

Capítulo 24

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CON ADICCIONES A SUSTANCIAS

Bartolomé Pérez Gálvez

EPIDEMIOLOGÍA: RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Aunque la relación entre el uso de drogas ilegales y el suicidio no ha sido tan extensamente analizada como en el caso del alcohol, se ha evidenciado en numerosas investigaciones¹⁻³.

Los primeros estudios que establecieron la tasa de riesgo de suicidio en población adicta a drogas ilegales (por ejemplo, Kessler, Borges y Walters⁴) estimaron que la probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias cometiera un suicidio era 5,8 veces superior a la registrada en la población general. No obstante, los metanálisis realizados más recientemente han elevado esta tasa de riesgo considerablemente, llegando a multiplicarse por 17 el riesgo de suicidio entre la población adicta a drogas ilegales.

Esta asociación ha sido constatada tanto en estudios de cohortes como de autopsias psicológicas.

Estudios de cohortes

El primer metanálisis basado en estudios de cohortes fue realizado por Harris y Barraclough⁵, incluyendo 249 investigaciones publicadas en el periodo 1966-1993. Los resultados obtenidos apuntaron a que la Ratio Estandarizada de Mortalidad (SMR por sus siglas en inglés: *Standardized Mortality Ratio*) para el suicidio, entre los adictos a drogas ilegales, se situaba en 1.923. En otros términos, 19 veces superior al esperado en ausencia de la adicción a sustancias.

Por su parte, Wilcox et al.³ actualizaron el metanálisis de Harris y Barclough, incorporando nuevos estudios al *pool* de investigaciones utilizado por estos autores. En términos generales, los resultados fueron similares en cuanto al uso de drogas ilegales (SMR = 1.685), si bien se ofrecieron nuevos resultados algo más específicos. Por ejemplo, se analizó el riesgo de mortalidad por suicidio en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), registrándose una SMR de 1.373 (riesgo 14 veces superior), si bien con un amplio rango entre los ocho estudios incluidos en el metanálisis (SMR = 278-4.546).

Autopsias psicológicas

Cavanagh et al.⁶ analizaron la relación entre el suicidio y distintas variables entre las que se incluía el abuso de drogas, obtenida mediante la realización de autopsias psicológicas. Con una muestra de 76 investigaciones previamente publicadas, estos autores realizaron un metanálisis en el que se objetivó que el 47% de los suicidios analizados presentaban un trastorno por uso de sustancias, si bien no se diferenciaba entre alcohol y otros tipos de drogas.

DIFERENCIAS EN EL RIESGO DE SUICIDIO EN RELACIÓN A LA SUSTANCIA CONSUMIDA

Los estudios publicados hasta la fecha evidencian algunas diferencias en relación al riesgo de suicidio, asociadas al consumo de una sustancia en particular. A pesar de estas diferencias, el número de sustancias consumidas parece ser un factor más potente en la predicción de la conducta suicida que el tipo de droga consumida o que genera un trastorno adictivo^{1,3}.

Opiáceos

Entre los adictos a opiáceos (generalmente heroína), la mortalidad por suicidio se ha estimado en un amplio rango: entre un 3% y 35%^{7,8}. Aunque los primeros estudios en esta población clínica obtuvieron tasas de intentos autolíticos en un amplio rango (17%-47%), las investigaciones más recientes coinciden en tasas próximas al 40%^{8,9}.

En el metanálisis de Wilcox et al. ya citado, se incluyó la determinación de la tasa de suicidio en adictos a opiáceos, registrándose una SMR = 1.351 o, en otros términos, un riesgo 13,5 veces superior al de los no consumidores de este tipo de drogas.

Junto a los factores de riesgo habitualmente asociados al consumo de drogas (como la comorbilidad psiquiátrica o el desajuste social), en el caso de los adictos a opiáceos suele añadirse la existencia de otros eventos que incrementarían este riesgo, como la infección por VIH, mayor tasa de maltrato en la infancia o una disfunción social más acusada. Factores biológicos, como concentraciones plasmáticas disminuidas de colesterol total y colesterol-HDL han sido igualmente asociadas a una mayor prevalencia de conductas suicidas entre adictos a la heroína⁸.

Cocaína

El primer dato que apunta hacia la íntima asociación entre autolisis y cocaína es la elevada prevalencia del consumo de esta sustancia en los días previos a cometerse el acto suicida, oscilando entre el 9,4% y 20%¹⁰.

El metanálisis de Wilcox et al. no pudo incluir resultados específicos del riesgo de suicidio en población adicta a la cocaína por la escasa muestra disponible de este tipo de casos. No obstante, estudios recientes han registrado, en esta población clínica, tasas de ideación suicida sensiblemente superiores a las de los sujetos adictos a otros tipos de sustancias. Por ejemplo, en la población atendida en servicios de urgencias se ha observado que el 44% de los pacientes que presentan un trastorno por uso de cocaína presentan ideación suicida². La tasa es sensiblemente más baja entre los adictos a otros tipos de drogas ilegales, situándose en sólo un 17%. Los estudios más recientes corroboran estas cifras. En una muestra de 406 dependientes a la cocaína que recibían tratamiento, Roy observó que el 43,5% de la muestra presentaba antecedentes de intento de suicidio¹¹.

Existen importantes diferencias dependiendo de la vía de administración de la sustancia, posiblemente asociadas a la existencia de otros factores de riesgo. En Australia, Darke et al. han comunicado una tasa de intentos de suicidio del 10% entre adictos a la cocaína mediante una vía de administración no endovenosa, ascendiendo hasta un 38% en inyectores¹². No hay que olvidar la asociación entre la comorbilidad psiquiátrica y el suicidio. En este sentido, cabe reseñar que el 55% de quienes presentan un trastorno inducido por sustancias (bien afectivo, bien psicótico) expresan estas ideas de suicidio. Y, entre éstos, el 85% presentan un trastorno por uso de cocaína, evidenciando que, entre las drogas ilegales, esta sustancia es la que se asocia en mayor medida a la conducta suicida.

Otras sustancias

Indudablemente, la dependencia a sustancias que se asocia a una tasa de suicidio más elevada es la producida por las benzodiazepinas. El riesgo se multiplica por 44, respecto al registrado en la población general, entre los consumidores de este tipo de fármacos⁵, si bien debemos considerar el impacto de otros factores, como la más severa comorbilidad psiquiátrica en estos sujetos.

Otras drogas, en este caso ilegales, cuyo abuso presenta un incremento sustancial de las tasas de suicidio, son las metanfetaminas. En la revisión realizada por Darke et al., se concluía que un 25% de los adictos a las metanfetaminas presentaban antecedentes de intentos de suicidio¹². No obstante, una vez más debemos recordar la elevada y severa comorbilidad psiquiátrica existente entre los consumidores de este tipo de sustancias, en especial trastornos afectivos y psicóticos, de por sí con elevadas prevalencias de conductas autolíticas.

Finalmente, cabe reseñar la ausencia de resultados homogéneos en el caso de la adicción al cannabis. Si bien en el clásico metanálisis de Harris y Barclough⁵ se obtenía un riesgo de suicidio cuatro veces superior entre los consumidores de esta sustancia, estudios posteriores no han corroborado estos resultados.

Beautrais, Joyce y Mulder¹³ sugieren que la mayor parte de la asociación entre el abuso o dependencia al cannabis y un mayor riesgo de suicidio (en su caso, RR = 2) se justifica por dos razones:

- a. Por una parte, los individuos que desarrollan un abuso o dependencia al cannabis suelen proceder de estratos socio-económicos más desfavorecidos y presentar mayor frecuencia de problemas en la infancia, factores asociados con un mayor riesgo de suicidio.
- b. Por otra, la comorbilidad psiquiátrica que puede justificar, por si misma, una mayor tendencia a realizar conductas autolíticas.

En la misma línea que estos autores, Price et al.¹⁴ observan que la asociación entre el consumo de cannabis y el suicidio se debilita de forma extrema cuando se anula el efecto de otras covariables que intervienen en esta relación, como el consumo abusivo de alcohol, la comorbilidad psiquiátrica o el pobre ajuste social. Más recientemente, Serafini et al.¹⁵ han destacado el rol de los sentimientos de desesperanza como nexo de unión (y diana terapéutica) entre el consumo de cannabis, la comorbilidad psiquiátrica y el suicidio.

DIFERENCIAS DE GÉNERO

Son muy escasos los estudios que han valorado las diferencias de género en relación a la presencia de ideación autolítica y/o riesgo de suicidio en población drogodependiente. La muestra de mujeres en este tipo de estudios suele estar infrarrepresentada, haciendo inútil cualquier intento por establecer diferencias. No obstante, existen algunas excepciones que permiten apoyar la hipótesis de un mayor riesgo entre mujeres, aunque este hallazgo debe ser considerado con cautela en virtud de las limitaciones expuestas.

Como ejemplo, Wilcox et al.³ observaron que el riesgo de mortalidad por suicidio era tres veces superior entre mujeres drogodependientes, respecto a los hombres. No obstante, debe advertirse que esta comparación apenas incluía un estudio con un caso de suicidio en mujeres drogodependientes, frente a otros dos estudios, con un total de 27 varones fallecidos por suicidio. Apoyando esta tendencia, el mismo metanálisis establece un riesgo de suicidio 3 veces superior entre alcohólicos respecto a las mujeres adictas al alcohol; en este caso con amplias muestras y números de estudio.

En la misma dirección, aunque con diferencias menos llamativas, Benda¹⁶ evaluó la presencia de ideas autolíticas e intentos de suicidio en 315 veteranos y 310 veteranas de guerra adictos a drogas y sin hogar. Entre las mujeres se registró una tasa más elevada tanto de ideación autolítica (48,7% vs. 44,7%) como, especialmente, de intentos realizados (36,5% vs. 26,7%).

DIFERENCIAS DE EDAD

La asociación entre consumo de drogas y suicidio parece ser más intensa entre la población adolescente. Por ejemplo, en la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*¹⁷ se observa que el 25% de los adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años que habían consumido drogas ilegales en el último año habían presentado ideación autolítica o al menos un intento de suicidio. En el mismo estudio, la población adolescente no consumidora de drogas presentó una prevalencia de ideación o acto autolítico casi tres veces inferior, situándose en un 9%.

En muestras clínicas de sujetos que solicitan tratamiento por una adicción a drogas, los adolescentes presentan elevadas tasas de ideación autolítica e intentos de suicidio. Berman y Schwartz observaron que un 67% de los pacientes adolescentes presentaban ideación autolítica y hasta un 30% habían realizados tentativas de suicidio¹⁸. Esta mayor prevalencia de conductas suicidas entre adolescentes adictos a sustancias puede ser explicada por la comorbilidad con trastornos afectivos, así como por la presencia más acusada de determinados rasgos de personalidad que, como la búsqueda de sensaciones o la agresividad, se han asociado a un mayor riesgo de suicidio.

La búsqueda de sensaciones es un rasgo de especial importancia en los trastornos adictivos. Definido por Zuckerman como "*la necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas*"¹⁹. Existen múltiples investigaciones que evidencian la asociación de este rasgo de personalidad con la conducta suicida^{20,21,22}. Como explicación de esta íntima relación, se ha propuesto que los intentos autolíticos constituyen una manera de eliminar (o, cuando menos, disminuir) emociones negativas como la ansiedad, la ira o los estados depresivos²³, por cuanto la conducta suicida acabaría siendo el resultado de la búsqueda de experiencias intensas y novedosas²⁴.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

La presencia de otras patologías psiquiátricas concomitantes es uno de los principales factores que inciden en la aparición de ideas autolíticas y conductas suicidas en las personas con dependencia a drogas. Ambos factores (abuso de sustancias y trastorno comórbido) interactúan entre sí, multiplicando los riesgos relativos de ambas condiciones. Un dato especialmente relevante es el hecho de que el 38% de los suicidas presentan comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias y otra patología psiquiátrica⁶.

Entre las patologías psiquiátricas comórbidas que en mayor medida incrementan el riesgo de suicidio destacan los trastornos del estado del ánimo, de la personalidad y la esquizofrenia, así como rasgos de personalidad de especial intensidad en este tipo de pacientes, como es la impulsividad agresiva.

Trastornos del estado del ánimo

Los trastornos del estado del ánimo presentan, *per se*, uno de los riesgos relativos más elevados de suicidio, estimado en 20,4 para el trastorno depresivo mayor y en 21,7 para el trastorno bipolar²⁵.

A su vez, la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y este tipo de patologías es igualmente muy elevada. Los datos comunicados en la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) indican que el 35,3% de los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de un trastorno por uso de sustancias (incluyendo el alcohol) presentaron comorbilidad con un trastorno del estado del ánimo en el último año, frente a sólo el 8.1% de quienes no son adictos a sustancias. Es decir, un riesgo casi cinco veces superior²⁶.

La asociación entre los trastornos del estado del ánimo, el consumo de sustancias y el suicidio se evidencia en los resultados obtenidos por diversos estudios específicos. Por ejemplo, la revisión de estudios de autopsias psicológicas realizada por Cavanagh et

al.⁶ concluye que los trastornos psiquiátricos más habituales entre quienes cometen un suicidio son los trastornos del estado del ánimo (generalmente, un trastorno depresivo mayor) y los producidos por el uso de sustancias.

El hecho de que un trastorno depresivo sea primario o inducido por el consumo de sustancias no debe ser motivo para no considerar su mayor riesgo de autolisis. No obstante, éste difiere dependiendo de que se conjuguen ambas etiologías o se presenten de forma independiente. Niciu et al.²⁷ analizaron el riesgo de suicidio en 1929 sujetos diagnosticados de un episodio depresivo mayor (EDM), dividiéndolos en cuatro grupos:

- Sin antecedentes previos de un EDM (55,3% de la muestra).
- Episodio depresivo mayor no comórbido con un trastorno por uso de sustancias (8,1%).
- Episodio depresivo mayor inducido por sustancias (27,9%).
- Existencia actual o antecedentes de ambos tipos de EDM: primario e inducido (8,7%).

Entre los sujetos incluidos en el último grupo, un 73% presentaba ideación autolítica y el 41% intentó suicidarse. Cuando los antecedentes del episodio depresivo eran exclusivamente de tipo primario o inducido (no ambos), la tasa de ideación autolítica descendía al 56% y la de intentos autolíticos en el 23%. Finalmente, en ausencia de antecedentes de un episodio depresivo previo, estas tasas eran del 26% y 7%, respectivamente.

El riesgo de suicidio es igualmente más elevado en pacientes con un trastorno bipolar comórbido, asociándose generalmente a episodios depresivos o mixtos, raramente en fases maníacas o hipomaníacas²⁸.

Trastornos de ansiedad

La asociación entre el suicidio y los trastornos de ansiedad ha sido detalladamente analizada por Cogle et al.²⁹, a partir de los datos obtenidos en la *National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) Study*. En esta amplia investigación (n = 4.131 sujetos) se concluye que los trastornos de ansiedad duplican tanto la existencia de ideación autolítica como de intentos suicidas a lo largo de la vida.

Este tipo de patologías presentan, igualmente, una elevada comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias. Entre quienes presentan una adicción a sustancias, la prevalencia-año de alguna patología de este tipo se sitúa en un 27%, siendo tres veces superior a quienes no cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia a drogas o alcohol²⁶.

Un trastorno de ansiedad que incrementa sensiblemente el riesgo de suicidio es el Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT). No obstante, parece que esta asociación está mediada por la confluencia de otros factores. Un mayor riesgo de suicidio se asocia significativamente con la existencia de abusos en la infancia, antecedentes familiares de suicidio y antecedentes previos de episodios depresivos.

Entre las mujeres adictas a sustancias, el riesgo de suicidio se duplica en presencia de patología de ansiedad asociada a antecedentes de victimización infantil, llegando a

alcanzar en algunas muestras un 70% de prevalencia en cuanto a ideación autolítica. La influencia del TEPT como factor de riesgo en mujeres adictas es tal que destacados expertos en el tratamiento de esta patología, como Lisa Navajits, han encontrado antecedentes de intentos de suicidio o lesiones recientes (en los últimos tres meses) en una de cada tres pacientes³⁰.

Esquizofrenia

En la actualidad existe cierta divergencia al respecto de la prevalencia de suicidio en población con esquizofrenia. Si bien clásicamente se han aceptado cifras entorno al 10%-15%, estudios más recientes han criticado que estos datos pueden ser demasiado elevados, como resultado de una hiperrepresentación de sujetos con un primer episodio de tratamiento o en fases iniciales de la enfermedad, estimándose que la prevalencia real se situaría en torno al 5%, con mayor riesgo al inicio de la enfermedad³¹.

El riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias se multiplica por cinco entre los pacientes esquizofrénicos. Se estima que hasta un 60% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un trastorno por uso de sustancias, comorbilidad que incrementa considerablemente la probabilidad de que cometan un acto autolítico.

Aunque son escasos los estudios que han analizado con detalle esta asociación entre esquizofrenia, abuso de sustancias y suicidio, existen datos que corroboran un previsible mayor riesgo autolítico. Recientemente, Haddock et al.³² han observado que el 28,6% de los pacientes con esta comorbilidad cometen un intento de suicidio a lo largo de un periodo de seguimiento de 24 meses.

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son otras de las patologías caracterizadas por un elevado riesgo de suicidio, a la vez que por una alta comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias. Se estima que el 52% de quienes cometen su primer intento autolítico presentan un trastorno de la personalidad³³, con especial incidencia de aquellos caracterizados por rasgos impulsivos (por ejemplo, los del clúster B y, en especial, el trastorno límite de la personalidad) o con elevada comorbilidad con trastornos afectivos, como el trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo) de la personalidad. De igual modo, hasta el 40% de las personas con un trastorno de este tipo realizarían algún intento autolítico a lo largo de sus vidas.

Por otra parte, la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y un trastorno de la personalidad es, con toda seguridad, la comorbilidad más frecuente entre la población drogodependiente. En la anteriormente citada *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), el 51% de los sujetos adictos a sustancias presentaban un trastorno de la personalidad, frente a sólo el 13,2% de la población no adicta.

Como parece obvio destacar, la impulsividad y los sentimientos de desesperanza e inadecuación interpersonal subyacen como factores que influyen en la íntima asociación entre este tipo de patologías, el consumo de sustancias y las conductas autolíticas.

SOBREDOSIS E INTENTOS DE SUICIDIO

Aunque una sobredosis no implica un intento autolítico, no es menos cierto que existe cierto *continuum* entre sobredosis no letales, sobredosis involuntarias letales, y sobredosis letales intencionadas³⁴. No obstante, se ha observado que los pacientes que sufren sobredosis tienen un riesgo seis veces superior de cometer un suicidio que aquellos que no presentan este tipo de antecedentes. Como explicación a esta mayor probabilidad, distintos autores apuntan que una sobredosis conlleva cierto grado de desesperanza y de indiferencia hacia la propia vida, sentimientos que son habituales en el suicida.

Existe una amplia divergencia en los resultados obtenidos entre distintos estudios, a la hora de determinar el grado de intencionalidad de las sobredosis. Puede estimarse que un 30% de las sobredosis (principalmente entre adictos a opiáceos) son intencionadas, y un 10% se considerarían como claros intentos de suicidio, si bien debemos insistir en la amplia variabilidad observada en los estudios.

En cualquier caso, la sobredosis (bien de una droga ilícita, bien de psicofármacos) parece tratarse del medio de suicidio más habitual entre la población adicta a sustancias, llegando a caracterizar al 45% de los casos en algunas muestras de pacientes en tratamiento³⁵.

PAUTAS PARA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CON ADICCIONES A SUSTANCIAS

Pautas generales de intervención

Distintos grupos de consenso y guías clínicas han establecido algunas pautas generales que permiten dirigir la intervención en pacientes adictos a sustancias, en relación a su mayor riesgo autolítico. En 2009, el *Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)* de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* publicó las conclusiones de un panel de consenso en las que se recogían diez puntos básicos que deben guiar las actuaciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida en pacientes adictos a sustancias³⁶:

1. *Casi todos los pacientes con tendencias suicidas se encuentran ambivalentes respecto a seguir o no viviendo.* Algunos autores consideran que la lucha entre los deseos de morir y de querer seguir viviendo constituye el aspecto nuclear de la crisis suicida. Los pensamientos autolíticos siempre deben ser tomados en consideración, sin trivializarlos y evitando ignorar señales que nos orienten hacia el deseo de morir. Por otra parte, es aconsejable apoyar todo aspecto que pueda argumentar al sujeto para mantenerse vivo, generando una expectativa realista.
2. *Las crisis suicidas pueden ser superadas.* Los intentos autolíticos son estados agudos y, en consecuencia, transitorios. Cuando no son consumados, la mayoría de quienes los han realizado muestran cierto alivio por no haber muerto como resultado de la conducta suicida. Diversos tratamientos han evidenciado su eficacia para evitar la reaparición de estas conductas, bien dirigidos a disminuir la severidad de la patología de base que los favorecen (por ejemplo, la terapia dia-

léctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad), bien diseñadas específicamente para prevenir el suicidio en sujetos adictos a sustancias, como el *Preventing Addiction Related Suicide (PARS)*³⁷.

3. *Aunque el suicidio no puede ser pronosticado con certeza, la valoración de riesgo del suicidio es una valiosa herramienta clínica.* Los sujetos adictos a sustancias presentan un riesgo de suicidio considerablemente más elevado que el registrado entre la población general. Aunque no pueda determinarse con seguridad si un paciente concreto realizará una conducta suicida, la valoración de este riesgo es obligada y constituye un instrumento de gran interés clínico para instaurar medidas de prevención específicas.
4. *La prevención del suicidio debe extenderse más allá de la intervención en crisis.* Los adictos a sustancias suelen presentar múltiples factores de riesgo asociados al suicidio, aunque posiblemente no relacionados con un intento autolítico específico. Por ejemplo, en un intento suicida ocurrido en el contexto de una recaída en el consumo, factores como recuerdos del maltrato sufrido en la infancia o problemas de relación interpersonal podrían no haber afectado directamente y, sin embargo, mantienen su consideración de factores de riesgo para conductas autolíticas posteriores. Al objeto de evitar la recurrencia, este tipo de factores precisan un tratamiento específico, independientemente de su asociación inmediata a un intento autolítico reciente.
5. *Los “contratos terapéuticos de suicidio” no son recomendados y nunca son suficientes.* Los “contratos de suicidio”, “contratos de no suicidio”, “contratos de seguridad” o, más correctamente, los contratos terapéuticos entre paciente o terapeuta en los que se acuerda que el primero no realizará un intento autolítico en un futuro próximo, son de dudosa utilidad a juicio del Panel de Consenso del *Center for Substance Abuse Treatment*³⁶. Generalmente, se utilizan para descargar responsabilidad legal del terapeuta y no existe ninguna evidencia científica de su eficacia, más aún cuando se realizan como única intervención en este tipo de pacientes de alto riesgo.
6. *El riesgo de suicidio se mantiene en algunos pacientes, incluso después de haber alcanzado la abstinencia.* El riesgo suicida disminuye considerablemente cuando el paciente alcanza la abstinencia. No obstante, otros factores como la comorbilidad con ciertos trastornos psiquiátricos o la problemática social y familiar asociada, favorecen que el riesgo se mantenga incluso después de un considerablemente tiempo de abstinencia por parte del paciente.
7. *Cualquier intento autolítico debe ser tomado en consideración.* Aunque anteriormente comentábamos que, en muchos casos, el sujeto percibe cierto alivio por no haber muerto, no siempre es así. Hay ocasiones en las que se sobrevive por algún fallo en la eficacia del método escogido, o bien porque el intento autolítico ha sido interrumpido o se ha producido un rescate. De hecho, la existencia de un intento previo de suicidio es uno de los principales factores de riesgo conocidos. Por este motivo deben ser tomados en consideración todos los actos suicidas, incluso en aquellos casos en los que el sujeto aparenta haberse arrepentido a última hora y ha interrumpido el intento autolítico.
8. *Los suicidas suelen ofrecer señales previas de su intención autolítica.* Desde la evidencia de sentimientos de desesperanza, hasta la manifestación directa de la

intención autolítica, el suicida potencial ofrece distintas señales de advertencia. No obstante, estas señales no siempre son advertidas por parte de los terapeutas y allegados al paciente.

9. *Es mejor preguntar a los pacientes sobre el suicidio y hacerlo directamente.* No existe evidencia alguna de que preguntar sobre las posibles intenciones autolíticas facilite que estas ideas aparezcan en la mente de las personas. Como apuntan Gould et al.³⁸, el *screening* del suicidio mediante preguntas directas no produce iatrogenia. Y, por otra parte, ésta es la única manera en que podemos aproximarnos a las intenciones reales de un presunto suicida.
10. *Los resultados no siempre muestran una relación previsible con el trabajo realizado.* La tasa de suicidios es mucho más baja que la de otras complicaciones que pueden surgir a lo largo del tratamiento de una persona con una adicción a drogas, como puede ser una recaída o el abandono de tratamiento. Por este motivo, incluso cuando no haya sido debidamente evaluado y detectado el riesgo de suicidio en un paciente con mayor vulnerabilidad, éste puede sobrevivir y no cometer un acto suicida. Del mismo modo, un excelente trabajo de detección e intervención preventiva no asegura que el destinatario no presente finalmente una conducta suicida. No obstante, se hace obligado evaluar siempre el riesgo de tendencias autolíticas en estos pacientes, habida cuenta de su mayor prevalencia.

El impacto de la intervención en la comorbilidad

En relación a la prevención de la conducta suicida en población drogodependiente, debemos destacar que la primera evidencia existente es el hecho de que el propio tratamiento del trastorno por uso de sustancias conlleva una importante reducción del riesgo de suicidio, llegando a disminuirlo en un 50%³⁹.

Por otra parte, la intervención dirigida a otras patologías comórbidas con alta prevalencia de ideación/conductas suicida, como es el trastorno límite de la personalidad, ofrece también excelentes resultados. La terapia dialéctico-conductual (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT) desarrollada por Linehan⁴⁰ ha demostrado su eficacia en disminuir la prevalencia de conductas autolíticas a la mitad, entre los pacientes que son tratados con DBT respecto a los que recibe otro tipo de intervención^{41,42}. En los estudios de Linehan, la población en la que se intervino mediante DBT presentaba una comorbilidad del 79% con un trastorno por uso de sustancias, ligeramente superior (y, en consecuencia, con peor pronóstico a pesar de su mejor resultado final) que el grupo control, en el que la prevalencia de un TUS fue del 67%. La eficacia de la DBT en la disminución del riesgo suicida le ha hecho merecedora de estar incluida entre los 20 programas basados en la evidencia que recoge el registro de buenas prácticas del *Suicide Prevention Resource Center* (SPRC)⁴³.

Intervenciones específicas

A pesar de la constatada relación entre el abuso de drogas y la conducta suicida, apenas existen contadas excepciones de programas dirigidos a la intervención específica en este problema de gran relevancia clínica. Llama la atención que los registros de me-

jores prácticas, como el ya citado del SPRC, no contengan ningún ejemplo de programa específico en población drogodependiente. No obstante, cuando menos la mitad de las intervenciones integradas en la base del SPRC pueden ser de mayor o menor utilidad en la prevención del suicidio en población adicta a sustancias, como refleja el Libro Blanco sobre la prevención del suicidio, elaborado por el *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT)⁴⁴.

Nos referimos a intervenciones terapéuticas o, quizás más correctamente denominadas, de “prevención secundaria” o “indicada”; esto es, dirigida a prevenir la enfermedad (en este caso, la conducta suicida) en población de alto riesgo. Generalmente se trata de adaptaciones, en población drogodependiente, de algunos de los programas que han evidenciado mayor eficacia en otras poblaciones clínicas.

Alguno de los autores más destacados del cognitivismo, como Aaron Beck, también han desarrollado intervenciones específicas para intervenir en paciente suicidas con trastornos por uso de sustancias. En este sentido, Wenzel, Brown y Beck⁴⁵ han propuesto un modelo de tratamiento en el que se diferencian tres fases:

1. Una fase inicial, en la que el terapeuta realiza una evaluación del problema; establece un plan de seguridad conjuntamente con el paciente; conceptualiza el caso, incluyendo la identificación y caracterización de los factores de vulnerabilidad del paciente, sus experiencias tempranas, creencias, pensamientos automáticos, y aquellos procesos cognitivos relevantes para el acto suicida; y establece objetivos terapéuticos con el paciente.
2. La fase intermedia del tratamiento: dirigida a incrementar el número de razones para vivir; desarrollar estrategias de afrontamiento; aumentar el cumplimiento de otros servicios; y mejorar los recursos sociales.
3. Finalmente, la fase avanzada o tardía: el terapeuta y el paciente consolidan todo cuanto se ha ido aprendiendo y avanzando a lo largo del tratamiento, trabajando en la prevención de recaídas y preparando al paciente para la conclusión de la fase aguda del tratamiento.

Entre las aportaciones más recientes destaca el *Preventing Addiction Related Suicide* (PARS), desarrollado por Voss et al.³⁷ para su aplicación en el contexto del tratamiento intensivo ambulatorio que constituye el estándar habitual en la atención a los pacientes drogodependientes en los Estados Unidos.

El PARS es una intervención sencilla, de una duración aproximada de 3 horas y con un contenido más próximo a la psicoeducación que a la psicoterapia. Su facilidad de aplicación es una de sus principales ventajas. Sin embargo, se trata de un programa demasiado reciente y poco evaluado, que apenas ha demostrado cierta eficacia en el cambio de actitudes y conocimientos en una pequeña muestra de 78 sujetos, al mes de haber concluido el programa³⁷.

En cualquier caso, insistimos en que no se dispone actualmente de un programa específico, de ámbito universal, para la población drogodependiente. Posiblemente, no sea ni necesario ni adecuado, más aún conscientes de la existencia de excelentes instrumentos que han demostrado alta eficacia en población comórbida, como el caso expuesto de la terapia dialéctico-conductual en el caso de pacientes con trastorno límite de la personalidad.

No obstante, sí parece aconsejable que los profesionales de la atención a las drogodependencias dispongan de un currículo de competencias y habilidades que les capacite para una correcta actuación ante este tipo de pacientes. Recientemente, Conner et al.⁴⁶ han observado que la formación de profesionales utilizando el TIP 50 (CSAT)³⁶ es eficaz y apenas precisa de una sesión de dos horas con apoyo de material audiovisual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol.* 2000;151(8):781-789.
2. Garlow SJ, Purselle D, D'Orío B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70(1):101-104.
3. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76(Suppl):S11-9.
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(7):617-626.
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;170:205-228.
6. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003;33(3):395-405.
7. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction.* 2002;97(11):1383-1394.
8. Kalyoncu A, Mirsal H, Pektaş Ö, Tan D, Beyazyürek M. Heroin-dependent patients attempting and not attempting suicide: a comparison. *Acta Neuropsychiatrica.* 2007;19:297-303.
9. Roy A. Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(4):416-420.
10. Petit A, Reynaud M, Lejoyeux M, Coscas S, Karila L. Addiction à la cocaïne: un facteur de risque suicide? *Presse Med.* 2012;41(7-8):702-712.
11. Roy A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(1):46-51.
12. Darke S, Kaye S, McKetin R, Duffou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27(3):253-262.
13. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Cannabis abuse and serious suicide attempts. *Addiction.* 1999;94(8):1155-1164.
14. Price C, Hemmingsson T, Lewis G, Zammit S, Allebeck P. Cannabis and suicide: longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 2009;195(6):492-497.
15. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Temple EC, Amore M, Borgwardt S, Girardi P. The association between cannabis use, mental illness, and suicidal behavior: What is the role of hopelessness? *Front Psychiatry.* 2013;4:125.
16. Benda BB. Gender differences in predictors of suicidal thoughts and attempts among homeless veterans that abuse substances. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35(1):106-116.
17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NHSDA Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2003.
18. Berman A, Schwartz R. Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child.* 1998;144:310-314.
19. Zuckerman M. Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1979.
20. Becerra B, Páez F, Robles-García R, Vela GE. Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(2):117-122.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CON ADICCIONES A SUSTANCIAS

21. Bolognini M, Laget J, Plancherel B, Stéphan P, Corcos M, Halfon O. Drug use and suicide attempts: the role of personality factors. *Subst Use Misuse*. 2002;37(3):337-356.
22. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*. 2003;33(1):61-73.
23. Goldston DB, Reboussin BA, Daniel SS. Predictors of suicide attempts: state and trait components. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(4):842-849.
24. Cooper ML, Wood PK, Orcutt HK, Albino A. Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(2):390-410.
25. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(Suppl 11):1-60.
26. Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80(1):105-116.
27. Niciu MJ, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Douglas K, Weiss R, et al. Subtypes of major depression in substance dependence. *Addiction*. 2009;104(10):1700-1709.
28. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):693-704.
29. Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*. 2009;43(9):825-829.
30. Harned MS, Najavits LM, Weiss RD. Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *Am J Addict*. 2006;15(5):392-395.
31. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247-253.
32. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophr Res*. 2013;151(1-3):215-220.
34. Kulkarni RR, Rao KN, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters: a case-control study. *Asian J Psychiatr*. 2013;6(5):410-416.
35. Farrell M, Neeleman J, Griffiths P, Strang J. Suicide and overdose among opiate addicts. *Addiction*. 1996;91(3):321-323.
36. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry*. 1999;175:277-282.
37. Center for Substance Abuse Treatment. Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 50. HHS Publication No. (SMA) 09-4381. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2009.
38. Voss WD, Kaufman E, O'Connor SS, Comtois KA, Conner KR, Ries RK. Preventing addiction related suicide: a pilot study. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(5):565-569.
39. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(13):1635-1643.
40. Ilgen MA, Jain A, Lucas E, Moos RH. Substance use-disorder treatment and a decline in attempted suicide during and after treatment. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(4):503-509.
41. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
42. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757-766.
43. McMain S. Dialectic behavior therapy reduces suicide attempts compared with non-behavioral psychotherapy in women with borderline personality disorder. *Evid Based Ment Health*. 2007;10(1):18.

44. Suicide Prevention Resource Center (SPRC). Disponible en: <http://www.sprc.org/bpr/section-i-evidence-based-programs>
45. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Suicide Prevention: Evidence and Implications: A White Paper. DHHS Pub. No. SMA-08-4352. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2008.
46. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients with substance dependence disorders. En: Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington DC: American Psychological Association; 2009, 283-310.
47. Conner KR, Wood J, Pisani AR, Kemp J. Evaluation of a suicide prevention training curriculum for substance abuse treatment providers based on Treatment Improvement Protocol Number 50. J Subst Abuse Treat. 2013;44(1):13-16.

ÍNDICE

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios de cohortes

Autopsias psicológicas

DIFERENCIAS EN RELACIÓN A LA SUSTANCIA CONSUMIDA

Opiáceos

Cocaína

Otras sustancias

DIFERENCIAS DE GÉNERO

DIFERENCIAS DE EDAD

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Trastornos del estado del ánimo

Trastornos de ansiedad

Esquizofrenia

Trastornos de la personalidad

SOBREDOSIS E INTENTOS DE SUICIDIO

PAUTAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CON ADICCIONES A SUSTANCIAS