

CARACTERÍSTICAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN RELACIÓN AL RIESGO DE SUICIDIO ASOCIADO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN LA COMARCA DE OSONA

OCCUPATIONAL PERFORMANCE CHARACTERISTICS IN RELATION TO RISK OF SUICIDE ASSOCIATED IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDER IN OSONA REGION

Palabras clave: desempeño ocupacional, riesgo de suicidio, salud mental.

Key words: occupational performance, suicide risk, mental health.

DECS: Análisis y Desempeño de Tareas, Intento de Suicidio, salud mental.

MeH: Task Performance and Analysis, Suicide, Attempted, mental health.



Autor:

D. Rubén del Río Sáez

Terapeuta Ocupacional de la Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona (FCMPPO)

rdelrio@cmppo.cat

Como citar este documento:

Del Río Sáez R. Características del desempeño ocupacional en relación al riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [-fecha de la consulta-]; 8(14): [12p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf>

Texto recibido: 15/06/2011

Texto aceptado: 23/09/2011

Introducción

"La vida no tiene sentido para mí", "Me he cansado de vivir", "Me quiero morir", "Voy a suicidarme"... estas son algunas frases a las cuales estamos expuestos a escuchar en algún momento dado de nuestro trabajo, los profesionales que actuamos en el campo de la salud mental, por boca de alguna de las personas a las que atendemos. Si a esta realidad, le sumamos las reflexiones e inquietudes generadas a partir de las jornadas formativas impartidas en junio del 2009 en el Hospital General de Vic por Carmen Tejedor y su equipo del programa de prevención del suicidio del Eixample en Barcelona (1) podemos decir que es el caldo de cultivo que subyace en el origen de este estudio.

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*. El suicidio es un

RESUMEN

El estudio del riesgo de suicidio (RS) tiene ventajas metodológicas sobre el suicidio y el examen puede proporcionar información útil sobre el comportamiento suicida. El RS no sólo está fuertemente asociado con los trastornos mentales (especialmente con la depresión), sino también con otras variables. Se explora la relación entre el RS y el desempeño ocupacional, mediante un diseño analítico observacional transversal en una población de 38 usuarios del *Centro de Salud Mental de Adultos de Osona Salud Mental*. De los cuales se han identificado 15 casos con RS asociado. A partir del análisis de datos de la muestra de estudio se obtuvieron resultados significativos entre la comparación de personas con y sin riesgo de suicidio en relación al tiempo dedicado, la competencia, el valor y el interés de las actividades realizadas. Estos resultados nos animan a defender la importancia del diagnóstico ocupacional en el estudio de las conductas suicidas y en concreto a contemplar el desempeño ocupacional como una variable asociada al riesgo de suicidio.

SUMMARY

The study of suicide risk (SR) has methodological advantages of suicide and the test can provide useful information about suicidal behaviour. SR is not only strongly associated with mental disorders (especially depression), but also with other variables. It explores the relationship between SR and occupational performance through an observational cross-sectional design among 38 users of the *Mental Health Center Osona Adult Mental Health*. 15 cases of which have been identified as associated with SR. From the analysis of data from the study shows significant results were obtained from the comparison of people with and without the risk of suicide in relation to time spent, competition, value and interest activities. These results encourage us to defend the importance of diagnosing occupational study of suicidal behavior and in particular to look at the occupational performance as a variable associated with risk of suicide.

sujetos suicidas sufren un trastorno mental.

Los trastornos mentales (especialmente depresión y trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo para el suicidio en Europa y América del Norte. El suicidio es complejo y en él se ven implicados varios factores de tipo: psicológico, social, biológico, cultural y medioambiental (3,4).

Existen estudios en el campo de la salud mental que ponen de manifiesto las limitaciones para la predicción del suicidio, pero resaltan la importancia del estudio de los factores de riesgo que se asocian de forma significativa con los comportamientos suicidas en esta población (5). Y se ha destacado la relevancia de identificar las características particulares de cada persona en las valoraciones de riesgo de suicidio (6).

problema de salud pública, con amplias consecuencias sociales, emocionales y económicas (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) advierten que cada año se suicidan un millón de personas en el mundo y más de 20 millones lo intentan. Los estudios epidemiológicos identifican que entre un 5% y 10% de las consultas de salud mental o médicas, existe ideación suicida. Respecto a los adultos se pone de manifiesto que alrededor del 90% de los

Existe evidencia respecto el potencial de la ocupación sobre el bienestar físico, mental y social de la persona (7), a pesar de ello, hasta fecha de hoy el equipo de este estudio, no hemos encontrado datos sobre el estudio del desempeño ocupacional en diagnósticos de salud mental con riesgo de suicidio asociado.

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona. Los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de automantenimiento), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio).

El desempeño ocupacional implica elección, organización y realización de ocupaciones, actividades y/o tareas en interacción con el entorno (8). Está compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimenta la persona cuando se involucra en el auto-cuidado, el juego/esparcimiento y el trabajo/ estudio. Durante este proceso la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones y a su vez se trata de una trayectoria individual en la cual intervienen las capacidades personales, las exigencias ocupacionales y las demandas del medio ambiente (9).

Los trastornos mentales tienen una repercusión en el comportamiento ocupacional, en la medida en que altera roles, intereses y actividades previas, e instaura pautas de conductas y hábitos nuevos, limitando la capacidad para el desarrollo de actividades alternativas. En estudios realizados en el área de la salud mental, se ha identificado una marcada tendencia al sedentarismo como variables asociadas a las conductas suicidas (10), o también que el intento suicida es más frecuente en jubilados y personas que no tienen vinculo laboral o de estudio, considerando en términos generales que hay una mayor tendencia a intentar el suicidio entre aquellas personas que no están vinculadas al desarrollo de actividades que implican una realización personal (11). La

American Occupational Therapy Association indica la intervención a través de la terapia ocupacional en personas con pensamientos suicidas, especialmente a través del desarrollo de actividades alternativas para reducir el estrés, distraer y detener el ciclo obsesivo de los pensamientos negativos y suicidas.

El propósito de este estudio consiste en describir el desempeño ocupacional de personas con trastorno mental, contrastando el de aquellas que presentan riesgo de suicidio con las que no presentan riesgo de suicidio. Se hipotetiza sobre la relación entre desempeño ocupacional y riesgo de suicidio, asociando unos niveles altos de causalidad personal, valores e intereses en las actividades realizadas, con un bajo nivel de riesgo de suicidio.

Metodología

Participantes

Los datos del estudio fueron recogidos entre febrero del 2010 y mayo del 2011 obteniendo una muestra de 38 personas con diagnóstico psiquiátrico (31'6% esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 28.9% trastorno depresivo, 18'4% trastorno bipolar, 5'3% trastorno de la personalidad y 15'8% otros) de las cuales 23 (60'5%) eran mujeres y 15 hombres. El rango de edad estaba comprendido entre 22 y 67 años ($\bar{X}_{edad}=46$ años; $SD=11'81$). Todas ellas acudían a tratamiento al Centro de Salud Mental de Adultos (Osona Salut Mental).

Las variables que se controlaron fueron el riesgo de suicidio asociado y el desempeño ocupacional como variables centrales. Como variables descriptivas fueron la edad, el sexo, estado civil (42'1% solteros/as, 42'1% casados/as o con pareja, 10'5% separados/divorciados y 5'3 viudos/as), hijos (50% con hijos y 50% sin hijos), la situación laboral (44'7% pensionistas, 23'7% parados/as, 10'5 invalidez laboral temporal, 7'9 trabajando y 13'2% otros), enfermedades médicas asociadas (26'3% presentan enfermedades médicas asociadas), el

diagnóstico psiquiátrico, tentativas previas de suicidio (26'3% presentan al menos una tentativa previa de suicidio) y el tratamiento psiquiátrico farmacológico (94'7% siguen tratamiento psiquiátrico farmacológico).

Material

Para la clasificación de los diagnósticos se utilizó la clasificación internacional del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (12).

Además se utilizó la Escala de desesperanza de Beck (BHS; Beck Hopelessness Scale) (13) diseñada para la evaluación de las expectativas negativas sobre el futuro y el bienestar personal, y las habilidades personales para resolver las dificultades y alcanzar el éxito. Es una escala predictora de suicidio muy utilizada en trabajos que relacionan la desesperanza con la depresión y la ideación suicida con una alta consistencia interna ($\alpha = 0'93$) y estabilidad temporal. Consta de 20 ítems de respuesta dicotómica V/F, de cuya suma se obtiene la puntuación total, que puede oscilar entre 0 y 20 puntos. Los rangos de puntuaciones indicadores del nivel de desesperanza son los siguientes: 0-3 puntos, nivel nulo-mínimo; 4-8 puntos, nivel leve; 9-14, nivel moderado y 15-20 nivel alto (14). Por otra parte el Cuestionario Ocupacional (OQ; Occupational Questionnaire)(15) como instrumento de valoración del Modelo de la Ocupación Humana, tratándose este de un diario del tiempo que pide a los encuestados información sobre lo que hacen "en un día típico" en bloques de media hora desde las 8:00h hasta la medianoche. Para investigar las cualidades subjetivas de las actividades, a los encuestados también se solicita que clasifiquen cada actividad de acuerdo con: el tipo de actividad, su competencia en esta, lo mucho que la valoran, y lo mucho que la disfrutan. Dicho instrumento proporciona información sobre el uso del tiempo del usuario y los aspectos volitivos (causalidad personal, valores e intereses) vinculados con este, pudiendo ser utilizado en cualquier población, asegurando la comprensión del procedimiento y aspectos recogidos en las listas, por parte de la persona

evaluada. Este cuestionario ha demostrado una aceptable fiabilidad test-retest y buena validez concurrente (68% y 82% de concordancia en las actividades realizadas, respectivamente). (6,16,17)

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria a partir de las consultas ambulatorias de psiquiatría realizadas en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de *Osona Salut Mental*. Tras realizar la visita con su psiquiatra se les informó sobre las características del estudio y se les ofreció la posibilidad de participar. A las personas que accedieron a participar de forma voluntaria se les administraron la Escala de desesperanza y el Cuestionario Ocupacional a partir de los cuales se obtuvo la información correspondiente a las variables de riesgo de suicidio y desempeño ocupacional en relación a la competencia, interés, satisfacción y porcentaje de tiempo respecto las actividades realizadas durante un día representativo de la semana, clasificadas en función de si la persona consideraba que era una actividad de trabajo, de la vida diaria, de recreación o de descanso (diferenciando estas últimas de las horas de sueño). Y posteriormente se obtuvieron las variables socio-demográficas (edad, el sexo, el diagnóstico psiquiátrico, enfermedades médicas asociadas, estado civil, la situación laboral, tentativas previas de suicidio, tratamiento psiquiátrico farmacológico) a partir de la historia clínica del usuario en el CSMA. La recogida y el trato de datos se realizó de acuerdo a la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. Para formar parte del estudio las personas participantes debían tener un diagnóstico de salud mental, estar en tratamiento en el *Centro de Salud Mental de Adultos (Osona Salut Mental)* y haber firmado el consentimiento informado de participación en el estudio. Fueron excluidas aquellas personas con intoxicación aguda, presencia de delirios y/o alucinaciones, así como aquellas con déficits cognitivos que interfiriesen en la comprensión / realización de las pruebas correspondientes al estudio. El Comité de Ético de Investigación

Clínica (CEIC) del *Consorti Hospitalari de Vic* (CHV) aprobaron el protocolo de investigación del estudio.

Pruebas estadísticas

El software que se utilizó para procesar los datos es el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 18.

Las interpretaciones descriptivas de las variables se resumieron a partir de los estadísticos de tendencia central de la media (\bar{X}) y la desviación estándar (SD). Respecto a los resultados inferenciales, se comprobó la normalidad del contraste de variables cuantitativas a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney al tratarse de una distribución no homogénea de los resultados en la mayoría de las variables de estudio. En el caso de las variables Actividades de la Vida Diaria y de Recreación, la prueba de Kolmogorov-Smirnov identificó una distribución normal ($p > 0'05$), pese a ello y por una mayor robustez de las pruebas no paramétricas se aplicó la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

A partir de los rangos de puntuación de la escala de desesperanza de Beck se obtuvieron los siguientes resultados: 12 personas (31'6%) sin ningún riesgo de suicidio asociado, 11 personas (28'9%) con un leve riesgo de suicidio asociado, 8 (21'1%) personas con un moderado riesgo de suicidio y 7 personas (18'4%) con una alto riesgo de suicidio asociado. Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados se agruparon los rangos de puntuación (ninguno y leve por una parte; moderado y alto por la otra) dando como resultado 2 grupos (Tabla 1): Sin riesgo de suicidio asociado (60'5%) y con riesgo de suicidio (39'5%).

Respecto al Cuestionario ocupacional los resultados obtenidos en relación al tiempo dedicado, la competencia, el valor e interés de las actividades realizadas durante un día, presentaron las siguientes medias y desviaciones (Tabla 2):

En las actividades de trabajo el grupo sin riesgo de suicidio dedicaba una media de 4'06 horas (SD=4'92) mientras que el grupo con riesgo de suicidio dedicaba una media de 1'6 horas (SD=2'13). En relación a la competencia en las actividades de trabajo la puntuación media en las personas sin riesgo de suicidio fue de 2'56 (SD=2'11) y de 1'93 (SD=1'86) en las personas con riesgo de suicidio. En el porcentaje de valor en las actividades de trabajo las personas sin riesgo de suicidio obtuvieron una media de 2'65 (SD=2'10) y las personas con riesgo de suicidio 2'28 de media (SD=2'05). El porcentaje de interés en las actividades de trabajo de las personas sin riesgo de suicidio fue de 2'23 (SD=1'98) y de 1'73 (SD=1'75) en las personas con riesgo de suicidio.

En las Actividades de la Vida Diaria el grupo sin riesgo de suicidio dedicaba una media de 5'10 horas (SD=2'99) mientras que el grupo con riesgo de suicidio dedicaba un 5'83 horas de media (SD=3'45). La media de puntuación de la competencia en las Actividades de la Vida Diaria en las personas sin riesgo de suicidio fue de 3'79 (SD=1'33) y de 3'17 (SD=1'07) en las personas con riesgo de suicidio. En el de valor en las Actividades de la Vida Diaria las personas sin riesgo de suicidio se obtuvo una puntuación media de 3'95 (SD=1'30) y las personas con riesgo de suicidio 3'90 de media (SD=1'17). La puntuación media del interés en las Actividades de la Vida Diaria de las personas sin riesgo de suicidio fue de 3'71 (SD=1'30) y de 3'23 (SD=1'07) en las personas con riesgo de suicidio.

En las actividades de Recreación el grupo sin riesgo de suicidio dedicaba una media de 5'13 horas (SD=3'65) mientras que el grupo con riesgo de suicidio dedicaba 3'40 horas de media (SD=3'79). La puntuación media de competencia en las actividades de Recreación en las personas sin riesgo de suicidio fue de

3'76 (SD=1'33) y de 2,24 (SD=1'92) en las personas con riesgo de suicidio. En la puntuación del valor en las actividades de Recreación, las personas sin riesgo de suicidio obtuvieron una media de 3'96 (SD=1'40) y las personas con riesgo de suicidio 2'34 de media (SD=2'05). La puntuación media del interés en las actividades de Recreación de las personas sin riesgo de suicidio fue de 4'06 (SD=1'37) y de 2'46 (SD=2'13) en las personas con riesgo de suicidio.

En las actividades de Descanso el grupo sin riesgo de suicidio dedicaba una media de 1'95 horas (SD=2'96) mientras que el grupo con riesgo de suicidio dedicaba 2'90 horas de media (SD=3'08). La puntuación media de competencia en las actividades de Descanso en las personas sin riesgo de suicidio fue de 2'24 (SD=2'04) y de 1'72 (SD=1'84) en las personas con riesgo de suicidio. En la puntuación del valor en las actividades de Descanso, las personas sin riesgo de suicidio obtuvieron una media de 2'36 (SD=2'16) y las personas con riesgo de suicidio 1'82 de media (SD=1'84). La puntuación media del interés en las actividades de Descanso de las personas sin riesgo de suicidio fue de 2'45 (SD=2'28) y de 2'01 (SD=1'81) en las personas con riesgo de suicidio.

En el contraste de diferencias a partir de la prueba de Mann-Whitney (Tabla 3) se identificaron resultados significativos entre la comparación de personas con y sin riesgo de suicidio en relación al porcentaje de competencia (010) e interés (026) de las Actividades de la Vida Diaria y respecto el porcentaje de competencia (008), valor (008) e interés (007) de las actividades de recreación, que permitieron rechazar la hipótesis nula y demostrar un efecto estadísticamente significativo sobre el riesgo de suicidio.

Discusión / Conclusiones

Los resultados obtenidos refieren que las personas sin riesgo de suicidio asociado presentan en general medias de puntuación en la competencia, el valor y el interés percibidos respecto al desempeño de las actividades de trabajo, actividades de la vida diaria, recreación y descanso, superiores a las

medias de puntuación del grupo con riesgo de suicidio. En el caso concreto de las puntuaciones en la competencia e interés percibidos en el desempeño de las actividades de la vida diaria, así como en la competencia, valor e interés de las actividades de recreación, los resultados de las medias presentan valores estadísticamente significativos.

Estos resultados nos indicarían que probablemente las personas sin riesgo de suicidio asociado, se sienten más realizadas, satisfechas y valoran más las actividades que desempeñan en su día a día que las personas con riesgo de suicidio asociado. Podemos interpretar que el desarrollo de actividades significativas para la persona actúa como mecanismo facilitador en el desarrollo del locus de control interno, la capacidad de disfrute y ofrece un valor a la vida actuando como factor protector de la desesperanza y por consecuencia del riesgo de suicidio en personas con trastorno mental.

Por todo esto consideramos necesaria la integración del diagnóstico ocupacional en las valoraciones clínicas de salud mental y específicamente en aquellos casos que presenten riesgo de suicidio asociado.

Se asumen algunas limitaciones de este estudio, las cuales sería conveniente de controlar en posibles nuevas investigaciones al respecto, como el aumento en el número de la muestra de estudio que favorezcan la generalización de los resultados; ajustar alguna de las variables de estudio (en el caso de los diagnósticos psiquiátricos por ejemplo, los autores consideran pertinente su concretización, siendo la depresión un diagnóstico a priorizar); extrapolar el estudio en muestras pertenecientes a otras zonas geográficas.

Partiendo de la importancia de un enfoque holístico para el abordaje del estudio de los comportamientos suicidas y de las limitaciones literarias en el campo de la terapia ocupacional con las que nos hemos encontrado en este estudio, los resultados obtenidos nos llevan a poner de manifiesto sobre la necesidad de realización de nuevas investigaciones en las que se contemple la variable del

desempeño ocupacional asociada al riesgo de suicidio en el área de salud mental, que ayuden a corroborar la hipótesis propuesta en este estudio a la vez que se fundamenta la necesidad de realización del diagnóstico ocupacional en la atención de casos con diagnóstico psiquiátrico y riesgo de suicidio asociado.

Bibliografía

- (1) Plan de Prevención del Suicidio - Dreta d' l' Eixample. Available at: <http://www.suicidioprevencion.com/antes.php?lang=cat>. Accessed 11/15/2009, 2009.
- (2) Bobes García J, Alejandra Sáiz Martínez P, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. Comportamientos suicidas - Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.
- (3) World Health Organization. Mental Health-Suicide Prevention (SUPRE). 2011; Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html. Accessed April, 2011.
- (4) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004 11/04;4:37-37.
- (5) Pokorny AD. Suicide prediction revisited. Suicide Life Threat Behav. 1993; 23(1):1-10.
- (6) Hawton K. Assessment of suicide risk. Brit J Psych. 1987 02;150:145-153.
- (7) Wilcock A. Occupation and Health: Are They One and the Same? J Occup Scien. 2007;14(1):3-8.
- (8) Van Bruggen H. European Network of Occupational Therapy in Higher Education. 2011; Available at: <http://www.enothe.hva.nl/>. Accessed February, 2011.
- (9) Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo Ocupación Humana. Teoría y aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
- (10) Hernández Figaredo P, García Gutiérrez L, Clavijo Portieles A. Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC). psiquiatria.com 2004;8(4).
- (11) Ruiz Mendez X, Poveda Palomo M, Hernández Fabelo MR, Ribero Canto O. Algunas características del Intento Suicida en el municipio Ciego de Ávila. 2000.
- (12) López Ibor JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- (13) Beck AT, Weisman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. J. Consult Clin Psychol. 1974;42:861-865.
- (14) García-Alandete J, Gallego-Pérez JF, Pérez-Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza: Un estudio empírico. Universitas Psychologica 2009 05;8(2):447-454.
- (15) Smith NR, Kielhofner G, & Watts JH. The relationship between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. Am J Occup Ther. 1986; 40(4): 278-283.
- (16) Barris R, Dickie V, Baron KB. A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation. Occup Ther J of Res. 1988 01;8(1):3-23.
- (17) Kielhofner G, Brinson M. Development and evaluation of an aftercare program for young chronic psychiatrically disabled adults. Occupat Ther Ment Health. 1989;9(2):1-25.