el paciente la afronte sólo y sin ayuda.
- c) Una incapacidad para encontrar una mejor salida a sus dificultades (14).

Asimismo, se ha observado que presentan desesperanza, soledad, depresión, irritabilidad e ideación paranoide. En particular, la depresión, puede ser uno de los principales indicadores, pues su prevalencia alcanza de 7 (17) a 65% (21).

La depresión es un síndrome comórbido común en estos pacientes, como lo es la depresión postpsicótica que se reporta en más de 25% de los casos (24). Ambas se asocian con un pronóstico desfavorable debido a que incrementan el riesgo de recaídas, al que se suman una falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad, un mayor deterioro funcional (16) y, especialmente en la depresión postpsicótica, un mayor riesgo de suicidio.

Es común que los enfermos de esquizofrenia sean más vulnerables al suicidio justo después de regresar de una hospitalización. De igual manera, los pacientes que requieren admisiones frecuentes están continuamente en un alto riesgo de suicidarse (31). Los pacientes resistentes a los medicamentos antipsicóticos están también en un alto riesgo (23).

Johns (13,20) señala que 15% de los pacientes terminaron con su vida suicidándose, sobre todo aquellos que manifestaron sentimientos de desesperanza, ideas de muerte y miedo a la inestabilidad psicótica. Además, el inicio del padecimiento a edad temprana, pertenecer al género masculino, estar desempleado y poseer una baja capacidad de adaptación a las exigencias del entorno, se asociaron con tasas elevadas de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Dassori (9) reitera que los pacientes con evidentes ideas suicidas, mostraban ideación suicida preexistente, síntomas depresivos, agresividad, abuso de sustancias psicoactivas ilegales y una disfunción progresiva en su adaptación al medio social. Por su parte, Williams (39) encontró que 40%

de los intentos suicidas se caracterizaban por reacciones impulsivas, un estado de ánimo depresivo y el deseo de morir. También se observó que los pacientes esquizofrénicos que se suicidaron fueron en su mayoría personas que sufrían tensión grave y vivían en condiciones de estrés constante.

Las recientes revisiones de la bibliografía sugieren que cuando los pacientes están conscientes de su enfermedad y sus consecuencias, aceptan mejor la medicación, alcanzan mejores resultados en su tratamiento, requieren menos hospitalizaciones y éstas son más breves, presentan un mejor funcionamiento posthospitalario y una mejoría en su funcionamiento global (33). Los hallazgos indican también que, cuando la autoconciencia mejora, disminuye la gravedad de la sintomatología psiquiátrica (2,8,32). La mayoría de los estudios empíricos indica que un aumento del discernimiento mejora el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, también se observó que el grado de conciencia de la enfermedad aumentó la gravedad de la sintomatología depresiva. Es razonable inferir que muchos pacientes esquizofrénicos pueden desarrollar un síndrome lineal de conciencia de la enfermedad-desmoralización-depresión-suicidio cuando se vuelven más conscientes de las limitaciones funcionales autopercebidas en los planos físico, afectivo, intelectual, social, familiar y laboral (7), así como de las limitaciones a sus capacidades en el futuro y al deterioro que sufrirá su calidad de vida, lo que se manifestará en forma de “depresión y desesperanza” (1).

Schwartz (34) señala que cobrar conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias sociales predice un elevado índice de suicidio. Si se considera que las personas que padecen esquizofrenia sufren, por un lado, estigmatización y rechazo social y, por otro, el decremento en su repertorio de habilidades psicosociales y además falta frecuente de oportunidades de laborales, todo ello los vuelve más propensos a intentar el suicidio. Otro factor relacionado con el intento suicida es la conciencia de la enfermedad, es decir, el conocimiento que adquieren los pacientes respecto de la asociación entre los síntomas, como los delirios, la anhedonia, el aplanamiento afectivo y el riesgo de suicidio (3).

Lograr que los pacientes y sus familiares cobren conciencia de la enfermedad es una tarea ardua y difícil. Sin embargo, bien vale la pena el esfuerzo porque conlleva muchos beneficios en el apego y seguimiento del tratamiento, en una reducción de las hospitalizaciones, en un mejor funcionamiento posthospitalario, en una mejoría del funcionamiento global del paciente y, en particular, en la prevención del riesgo suicida.

OBJETIVO

Describir la percepción del familiar responsable respecto al intento y la ideación suicida de su pariente con esquizofrenia, la relación entre el intento y la ideación suicida con la comorbilidad diagnóstica, el tiempo de evolución, el número de recaídas y el tipo de intento de los pacientes.

MÉTODO

Este estudio fue descriptivo, con un diseño retrospectivo; la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial. Se entrevistó a 163 familiares antes de participar en el tratamiento integral,¹ a razón de un familiar por paciente. Los pacientes cubrieron la condición de diagnóstico principal de esquizofrenia; en el caso de los familiares la inclusión fue voluntaria.

Criterios de inclusión para el paciente

1.- Contar con un familiar responsable; 2.- Poseer un diagnóstico de esquizofrenia (CIDI); 3.- Ser un paciente ambulatorio y estable; 4.- Residir en la ciudad de México o zona conurbada.

Criterios de inclusión para los familiares del paciente

1.- Contar con la colaboración de uno o más familiares del paciente, de preferencia el que esté a cargo de su manutención y cuidado; 2.- Convivir cotidianamente con el paciente; 3.- Residir en la ciudad de México o zona conurbada.

Criterios de exclusión del familiar responsable del paciente

1.- Estar gravemente enfermo o incapacitado; 2.- No reunir alguno de los criterios de inclusión.

MATERIAL

Según los objetivos planteados, los instrumentos utilizados para el estudio fueron:

1. Para evaluar el intento y la ideación suicida, se aplicó al familiar la *Escala de evaluación de la conducta social del paciente SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule)*, segunda edición, elaborada por Platt y colaboradores (28). Se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para condiciones mexicanas de Kappa: .78 (27). Para este trabajo se utilizaron la Introducción y la sección de Conducta Sintomática del paciente.
2. Para evaluar el diagnóstico se aplicó al paciente la

¹ Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico y su familia. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (10,11,12,29,37).

Entrevista diagnóstica Internacional compuesta, CIDI (The Composite International Diagnostic Interview, version 1.0), que es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para evaluar trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) (26). Además, se tomó en cuenta la información complementaria referida durante las entrevistas.

PROCEDIMIENTO

Primero, se evaluó el diagnóstico de los pacientes y, posteriormente, psicólogos capacitados previamente en los instrumentos entrevistaron al familiar seleccionado.

RESULTADOS

El estudio incluyó a 163 familiares de pacientes con esquizofrenia; de estos, 79.8% eran mujeres y 20.2% hombres, 71.2% eran las madres de los pacientes y 16.6% los padres; asistió el esposo de una paciente (0.6%) y el resto eran otros familiares (11.7%); la edad promedio era de 55 años; 68.1% estaban casados, 14.7% separados o divorciados, 13.5% viudos y 3.7% solteros. En cuanto al nivel educativo y ocupación: 31.9% estudio primaria, 24.5% secundaria, 21.5% preparatoria y 17.8% estudios superiores, 4.3% nunca asistió a la escuela; 36.2% se dedicaban al hogar, 28.2% tenían un oficio, 20.2% eran empleados, 3.7% eran profesionales, 11% eran jubilados y 0.6% desempleados. El 77.3% de la muestra siempre había vivido junta, 9.2% llevaba viviendo con su familiar más de 11 años, 6.7% menos de 10 años, 1.8% menos de un año y 4.9% no vivía con su familiar enfermo, aunque se veía cotidianamente (cuadro 1).

Respecto a los pacientes, 75.5% eran hombres y 24.5% mujeres; la edad promedio era de 28 años, con un margen de 17 a 45 años; 91.4% eran solteros; 65% estaban desempleados; el tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de tres años. Según la Entrevista Diagnóstica Estructurada (CIDI), los diagnósticos secundarios a la esquizofrenia fueron: depresión, 30.1%; fobia social, 21.5%; distimia, 18.4%; dependencia al alcohol; 19%, y otros diagnósticos, 11%.

Los familiares percibieron el intento suicida en 33.7% (alguna vez en la vida) de los casos, y la ideación suicida en 13.5%; el resto no observó una tendencia hacia conductas suicidas en sus familiares con esquizofrenia (gráfica 1).

El intento suicida se observó principalmente en las pacientes mujeres (42.5%), solteras (88.2%) y sin ocu-

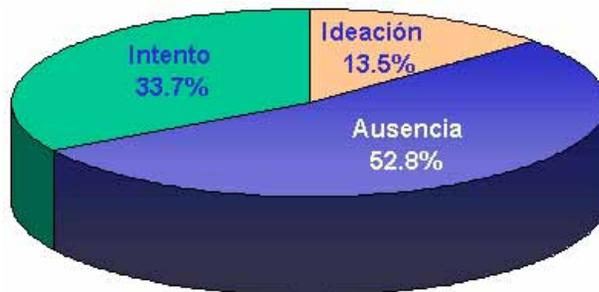
CUADRO 1. Datos demográficos de los familiares de pacientes con esquizofrenia (n=163)

Edad	Frecuencia	%
	$\bar{X}=55$	D.S.=11.12
Sexo		
Masculino	33	20.2
Femenino	130	79.8
Relación		
Madre	116	71.2
Padre	27	16.6
Esposo	1	0.6
Otro familiar	19	11.7
Estado civil		
Casado	111	68.1
Divorciado	24	14.7
Viudo	22	13.5
Soltero	6	3.7
Ocupación		
Hogar	59	36.2
Oficio	46	28.2
Empleado	33	20.2
Jubilado	18	11.0
Profesional	6	3.7
Desocupado	1	0.6
Escolaridad		
Primaria	52	31.9
Secundaria	40	24.5
Preparatoria	35	21.5
Profesional	29	17.8
Nunca asistió	7	4.3
Tiempo de convivencia		
Siempre	126	77.3
11 años o más	15	9.2
1-5 años	8	4.9
Menos de 1 año	3	1.8
6-10 años	3	1.8
No viven juntos	8	4.9

pación (82.4%). Por parte de los hombres, 30.9%, con estado civil soltero 97.4% y 68.4% sin ocupación. Con respecto a la ideación suicida, se presentó más en hombres, 13.8%, que en mujeres, 12.5%. El grado de escolaridad más frecuente en los que intentaron hacerse daño fue de nivel medio superior, 64.7%, en mujeres, y 55.3%, en hombres (cuadro 2).

Las formas más frecuentes utilizadas por las mujeres que intentaron hacerse daño fueron, en primer lugar, las bebidas tóxicas y los métodos combinados, con un 23.5% para cada uno, sobredosis, 17.6%, armas blancas, 11.8%, mientras que los hombres utiliza-

GRÁFICA 1. Percepción de los familiares respecto al intento e ideación suicida de sus pacientes con esquizofrenia. Porcentaje tomado del total de la muestra n: 163



CUADRO 2. Características demográficas de los pacientes con esquizofrenia con intento e ideación suicida

	Intento Suicida (n=55)		Ideación Suicida (n=22)		Sin intento ni ideación (n=86)	
	Hombres (n=38) %	Mujeres (n=17) %	Hombres (n=17) %	Mujeres (n=5) %	Hombres (n=68) %	Mujeres (n=18) %
Sexo *	30.9	42.5	13.8	12.5	55.3	45.0
Edo. Civil**						
Casado/ unión libre	2.6	-	5.9	-	1.5	5.6
Soltero	97.4	88.2	88.2	80.0	92.6	83.3
Separado / divorciado	-	11.8	5.9	20.0	5.9	11.1
Escolaridad**						
Educación superior	23.7	23.5	35.3	20.0	35.3	22.2
Educación media	55.2	64.7	47.1	80.0	42.6	50.0
Secundaria	21.1	11.8	17.6	-	17.6	27.8
Primaria	-	-	-	-	4.4	-
Ocupación **						
Con ocupación	31.6	17.7	35.4	40.0	41.2	33.3
Sin ocupación	68.4	82.3	64.6	60.0	58.8	66.7

*% tomado del total por sexo hombres= 123 y mujeres= 40

** % tomado del total por columna:intento e ideación por sexo

ron primeramente bebidas tóxicas, 28.9%, después sobredosis, 21.1%, métodos combinados con 18.4%, y armas blancas, 15.8%. Los familiares se percataron en menor medida (13.5%) de la ideación suicida en su pariente enfermo y sólo mencionaron conocer que planeaban hacerse daño con sobredosis o arrojándose al vacío (20%) para cada método, en pacientes mujeres, y en relación a los hombres, ideaban principalmente tomando bebidas tóxicas 23.5% (cuadro 3).

Al relacionar el intento suicida con el número de hospitalizaciones y el tiempo de evolución de la esquizofrenia, se observó que tanto los pacientes que no habían sido hospitalizados (29.1%) como los lo habían sido una vez (29.1%) tuvieron similar frecuencia de intento de suicidio con un tiempo >5 años de evolución de la enfermedad, mientras que la ideación suicida fue mayor, 45.5%, en los que no habían sido hospitalizados .

Además, la conducta suicida fue más frecuente cuando se percataron de la persistencia de sintomatología (54.5%), es decir, presencia de síntomas como tristeza, aislamiento, irritabilidad, indecisión, subactividad, ideas extravagantes y autodescuido, principalmente.

De los pacientes que han intentado suicidarse, 63% lo ha hecho sólo en una ocasión, 22.2% en dos ocasiones y 14.8% más de dos veces.

En la muestra total de estudio, 52.8% presentó alguna categoría del trastorno afectivo, de los cuales 21.5% había intentado hacerse daño. Los diagnósticos secundarios fueron: depresión, 13.5%, fobia social, 8%, distimia, 7.4%, y dependencia al alcohol, 7.4%. Con respecto a la ideación suicida, la depresión, 6.7%, fue la más común (figura 1).

Para conocer la interacción del intento suicida y la depresión, se realizaron diversos análisis para la muestra total: primero de regresión logística univariada, donde la variable dependiente fue intento suicida con valor dicotómico: intento=1, ausencia=0; y la predictora depresión: presencia=1, ausencia=0; así se encontró que la depresión se asoció significativamente con el intento suicida $X^2=3.81$ $p>.05$ y $B=.6931$; $p>.05$.

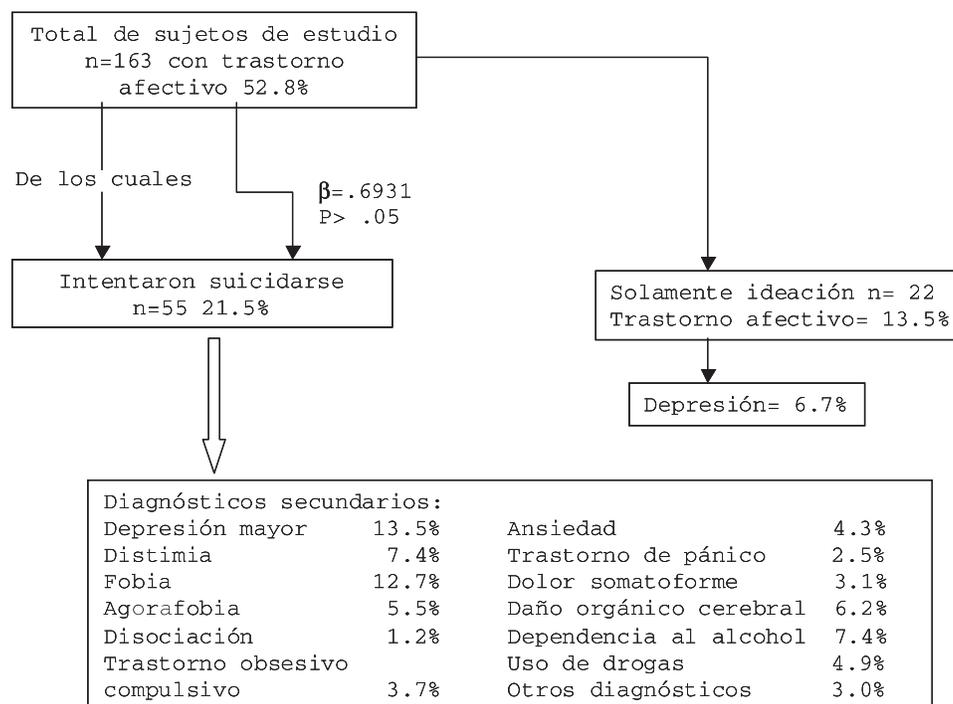
A su vez, se planteó un análisis de regresión logística múltiple como variable dependiente: el intento suicida y las variables predictoras que mayor peso presentaron fueron: la edad del paciente, la frecuencia de las recaídas, la ocupación del paciente y el método utiliza-

CUADRO 3. Percepción de los familiares respecto al método utilizado por sus parientes con intento e ideación suicida

	Hombres		Mujeres	
	Intento (n=38) %	Ideación (n=17) %	Intento (n=17) %	Ideación (n=5) %
Bebida tóxica	28.9	23.5	23.5	-
Sobredosis	21.1	-	17.6	20.0
Método combinado *	18.4	-	23.5	-
Instrumento punzocortante	15.8	-	11.8	-
Arrojarse al vacío	13.2	5.9	5.9	20.0
Ahorcamiento	-	5.9	5.9	-
Arma de fuego	-	5.9	-	-
Incendio	2.6	-	-	-
Dejando de comer	-	-	5.9	-
No especificado	-	58.8	5.9	60.0

*Métodos combinados → Utilizan dos o más formas (p. ej. sobredosis y cortarse las venas)

% obtenido del total de la muestra por sexo/intento e ideación suicida



do. El mejor predictor de suicidio fue el método o forma para suicidarse: $B: .9301$, $\text{sig}.: .0000$.

Lamentablemente, dos pacientes que participaban en el programa de tratamiento se suicidaron. Ambos casos presentaban depresión, y habían tenido intentos previos. El primer caso, un hombre, se suicidó utilizando un arma de fuego; el segundo, una mujer, lo hizo con una sobredosis e intoxicación.

Para documentar los sentimientos de los familiares, a continuación se presentan dos narraciones relativas a los pacientes con esquizofrenia que están a su cuidado:

“Siento pura tristeza, desesperación, ya no sabía ni qué hacer, me sentía totalmente incapacitada para poderla cuidar, mucho cansancio, desánimo, temor de que ella se hiciera daño por la noche, mucha angustia y desilusión, yo no sé por qué veo a todas las familias felices y la mía se desmorona, ya no tengo ilusión por nada.”

Madre de paciente-mujer con esquizofrenia, de 28 años de edad que intentó hacerse daño por medio de heridas en el vientre e ingestión de sobredosis, raticida, cloro y limpiadores para el hogar.

“A veces tengo la paciencia pero otras veces lo insulto, es desgastante y desesperante tener un enfermo así. La otra vez estaba yo tan desesperada por un problema que tuvo él, que pensé en matarlo y matarme.”

Madre de paciente masculino con esquizofrenia, de 43 años, que intentó hacerse daño por medio de una sobredosis y una negativa a tomar alimentos.

CONCLUSIONES

La conducta suicida no se puede explicar sólo por la presencia de un trastorno mental, sino como una problemática derivada de los procesos interactivos que surgen por las demandas psicosociales de la enfermedad, los ciclos de la vida familiar e individual, los sistemas de creencias -incluidos los asociados a la cultura, con valores de discriminación y estigmatización hacia la enfermedad mental-, así como las características socioeconómicas.

De acuerdo con el objetivo del estudio -conocer la percepción del intento suicida de familiares de pacientes con esquizofrenia-, más de la tercera parte de la muestra lo ha observado, siendo más frecuente en las mujeres sin ocupación y la forma más común de hacerse daño fue por ingerir bebidas tóxicas. Estos resultados confirman que los individuos con esquizofrenia corren un mayor riesgo que la población general de cometer suicidio, dado que, de cada tres pacientes, uno ha intentado hacerse daño, lo cual coincide con los resultados de Meltzer (3,19,24).

En los enfermos que intentaron suicidarse se confirmó la alta comorbilidad con depresión, como ya se ha reconocido otros estudios (17,24), por lo que se sugiere que, además del diagnóstico principal, se dé atención a los trastornos comórbidos. Algunos investigadores han planteado que el trastorno afectivo se presenta como entidad inherente en estos pacientes.

El mayor riesgo de intento suicida se presentaba antes

y después de la primera hospitalización, como lo han señalado también Hausmann y colaboradores. Además de la inestabilidad sintomática y un funcionamiento deficiente, los intentos previos fueron un indicador importante.

En los casos de suicidio consumado, se corroboró claramente lo planteado en otros estudios respecto a los sentimientos de desesperanza, las ideas de muerte, el miedo a la inestabilidad psicótica, el desempleo, así como una baja capacidad de adaptación a las exigencias de su entorno, así como la pertenencia al sexo masculino (13,20).

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son los mayores desafíos que enfrenta el sistema familiar. Cabe mencionar que los familiares del estudio estaban atentos a las conductas extrañas que presentaban sus pacientes. Sin embargo, aun así desconocían los riesgos de la conducta suicida, pues los familiares percibieron en menor medida la ideación suicida en comparación con el intento. Esto puede deberse a una falta de comunicación y, en ocasiones, a la distancia y el rechazo entre ellos. Aunque la conducta suicida de las personas con esquizofrenia constituye una preocupación para la familia y las personas a cargo de la salud mental, no recibe suficiente atención ni el cuidado necesarios para prevenirla.

Finalmente, es importante puntualizar para su abordaje cuatro aspectos: 1. la evaluación a fondo del intento (pensamientos y conductas); 2. la intervención oportuna; 3. la participación familiar y 4. el seguimiento del caso. Cuando algún paciente se suicide, considerar la posibilidad de que se brinde apoyo terapéutico a los familiares y al equipo clínico, y de que se formen grupos de contención, a fin de mitigar los efectos del suicidio.

Agradecimientos

A todos y cada uno de los familiares y pacientes que participaron en el estudio.

A la doctora María Elena Medina-Mora por su apoyo y comentarios en la realización del estudio. A la psicóloga Cecilia Gómez C. por su participación en la captura de la información.

REFERENCIAS

1. ABELA J, SELIGMAN M: The hopelessness theory of depression a test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognit Ther Res*, 24:361-378, 2000.
2. AMADOR F, FLAUM M, ANDREASEN C, STRAUSS H y cols.: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiat*, 51:826-836, 1994.
3. AMADOR F, FRIEDMAN J, KASAPIS C, YALE S y cols.: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiat*, 153:1185-1188, 1996.
4. BORGES G: Quienes cruzan el umbral: intento de suicidio y suicidio consumado. *Informacion clinica*, 6(7):37-39, 1995.
5. CALDWELL CB, GOTTESMAN I: Schizophrenics kill themselves too. A review of the risk factors for suicide. *Schizophrenia Bull*, 16:571-590, 1990.
6. CALDWELL CB, GOTTESMAN I: Schizophrenia a high-risk factor for suicide: Clues to risk reduction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22:479-493, 1992.
7. CARPENTER W, BUCHANAN RW: Domains of psychopathology relevant to the study of etiology and treatment in schizophrenia. En: Schulz SC, Taminga CA (comps.). *Schizophrenia: Cientific Progress*. Oxford University Press, Nueva York, 1993.
8. CUESTA MJ, PERALTA V: Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 20:359-366, 1994.
9. DASSORI A, MEZZICH J, KESHAVAN M: Suicidal indicadores in schizophrenia. *Acta Psychiat Scand*, 81:409-413, 1990.
10. DE LA FUENTE R, DIAZ R: Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte interno, 1993.
11. DIAZ R, MUROW E, ORTEGA H, VALENCIA M, RASCON ML, RAMIREZ I: Manejo integral del paciente esquizofrénico, un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 19(4):1-7; 1996.
12. DIAZ R, RASCON ML, VALENCIA M, UNIKEL C, MUROW E y cols.: El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. *Salud Mental*, 22:104-113; 1999.
13. DRAKE R, GATES C, WHITAKER A, COTTON P: Suicide among schizophrenics a review. *Compr Psychiat*, 26(1):90-100; 1985.
14. FARBEROW NL, SHNEIDMAN ES: *Necesito Ayuda*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1961.
15. HARKAVY FJ, RESTIFO K, MALASPINA D, KAUFMANN CA, AMADOR XF y cols.: Suicidal behavior in schizophrenia characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiat*, 156(8):1276-1278, 1999.
16. HAUSMANN A, WOLFGANG F: Depression in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*, 14(4):289-299, 2000.
17. HIRSCH S, JOLLEY A: The dysphoric syndrome in schizophrenia and its implications for relapse. *Br J Psychiat*, 155:46-50, 1989.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI): Estadísticas de intento de suicidio y suicidios. Cuaderno N° 3, México, 1998.
19. JIMENEZ G: Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 20(1):36-41, 1997.
20. JOHNS C, STANLEY M, STANLEY B: *Suicide in Schizophrenia, in Psychobiology of Suicidal Behavior*. Ed. Mann JJ, Stanley M. Nueva York, 1986.
21. JOHNSON D: Studies of depressive symptoms in schizophrenia. The prevalence of depression and its possible causes. *Br J Psychiat*, 291:137-144, 1981.
22. MEDINA-MORA ME, LOPEZ E, VILLATORO J, JUAREZ F, CARREÑO S y cols.: La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales*, 5:7-14, 1994.
23. MELTZER HY, OKAYLI G: Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiat*, 152:183-190, 1995.
24. MELTZER HY: Suicide in schizophrenia risk factors and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry*, 59(3):15-20, 1998.

25. NIETO D, BRAVO B: Suicidio lúcido y patológico. *Psiquiatría Trabajadoras Sociales*. 32-41, 1980.
26. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10*. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. 1992.
27. OTERO R, RASCON ML: Confiabilidad de la Escala de Valoración de la conducta Social (SBAS). *Salud Mental*, 11(1):8-12, 1988.
28. PLATT S, WEYMAN A, HISRSCH S, HEUCET S: The social behaviour assessment schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc Psychiat*, 15:43-55, 1980.
29. RASCON ML, RASCON D, VALENCIA M: Los Factores Familiares en la Esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia M (eds). *Esquizofrenia Estado Actual y Perspectivas*. Colección de libros del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Cap. VIII:301-348, 2001.
30. ROSSAU CD, MORTENSEN PB: Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiat*, 171:355-359, 1997.
31. ROY A, DRAPER R: Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychol Med*, 25(1):199-202, 1995.
32. SCHWARTZ RC: The relationship between insight, illness, and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatr Q*, 69:1-22, 1998.
33. SCHWARTZ R: Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiat*, 39(5):249-254, 1998.
34. SCHWARTZ R: Insight and suicidality in schizophrenia: A replication study. *J Nerv Ment Dis*, 188:235-236, 2000.
35. TSUANG MT, WOOLSON RF: Excess mortality in schizophrenia and affective disorders. *Arch Gen Psychiat*, 35:1181-1185, 1978.
36. URREGO MD, COCOMA PJ: Internet, 2001, www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v1n1/Rev17.htm
37. VALENCIA M, RASCON ML, ORTEGA H: El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En: Ortega H, Valencia M (eds). *Esquizofrenia Estado Actual y Perspectivas*. Colección del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Cap. VIII, 399-458, 2001.
38. WALKER AM, LANZA LL, ARELLANO F y cols.: Mortality in current and former users of clozapine. *Epidemiology*, 8: 671-677, 1997.
39. WILLIAMS EB: The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy. Routledge, Londres, 1992.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION: The world health report 20, 2001. Internet:www.who.int/wbr2001/2001/main/en/chapter2/002e3.htm