

## Capítulo 25

# PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE ALCOHOL

Bartolomé Pérez Gálvez

---

### EPIDEMIOLOGÍA: RELACIÓN ENTRE CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE ALCOHOL

#### Una visión poblacional: consumo per cápita de alcohol y tasas de suicidio

El incremento en el consumo per cápita de alcohol ha sido asociado con un aumento en la tasa de suicidios. En la mayoría de los estudios realizados en distintos países, se observa una relación en esta dirección<sup>1</sup>. No obstante, existen algunas investigaciones que muestran resultados divergentes, como las realizadas en Portugal<sup>2</sup> o Francia<sup>3</sup>, países de elevado consumo per cápita de alcohol en el que no se advierte una relación directa entre ambas variables. En consecuencia, parecen existir otros factores socioculturales o ambientales que influirían en la asociación entre el consumo per cápita de alcohol y la tasa de suicidios.

Los efectos de un mayor consumo per cápita de alcohol sobre la tasa de suicidios en la misma población son más acusados en los países del norte de Europa. En Noruega como en Suecia, el incremento de 1 litro en el consumo per cápita de alcohol se encuentra asociado a un aumento en la tasa de suicidios del 10%-15%. Sin embargo, según descendemos hacia el sur del continente, esta asociación se debilita, llegando a ser de apenas un 2% en Francia y Portugal, y prácticamente insignificante en España, Italia y Suiza. En los países del este de Europa se han observado incrementos en el rango 2,7%-7,5% en las tasas de suicidio por cada litro de alcohol que aumenta el consumo per cápita, siendo más potente esta asociación en los países con un consumo más problemático<sup>4</sup>.

Los resultados obtenidos hasta la fecha orientan hacia la coexistencia de distintos factores, propios del consumo de alcohol, que podrían favorecer una asociación directa entre el aumento en el consumo per cápita y el aumento en la tasa de suicidios.

Como podemos apreciar a la luz de los resultados anteriormente expuestos, en algunos países con elevado consumo per cápita (por ejemplo, España, Italia o Francia) no se advierte esta relación consumo-suicidio y, en cambio, en otros países de consumo también elevado (por ejemplo, Europa del este), esta asociación se hace evidente.

Según advierten algunos autores<sup>4,5</sup>, la cuestión no estriba exclusivamente en el consumo per cápita, sino en algunas variables asociadas al uso del alcohol, como la preferencia por las bebidas destiladas, el *binge drinking* (consumo de “atracción”) o la permisividad social ante el consumo excesivo de esta sustancia. La coexistencia de un elevado consumo per cápita, con un modo de consumo de elevada intensidad -como el referido *binge drinking*- es el factor que mejor explica estas diferencias entre países.

Existe suficiente evidencia científica y coincidencia en que el consumo alcohol incide en la conducta suicida de distintas maneras. Ya en 1938, el psiquiatra estadounidense Karl Menninger distinguía entre el “suicidio crónico” que significa la propia adicción al alcohol y el rol que juega esta sustancia en el “suicidio focal” o daño deliberado autoinfligido<sup>6</sup>.

En términos generales, el consumo de alcohol y, particularmente, el consumo perjudicial o excesivo, se asocia a la conducta suicida por tres vías<sup>7</sup>:

- a. A nivel poblacional, el consumo de alcohol se correlaciona con la tasa de suicidios.
- b. Por sus efectos desinhibidores, el consumo agudo de alcohol se asocia a la realización de intentos autolíticos que, en muchas ocasiones, acaban siendo letales o “completados”.
- c. Los adictos al alcohol presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general, por los factores predisponentes y precipitantes que describiremos posteriormente.

### **La visión individual: consumo de alcohol y suicidio**

Por evidentes limitaciones metodológicas, el estudio de la asociación existente entre el consumo de alcohol y el suicidio se ha centrado, fundamentalmente, en la ideación suicida y los intentos de suicidio, más que en los actos autolíticos consumados. A nivel individual, el uso de alcohol se asocia a un mayor riesgo de presentar ideación autolítica e intentos de suicidio, así como de que éstos sean finalmente consumados.

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de ideación, planificación e intento de suicidio, independientemente de que el individuo presente o no un trastorno adictivo a esta sustancia. Se estima que en el 37% de los suicidios consumados (rango: 10%-69%) y en el 40% de los no letales (rango: 10%-73%), el sujeto había consumido alcohol previamente<sup>8</sup>. Recientemente, Caetano et al.<sup>9</sup> observaron que en uno de cada cuatro suicidios consumados se encontraron alcoholemias iguales o superiores a 0.8 gr/dl, criterio habitualmente utilizado para determinar la existencia de un estado de intoxicación pre-mortem. La proporción de casos en los que se detectó una embriaguez previa al sui-

cidio variaba según el grupo étnico de los sujetos: asiáticos, 13%; negros, 15%; blancos, 22%; hispanos, 28%; indígenas, 36%.

Más allá del hecho de que exista un consumo de alcohol previo al acto suicida, es posible determinar la fracción atribuible al alcohol para esta causa de mortalidad. En nuestro país, los datos más recientes estiman que el 23% de los suicidios están motivados por el consumo de alcohol<sup>10</sup>.

La precocidad en el consumo se asocia, igualmente, a un mayor riesgo de conductas suicidas. En población adolescente entre 14 y 18 años, cuando el inicio en el consumo de alcohol se ha producido antes de los 13 años, el riesgo de presentar ideación suicida registrar una OR = 1.89 respecto a quienes no han iniciado el consumo a esa edad (es decir, un incremento del 89%), y OR = 2.71 (un riesgo aumentado en un 171%) para los intentos de suicidio<sup>11</sup>. Cuando el inicio de consumo es posterior a los 13 años, los riesgos se reducen ligeramente pero manteniéndose siempre más elevados que entre los adolescentes que no han consumido alcohol (ideación suicida: OR = 1.50; intento de suicidio: OR = 2.00).

En relación al género, la asociación entre el consumo de alcohol -no con la adicción al alcohol sino con su consumo- y el intento de suicidio es más común entre los hombres<sup>12</sup>.

Obviamente -y como luego expondremos- el riesgo es mayor cuando se trata de un sujeto con un trastorno por abuso o dependencia al alcohol. Se calcula que el 30%-49% de quienes han consumido alcohol antes de un intento autolítico presentan un trastorno por uso de alcohol.

Existen distintos factores de naturaleza proximal que median la influencia de la ingesta de alcohol en las distintas fases de la conducta suicida:

- a. La impulsividad y la agresividad, ambas incrementadas en situaciones de intoxicación etílica.
- b. El incremento del distrés psicológico que produce la propia embriaguez.
- c. Las expectativas que, producidas por la ingesta de alcohol, favorecen el paso de la ideación suicida al acto autolítico.
- d. La afectación cognitiva y, en concreto, la restricción que se produce respecto a la capacidad de generar y poner en práctica conductas de afrontamiento ante la ideación autolítica.

Todos estos factores -a los que se añaden otros de naturaleza distal-, determinarán la incidencia definitiva del alcohol en la conducta suicida, mediante las relaciones que Hufford<sup>13</sup> ha englobado en su *Cusp Catastrophe Model* al que haremos referencia posteriormente.

### **Más allá del consumo: suicidio y trastornos por uso de alcohol**

Hasta el momento nos hemos referido al consumo de alcohol y su relación con el suicidio, como variable proximal a éste. En otros términos, hablamos del consumo de alcohol inmediato y previo al acto suicida, que pudiera influir en la realización final del mismo. Más allá del simple consumo, cabe analizar la influencia de los trastornos adictivos asociados al uso del alcohol (bien abuso, bien dependencia) en la conducta suicida.

La evidencia de la asociación entre los trastornos por uso de alcohol y el suicidio proceden de múltiples estudios de cohortes (tanto retrospectivos como prospectivos) así como por los basados en las denominadas “autopsias psicológicas”. Recordemos que la autopsia psicológica es un método de investigación clínica, propuesto por Shneidman<sup>14</sup>, para el estudio del suicidio y definido como “un proceso de recolección de datos que permite reconstruir el perfil psicológico de una persona y su estado mental antes del deceso por causa dudosa (suicidio, homicidio, muerte accidental o natural)”.

El primer meta-análisis, basado en estudios de cohortes, que ofrece datos relativos al riesgo de suicidio en sujetos con trastornos por uso de alcohol fue publicado por Harris y Barraclough<sup>15</sup>. La principal conclusión de este trabajo es la estimación de que los consumidores excesivos de alcohol quintuplican el riesgo de suicidio en relación a los bebedores sociales o normativos.

Wilcox, Conner y Caine<sup>16</sup> revisaron un total de 42 estudios previamente publicados, que analizaban la relación de los trastornos adictivos por distintas sustancias con la conducta suicida. La intención de los autores era actualizar una revisión previa de 20 investigaciones -todas ellas incluidas en este nuevo trabajo-, realizada por Harris y Barraclough en su meta-análisis. Para ello respetaron la exigente metodología de estos últimos, aplicando los siguientes criterios, deberían cumplir las investigaciones para ser incluidas en la nueva revisión:

- a. Disponer de un seguimiento igual o superior a dos años.
- b. Una pérdida de casos inferior al 10% de la muestra.
- c. Especificar el número de suicidios observados.
- d. Aportar el valor esperado de suicidios o, en su defecto, proveer la información necesaria para poder obtener este indicador recurriendo a las estadísticas de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud.

Entre los 42 estudios incluidos, se identificaron 33 investigaciones que aportaban información específica sobre la asociación entre los trastornos por uso de alcohol y la conducta suicida. Como variable de resultado para determinar el riesgo de suicidio, los autores utilizaron la Ratio Estandarizada de Mortalidad (SMR por sus siglas en inglés: *Standardized Mortality Ratio*). Esta ratio se calcula dividiendo el número real de suicidios por el número esperado, multiplicando por 100 para evitar el uso de decimales. Un valor de SMR = 100 indicaría que el número de suicidios esperados y el real es el mismo y, en consecuencia, el riesgo de suicidio no sería mayor ni menor que el que cabría esperar en ausencia del factor de riesgo evaluado. Por el contrario, un SMR = 500 se interpretaría como un riesgo de suicidio cinco veces superior al que se esperaría en ausencia del factor analizado.

Los resultados de la revisión de Wilcox y sus colegas indican que el consumo excesivo de alcohol triplicaría el riesgo de suicidio (SMR = 351; 95% CI 251-478;  $p < 0.001$ ). Este riesgo se dispararía hasta una SMR = 979 (95% CI 898-1065;  $p < 0.001$ ) en el caso de cualquier trastorno por uso de alcohol; es decir, el riesgo de suicidio en el caso de presentar antecedentes de un trastorno por abuso o dependencia al alcohol se multiplicaría por diez. Entre los estudios incluidos en la revisión se encuentra uno español<sup>17</sup>, correspondiente al seguimiento post-tratamiento, a cinco años, de 850 alcohólicos, si bien no se trataba de un estudio específico sobre la asociación de esta enfermedad y el suicidio.

En esta muestra, la SMR fue sensiblemente más elevada que la obtenida a nivel global, situándose en 1515, es decir, un riesgo de suicidio 15 veces superior al esperado

Es importante destacar que, en el meta-análisis de Wilcox, Conner y Caine<sup>16</sup>, se observan diferencias entre ambos sexos, con un mayor riesgo asociado a las mujeres. La SMR entre los varones fue de 483 (recordemos, un riesgo de suicidio cinco veces superior al esperado), mientras que entre las mujeres esta ratio se elevó hasta 1690, esto es, un riesgo 17 veces superior al esperado. Estos resultados se contraponen a otros estudios en los que se ha observado un mayor riesgo de suicidio entre los alcohólicos varones<sup>18,19</sup>. Para evitar posibles confusiones, Brady<sup>20</sup> recuerda que, en la población general, el consumo abusivo de alcohol y las embriagueces son más habituales entre los hombres. Por esta razón, una prevalencia más elevada de adicción al alcohol entre los varones víctimas de suicidio no debe ser interpretada como una susceptibilidad especial entre los alcohólicos de este sexo. La lectura de los datos reflejados en el meta-análisis de Wilcox y colaboradores nos hace concluir que las mujeres alcohólicas presentan mayor riesgo de suicidio respecto a las no alcohólicas, que el registrado entre los hombres adictos al alcohol respecto a quienes no presentan este trastorno adictivo.

La importancia de los trastornos por uso de alcohol, en la comisión de intentos autolíticos, se ve igualmente reflejada en el trabajo publicado por Flensburg-Madsen et al.<sup>21</sup> sobre una muestra de 14.223 sujetos que habían realizado alguna tentativa autolítica, de los que 209 la consumieron. El diagnóstico de un trastorno por dependencia o abuso de alcohol fue el antecedente psiquiátrico más común, estando presente en el 7,4% de quienes realizaron un intento no letal y en el 27,3% de quienes fallecieron por razón del acto suicida. Estos datos apuntan hacia el hecho de que, la presencia de un trastorno por uso de alcohol (actual o pasado) incrementa el riesgo de que el intento autolítico acabe siendo letal, multiplicándolo por 10 (OR = 9.69) incluso en ausencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido.

A nivel europeo<sup>22</sup>, los trastornos por uso de alcohol se presentan como el segundo factor psiquiátrico de riesgo para la realización de un intento autolítico a lo largo de la vida (OR = 2.5), sólo superados por la depresión (OR = 4.8).

En nuestro país, la importancia de los trastornos por abuso o dependencia al alcohol en la conducta suicida es coincidente con lo observado en otras poblaciones. En el estudio ESEMeD-España<sup>23</sup>, los trastornos por uso de alcohol se identificaron como el principal factor de riesgo para la planificación suicida (OR = 10.0; 95% CI: 2.5-39.7), así como uno de los más importantes en relación a la ejecución de un intento suicida (OR = 4.9; 95% CI: 1.0-24.4).

Como resultado final de este mayor riesgo relativo, se estima que un 43% de los alcohólicos que solicitan tratamiento presentan algún antecedente de intento autolítico, con mayor prevalencia entre mujeres, sujetos con antecedentes familiares de suicidio, traumas infantiles, y más jóvenes<sup>24</sup>. Aunque clásicamente se ha considerado que la mortalidad por suicidio entre alcohólicos era de un 15%<sup>20,7</sup>, en un estudio realizado usando modelos estadísticos más complejos, Inskip et al.<sup>25</sup> estimaron que la tasa de suicidio consumado entre la población alcohol-dependiente era de un 7%. Un riesgo que, aun siendo la mitad del considerado inicialmente, sigue manteniéndose entre los más elevados de cuantos se registran en las enfermedades psiquiátricas, incluso superando el 6% comunicado para los trastornos afectivos<sup>26,7</sup>.

## BASES NEUROBIOLÓGICAS

### Serotonina

Distintas investigaciones han evidenciado la asociación existente entre una hipoactividad serotoninérgica y el incremento de la impulsividad y agresividad, factor que a su vez se relaciona con una mayor probabilidad de realizar conductas autolíticas. La disminución de niveles de serotonina en el córtex prefrontal (CPF) produce una alteración en los mecanismos de inhibición conductual. El déficit de la capacidad del individuo por inhibir sus comportamientos aumenta la probabilidad de materializar las ideas suicidas.

El alcoholismo se asocia a la alteración en los niveles cefalorraquídeos de los metabolitos de monoaminas. Los niveles de ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA), metabolito de la serotonina, están disminuidos en alcohólicos abstinentes, independientemente de la coexistencia, o no, de un trastorno depresivo. La comorbilidad con una patología afectiva disminuiría aún más estos niveles de 5-HIAA en LCR, aumentando la probabilidad de cometer un acto suicida e incrementando su letalidad. Así lo evidenciaron Sher et al.<sup>27</sup>, observando que los niveles en líquido cefalorraquídeo (LCR) del 5-HIAA aparecen disminuidos entre los alcohólicos con trastorno depresivo comórbido, que han intentado suicidarse mediante métodos de alta letalidad en relación a quienes utilizaron medios de baja letalidad.

En la disfunción serotoninérgica parecen estar también implicados los receptores de este sistema de neurotransmisión. Los alcohólicos presentarían ciertas alteraciones que justificarían un mayor riesgo de suicidio, como una menor capacidad de unión de la serotonina a los receptores 5-HT<sub>1A</sub>. En suicidas no alcohólicos, esta unión está incrementada en la corteza prefrontal, como medio de compensación de la disminución de los niveles de serotonina. En el caso de los alcohólicos existiría un fallo a la hora de regular al alza los receptores 5-HT<sub>1A</sub> prefrontales como respuesta para compensar el descenso de niveles de serotonina. De este modo se generaría una mayor disminución de la neurotransmisión serotoninérgica y, en consecuencia, un riesgo más elevado de realizar conductas suicidas.

### Dopamina

La dopamina también tiene un papel importante en la disfunción serotoninérgica observada en pacientes alcohólicos y suicidas. Inicialmente, los niveles disminuidos de 5-HIAA en estos sujetos podrían justificarse por la presencia de un trastorno depresivo comórbido. Sin embargo, la mayor tendencia al suicidio observada entre los depresivos con alcoholismo comórbido frente a quienes no presentan un trastorno adictivo al alcohol, parece estar relacionada con las diferencias en la regulación dopaminérgica.

En sujetos deprimidos con historia previa de intentos autolíticos, se han observado niveles disminuidos de ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, en el líquido cefalorraquídeo. Esta disminución no se asocia a la depresión, por cuanto los sujetos deprimidos sin intentos autolíticos previos registran valores similares a los sujetos controles.

El funcionamiento del sistema dopaminérgico se asocia a la impulsividad, la desregulación emocional y el alcoholismo. En la actualidad existen datos suficientes que

apoyan la influencia de una disfunción dopaminérgica condicionada genéticamente y la conducta suicida en el alcoholismo.

## **TIPOS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO**

### **Factores predisponentes y factores precipitantes**

Dependiendo del momento en que incidan en la conducta autolítica, los factores de riesgo pueden ser considerados como predisponentes (distales) o precipitantes (proximales). Como a continuación se expone, existen factores de riesgo asociados al consumo y/o dependencia al alcohol, que actúan como factores predisponentes al suicidio, al igual que otros lo hacen como factores precipitantes de éste:

- Los factores predisponentes se definen como aquellos en los que se sustenta una mayor vulnerabilidad del individuo, que refuerza la asociación entre el alcoholismo y el suicidio. Este tipo de factores suelen estar asociados a la dependencia al alcohol así como a los efectos crónicos del consumo, no siendo tan evidente en el caso del abuso ni del consumo sin criterios de dependencia<sup>20</sup>.
- Los factores precipitantes o desencadenantes serían aquellos que suceden en un momento reciente y previo al suicidio, y que justificaría un aumento del riesgo de aparición de este tipo de conductas<sup>26</sup>. Estos factores de riesgo se asocian más al consumo agudo de alcohol (generalmente con cierto grado de intoxicación) y sus efectos inmediatos, independientemente del estatus adictivo que presente el sujeto.

Es preciso destacar que los factores predisponentes incrementan la probabilidad de que el individuo experimente algún factor precipitante, asociado a la realización de conductas suicidas. Esta asociación entre factores predisponentes y precipitantes está regulada por factores mediadores y factores moderadores.

### **Mediación y moderación**

La relación entre los factores predisponentes y el resultado final (ausencia o presencia de suicidio) no siempre es igual, dependiendo de terceras variables que modulan esta asociación: son los factores mediadores y los factores moderadores<sup>28</sup>.

- Los factores mediadores son aquellos a través de los que un factor predisponente puede influir en el resultado final (en este caso, existencia o no de una conducta autolítica). Sirven como escenario, o mecanismo, en el que el factor predisponente manifiesta su incidencia en el riesgo de un resultado final caracterizado por una conducta suicida. Por ejemplo, el desempleo podría actuar como factor mediador entre la impulsividad (predisponente) y el suicidio, incrementando el riesgo de que este suceda.
- Por su parte, los factores moderadores son aquellos que gradúan la intensidad del factor predisponente en el resultado final. La edad o el sexo son los moderadores más habituales que influyen en la incidencia de los factores predisponentes en la

realización de actos suicidas. Como ejemplo, la raza negra actúa como moderador en uno de los principales factores de riesgo, la desesperanza, disminuyendo su impacto en relación a caucásicos y mestizos<sup>29</sup>.

## FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS EN EL ALCOHOLISMO

Como anteriormente exponíamos en el apartado de epidemiología, se estima que hasta un 43% de los sujetos con dependencia al alcohol realizan algún intento autolítico a lo largo de su vida. Los análisis más conservador sitúan la tasa de mortalidad por suicidio, entre la población dependiente al alcohol, en un 7%, algo superior a la registrada en otro colectivo clínico con elevado riesgo como es el de los pacientes con trastorno depresivos. En consecuencia, la dependencia al alcohol y el suicidio presentan una íntima asociación que obliga a definir y detectar los factores de riesgo que, con mayor frecuencia, se asocian a este binomio alcohol-suicidio.

Distintas variables influyen en la predisposición de un sujeto a realizar conductas suicidas, en relación al consumo abusivo de alcohol y, fundamentalmente, a la dependencia a esta sustancia. Entre ellas podemos destacar la comorbilidad, la historia personal de acontecimientos vitales adversos, la predisposición genética compartida, los sentimientos de desesperanza o los efectos neurobiológicos producidos por la ingesta crónica de alcohol.

### Comorbilidad

El consumo de alcohol y, en especial, su dependencia suelen coexistir con otras patologías psiquiátricas como las de tipo afectivo, ansiedad o los trastornos de la personalidad. Todos ellos se asocian, de forma independiente, a un riesgo de suicidio más elevado. En consecuencia, la comorbilidad entre dos o más de estos trastornos incrementará significativamente la probabilidad de aparición de comportamientos autolíticos.

Se estima que cerca del 90% de los suicidas presenta un trastorno psiquiátrico con anterioridad al intento autolítico. En términos generales, el riesgo relativo de suicidio en los trastornos psiquiátricos es significativamente más elevado que el que se advierte en otras patologías de elevado estrés emocional, como es el caso del cáncer (RR = 1.80).

La comorbilidad psiquiátrica es habitual entre quienes presentan una dependencia al alcohol, afectando a uno de cada dos pacientes y con elevadas prevalencias de aquellas patologías que presentan un riesgo de suicidio más elevado. Los resultados de la National Comorbidity Survey<sup>30</sup> indican que un 29,2% de los alcohólicos presentan algún tipo de trastorno afectivo en el último año: un 27,9% habría presentado un trastorno depresivo mayor y el 1,9% sería diagnosticado de trastorno bipolar, dos patologías que presentan un riesgo de suicidio 20 veces superior a la población general. Otros trastornos psiquiátricos con riesgo elevado de suicidio, como los de ansiedad, estarían presentes en el 36,9% de los casos.

En población clínica española, el trastorno depresivo mayor es la patología más representada, afectando al 34% de los pacientes alcohólicos, prevalencia similar a la obtenida como conjunto por los trastornos de ansiedad. Entre éstos, el trastorno de angustia (18,6%), por estrés post-traumático (17,9%) y las fobias simples (17,3%) son los más

representados<sup>31</sup>. Una cuarta parte de los pacientes (26,3%) presentan comorbilidad con los trastornos adictivos a otras sustancias, especialmente cocaína y cannabis.

Por otra parte, los datos obtenidos en población psiquiátrica corroboran la estrecha asociación entre patología psiquiátrica y dependencia al alcohol. Según la más reciente encuesta epidemiológica, realizada en Estados Unidos en 2012 (*National Survey on Drug Use and Health; NSDUH*), el 21,6% de los adultos con un trastorno mental grave presentarían un trastorno por abuso o dependencia al alcohol en el último año. Una prevalencia que se estima en el 12,8% si nos referimos a adultos con enfermedad mental de severidad media, y del 12,8% en los casos de trastorno psiquiátrico de menor gravedad. Por el contrario, la prevalencia-año registrada de abuso o dependencia al alcohol, entre la población general, fue de solo el 5.3%.

Una asociación especialmente relevante es la coexistencia del alcoholismo con algún tipo de trastorno depresivo que, como antes exponíamos, se caracterizan por una elevada prevalencia de comorbilidad entre sí. En sujetos alcohólicos fallecidos por suicidio, distintos estudios sitúan la prevalencia de depresión entre un 45% y 70% de los casos.

Por otra parte, no debemos olvidar la coincidencia de algunos factores:

- Por una parte, el alcohol tiene un potente efecto depresógeno que agrava el pronóstico de la patología afectiva.
- Por otra, la baja adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes, favorece el incumplimiento terapéutico y un mayor riesgo de suicidio.

Junto a la comorbilidad psiquiátrica, hay que advertir la incidencia de la coexistencia de otras patologías severas, asociadas al alcoholismo, como determinadas neoplasias y otras patologías crónicas. Como se exponía previamente, las patologías neoplásicas incrementan el riesgo de suicidio en un 80% (RR = 1.80), independientemente de la asociación con otras patologías psiquiátricas que pudieran asociarse, como los trastornos depresivos.

### **Acontecimientos vitales adversos**

El consumo abusivo de alcohol conlleva, en la mayoría de los casos, una intensa relación con la aparición de distintos acontecimientos estresantes a lo largo de la vida del sujeto, bien previos al consumo problemático, bien asociados a éste. La baja autoestima que suele caracterizar a los alcohólicos puede incrementar el riesgo de suicidio en presencia de acontecimientos vitales estresantes e especialmente prevalentes entre la población adicta al alcohol, como son los problemas sociales, familiares, laborales o legales, generados a causa de la dependencia al alcohol, así como la pérdida de redes de apoyo y el aislamiento social.

Por otra parte, las situaciones de desempleo y de ruptura sentimental han mostrado mayor frecuencia de aparición entre los alcohólicos con historia de intentos de suicidio respecto a quienes no han presentado conductas autolíticas. Este tipo de eventos han demostrado ser más frecuentes entre alcohólicos que presentaron conductas autolíticas, respecto a aquellos que no presentan este tipo de antecedentes<sup>26</sup>.

Entre los de acontecimientos vitales adversos, Conner y Duberstein<sup>26</sup> consideran las rupturas sentimentales -o de otros tipos de relaciones personales íntimas- como el an-

tedente de este tipo que se asocia, en mayor medida, al suicidio en alcohólicos. Esta relación ha sido suficientemente evidenciada mediante estudios post-mortem. Cabe reseñar que las rupturas sentimentales puede incrementar el riesgo de suicidio en alcohólicos bien como factor predisponente (como resultado la mayor conflictividad interpersonal previa a la separación), bien como factor precipitante. En este último caso, este tipo de rupturas de las relaciones personales son más frecuentes en las emanaciones previas al suicidio en alcohólicos u otros tipos de drogodependientes, que en el caso de otros grupos de población.

Otro acontecimiento vital de especial trascendencia es la existencia de antecedentes de maltrato, abuso o negligencia durante la infancia. Su relación con el alcoholismo y con el suicidio se ha puesto de manifiesto en distintos estudios<sup>32</sup>. Este tipo de abusos se asocia, a menudo, al impulso autodestructivo que se genera desde el aislamiento, la soledad, la depresión y la baja autoestima que caracterizan a quienes han sufrido este tipo de abusos. Por ejemplo, algunas investigaciones encuentran antecedentes de intentos de suicidio hasta en el 51% de las víctimas de abuso sexual.

El consumo de alcohol y otras sustancias es una estrategia de afrontamiento habitual entre los adultos que han sufrido maltrato en la infancia. Recientemente, Schwandt et al.<sup>33</sup> han observado mayores prevalencias de abuso infantil entre alcohólicos, en relación a sujetos controles. Diferenciando entre los distintos tipos de abuso, el emocional fue el más prevalente (47,5% de la muestra alcohol-dependiente vs. 7,3% en controles; OR = 11.5), seguido del físico (38,9% vs. 15,3%; OR = 3.4) y el sexual (21,1% vs. 5.8%; OR = 4.3).

La coexistencia de alcoholismo y antecedentes de maltrato infantil incrementa sensiblemente el riesgo de suicidio. Basándose en el número de "experiencias adversas" sufridas en la infancia, Hung et al.<sup>34</sup> han desarrollado un modelo predictivo de la aparición de intentos autolíticos en alcohólicos, basado en el número de experiencias, registrando una adecuada validez predictiva (sensibilidad = 0.7; especificidad = 0.81; AUC = 0.75). Algunos de estos antecedentes presentan mayor relación con el riesgo de cometer un acto suicida en la edad adulta, como haber tenido una madre maltratada o la separación de los padres. Desde una perspectiva neurobiológica, la asociación entre este mayor riesgo de suicidio entre los alcohólicos con antecedentes de maltrato infantil podría justificarse por la reducción en la neurotransmisión serotoninérgica que disminuye hasta en un 90% en este tipo de pacientes<sup>35</sup>.

### **Predisposición genética**

El consumo problemático de alcohol y la conducta suicida, pueden compartir una predisposición genética común. Por ejemplo, se ha encontrado una asociación entre un polimorfismo en el gen de la triptófano-hidroxilasa (TPH) (el alelo A779C) y el alcoholismo, las conductas suicidas y la letalidad de éstas<sup>36</sup>. Este resultado sugiere que una variante del gen de la TPH puede predisponer tanto al suicidio como a otros trastornos psiquiátricos que, como el alcoholismo, estén influenciados por el funcionamiento del sistema serotoninérgico.

Otro gen asociado a la neurotransmisión serotoninérgica, como el del transportador de la serotonina (5-HTTLPR), presenta polimorfismos que han sido asociados a un ma-

yor riesgo de trastornos depresivos, conductas suicidas y alcoholismo. Se han identificado dos alelos de este gen: largo o “l”, y corto o “l”. El alelo “s” se asocia a una actividad disminuida en la expresión de este gen, la consecuente hiposerotoninergia, y un riesgo más elevado de suicidio. Cabe reseñar que se advierte un mayor número de intentos autolíticos cuanto mayor es la presencia de estos alelos “s” en el 5-HTTLPR<sup>37</sup>. La frecuencia del alelo “s” se encuentra también significativamente incrementada en pacientes con dependencia severa al alcohol, así como en los adolescentes que presentan una mayor tolerancia a esta sustancia.

Aunque con menor coincidencia de resultados, existen otros hallazgos que apuntan hacia la asociación entre el suicidio y determinadas variaciones genéticas, en su mayoría relacionadas con el metabolismo de la serotonina, como las que afectan a los genes de los receptores 5-HT<sub>1A</sub>, 5-HT<sub>1B</sub>, 5-HT<sub>2A</sub> y 5-HT<sub>2B</sub>, o de la MAO-A.

### **Desesperanza**

La desesperanza se define como un conjunto de expectativas negativas respecto a uno mismo y respecto al futuro<sup>38</sup>. En una reciente revisión de factores de riesgo de suicidio, realizada por Hawton et al.<sup>39</sup>, la desesperanza se sitúa como el segundo factor de riesgo con mayor peso específico, solo superado por la existencia de antecedentes autolíticos previos.

A su vez, el consumo problemático de alcohol y la dependencia a esta sustancia, correlacionan significativamente con la desesperanza. Como ejemplo, Bolland<sup>29</sup> observó que la desesperanza precedía niveles más elevados de consumo semanal de alcohol y de consumo por atracón (*binge drinking*). Parece existir una relación de alimentación recíproca entre ambas variables, de tal modo que sentimientos más intensos de desesperanza favorecerían un consumo de alcohol más acusado y, al mismo tiempo, el incremento en el consumo y la severidad de la dependencia, producirían mayor desesperanza en el individuo.

Aunque la desesperanza se incrementa en momentos inmediatamente previos al suicidio y, en consecuencia, puede ser inicialmente considerada un factor proximal o precipitante. No obstante, algunos autores como Conner y Duberstein<sup>26</sup> defienden su naturaleza distal, por cuanto se trata de una característica del individuo que es duradera y se asocia a la tendencia a generar expectativas negativas, pensamiento dicotómico y dependencia interpersonal.

La desesperanza, en tanto corresponde a un rasgo propio del individuo, no se produce por la depresión sino que favorece la aparición de ésta. Este tipo de trastornos depresivos se caracterizan por un marcado componente cognitivo, con menor severidad de los síntomas físicos.

### **Agresividad/impulsividad**

La combinación de agresividad e impulsividad se manifiesta significativamente entre los sujetos que cometen actos suicidas. Esta conjunción fue advertida por Mann et al.<sup>40</sup>, quienes definieron un rasgo (al que denominaron “agresión/impulsividad”) que distinguía a los pacientes con historia de intentos autolíticos previos y

que se asociaba a la conducta suicida aún después de controlar la influencia de los trastornos adictivos.

Tanto la agresión como la impulsividad presentan un mecanismo neurobiológico común que, al mismo tiempo, comparten con el suicidio: una baja actividad serotoninérgica.

Los sujetos dependientes al alcohol presentan mayor probabilidad de realizar conductas impulsivas y agresivas. La impulsividad es un rasgo característico de la personalidad del sujeto adicto y, por otra parte, se retroalimenta mediante el efecto desinhibidor del alcohol. Algo parecido ocurre con la agresividad, que se ve incrementada en frecuencia e intensidad por el consumo del alcohol, siempre en el contexto del déficit serotoninérgico que subyace a nivel neurobiológico. Como advierte Brady<sup>20</sup>, lo que hace especialmente vulnerables a los alcohólicos, en relación al suicidio, son sus rasgos de personalidad.

Los sujetos más proclives a caracterizarse por lo que se ha denominado “agresión reactiva” (respuesta ante las amenazas, generalmente de tipo interpersonal) han evidenciado mayor riesgo de suicidio. Y, en el caso de la dependencia al alcohol, cabe advertir que el propio consumo puede exacerbar estos rasgos al mismo tiempo que, mediante un mayor deterioro de las relaciones interpersonales, favorecería un escenario en el que la agresión reactiva puede manifestarse con mayor frecuencia e intensidad.

Badawy<sup>41</sup> ha propuesto una hipótesis de la agresividad inducida por una deficiencia serotoninérgica, secundaria al alcoholismo. Según esta hipótesis (que ya dispone de estudios que la corroboran) algunos sujetos presentarían una mayor predisposición a la agresión como resultado de la disminución del tono serotoninérgico secundario a la dependencia al alcohol, presentando una respuesta más acusada que la que caracteriza a otros individuos menos sensibles a esta disfunción del neurotransmisor.

### Efectos tóxicos del alcohol

Hemos destacado la importancia de la disfunción en la neurotransmisión serotoninérgica en el suicidio. El alcohol afecta intensamente a este sistema de neurotransmisión. Por ejemplo, el consumo moderado de esta sustancia (0,8 g/kg peso, o unas 2-3 Unidades de Bebidas Estándar) disminuye en un 20% los niveles cerebrales de serotonina, como resultado de la activación de la triptófano pirrolasa y la consecuente disminución de los niveles de triptófano, que es metabolizado por esta enzima antes de poder ser utilizado en la síntesis de serotonina.

El uso crónico de alcohol también se asocia a una alteración en el sistema serotoninérgico, observándose una regulación al alza (upregulation) de los receptores 5-HT<sub>2</sub>, posiblemente como resultado de una reducción de la función serotoninérgica.

A nivel histológico, el alcohol puede producir un daño cerebral que influya en un riesgo más elevado de suicidio. Un ejemplo de ello es el aumento de la apoptosis neuronal que se asocia al alcoholismo. El alcohol induce una inhibición de NMDA en el córtex cerebral que produce, a su vez, una reducción de los niveles de noradrenalina y acetilcolina. La disminución de estos neurotransmisores favorecería el desarrollo de un trastorno depresivo.

Por otra parte, el glutamato incrementa los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro o *Brain-derived Neurotrophic Factor* (BDNF) vía NMDA. La inhibición

que el alcohol ejerce sobre éste, así como sobre los niveles de glutamato, produce una reducción de los valores de BDNF y, en consecuencia, una mayor apoptosis neuronal.

## MODELOS CAUSALES

Pocos modelos han sido propuestos para explicar el rol específico del uso del alcohol en la conducta suicida. Entre ellos destacan especialmente los planteados por Hufford<sup>13</sup> y por Conner, McCloskey y Duberstein<sup>42</sup>. En ambos casos se establece una relación causal entre el consumo de alcohol y el suicidio, bajo el supuesto de que el uso de esta sustancia incrementaría la probabilidad de cometer una conducta suicida, si bien esta relación estaría mediada por la presencia de otros factores de riesgo, como un estado depresivo o una elevada impulsividad.

### *Cusp catastrophe model*

El modelo propuesto por Michael Hufford en 2001 explica la relación entre el consumo de alcohol y la conducta suicida distinguiendo dos vías: la distal (consumo crónico de alcohol/ dependencia) y la proximal (consumo agudo/intoxicación). Junto a la dependencia al alcohol, Hufford distingue otros factores distales: por ejemplo, la comorbilidad psicopatológica o los acontecimientos vitales estresantes. De igual modo, además del consumo agudo o intoxicación etílica, también se advierten otros factores proximales como la pérdida de relaciones interpersonales o el estrés psicológico agudo.

La presencia de factores distales incrementaría el riesgo de una conducta suicida, mientras que los factores proximales condicionarían el tiempo en el que ésta aparece; en otros términos, el paso a la acción.

### Modelo de diátesis-estrés

El modelo de diátesis-estrés propuesto por Conner et al.<sup>38</sup>, distingue dos tipos de factores relacionados con la conducta suicida a los que ya nos referimos anteriormente: los predisponentes y los precipitantes.

Los factores predisponentes corresponden a aquellas vulnerabilidades, características del individuo, que incrementan el riesgo de que éste presente un comportamiento suicida. Corresponderían, por similitud, a los factores distales del modelo anterior. La dependencia al alcohol constituye el principal factor predisponente en este modelo.

A su vez, los factores precipitantes son aquellos acontecimientos estresantes para el sujeto, o cambios importantes en su salud mental, que ocurren en proximidad a un momento en el que el individuo presenta algún tipo de ideación suicida, incrementando la probabilidad de que ésta acabe poniéndose en práctica.

## PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN

### Prevención

Como recuerdan De Leo et al.<sup>43</sup>, la prevención de suicidio es el resultado lógico que cabe esperar de la investigación en este campo. Obviamente, en este caso el objetivo

consiste en evitar la aparición del hecho patológico (suicidio) por cuenta, si este se consuma, es evidente que no cabe instaurar tratamiento alguno.

Se trata de un concepto que va más allá del riesgo específico generado por el consumo o dependencia al alcohol, si bien siempre debemos tener en cuenta estas relaciones, más aún cuando pudieran ser motivo de la aparición de conductas suicidas.

Siguiendo la clásica distinción, encontraríamos tres tipos de intervenciones preventivas:

- a. Prevención universal: dirigida a la población en general.
- b. Prevención selectiva: correspondería a aquellos que presentan algún factor que justifica un mayor riesgo de suicidio, como el abuso de alcohol u otras sustancias, diagnóstico reciente de una grave patología física (como, por ejemplo, un cáncer), intentos autolíticos previos, carencias de necesidades básicas como la vivienda, exclusión social, etc.
- c. Prevención indicada: se dirige a los individuos que evidencian conductas auto-destructivas.

Entre los sujetos alcohólicos, algunos factores apuntan hacia una mayor tendencia a la suicidiabilidad. El sexo masculino, edad avanzada, intentos previos de suicidio (especialmente cuando han sido mediante métodos violentos), ideación acompañada de planificación autolítica, o haber recibido un tratamiento psiquiátrico, son considerados como factores de mayor riesgo.

Un aspecto de especial relevancia radica en establecer un adecuado diagnóstico de otras patologías psiquiátricas comórbidas y, en especial, de los trastornos afectivos. Existe una potente relación entre la presencia de un trastorno por uso de alcohol, en pacientes con comorbilidad psiquiátrica, y el riesgo de suicidio en esta población clínica. En los sujetos suicidas, la prevalencia de patología dual asociada a un trastorno por uso de alcohol es del 56%. En consecuencia, la reducción del consumo de alcohol -o la abstinencia completa- disminuye considerablemente el riesgo de suicidio y debe ser una estrategia obligada en esta población.

### **Abordaje**

La intervención debe dirigirse a incrementar la motivación del sujeto para abandonar el consumo, restablecer un estado de estabilidad (especialmente en el caso de que se haya producido un intento autolítico), disminuir la intensidad de los factores de riesgo concomitantes (cuando no a anularlos), así como evaluar el posible riesgo a corto y medio plazo.

Cornelius et al.<sup>44</sup> diferencian cuatro tipos de intervenciones en sujetos suicidas alcohólicos: evaluación, estabilización de la fase aguda, tratamiento farmacológico y psicoterapia.

### **Evaluación**

Los adictos al alcohol deberían ser evaluados, en relación a su riesgo suicida, cuando concurrieran situaciones clínicas como la comorbilidad psiquiátrica (especialmente de

tipo afectivo), una recaída en el consumo, o en situaciones de pérdida reciente de relaciones interpersonales o fallecimiento de allegados, así como de empleo o vivienda.

Dado que estos pacientes no suelen relatar, al inicio de tratamiento, de forma espontánea sus ideas autolíticas, es importante que el clínico realice una evaluación continuada, más aún cuando coinciden en el tiempo situaciones como las descritas anteriormente.

La evaluación debe incluir preguntas relativas a la posible presencia de ideación suicida (por leve que ésta fuera), así como indagar la posible existencia de un plan suicida, elaborado en mayor o menor medida, así como de intentos autolíticos previos.

Aunque algunos estudios han señalado que hasta el 77% de los alcohólicos suicidas habían avisado previamente respecto a sus intenciones<sup>45</sup>, otras investigaciones observan que esta situación es poco frecuente en las últimas semanas previas al intento autolítico. Solo en un 22% de los casos, los pacientes comentan sus intenciones con su médico en las cuatro semanas previas al suicidio<sup>46</sup>.

### ***Estabilización de la fase aguda***

En el momento actual, no existe una evidencia consensuada al respecto de cuáles son las intervenciones más eficaces que pueden realizarse en este tipo de pacientes para proceder a estabilizar una situación aguda. Sin embargo, la constatación, durante la evaluación, de un plan de suicidio o la comisión reciente de un intento, constituye una justificación suficiente para proceder a un ingreso psiquiátrico. No obstante, y a pesar de la extendida creencia de que el ingreso puede prevenir un acto suicida, no existe evidencia científica de que este efecto preventivo ocurra realmente, tratándose de una decisión sustentada en la lógica más que en la evidencia de su eficacia en sí misma.

Otros factores que aconsejan proceder a un ingreso es la aparición de cuadros de agitación severa, sintomatología psicótica, trastornos del pensamiento, intentos previos de suicidio, sentimientos de desesperanza, o una elevada impulsividad<sup>47</sup>.

Por cuanto el ingreso no constituye una medida suficientemente preventiva en sí misma, es preciso corroborar la seguridad para la integridad física del paciente mediante la adecuada observación continuada del paciente. Si bien la sintomatología depresiva que pudiera haber actuado como factor precipitante suele disminuir su intensidad según descende el grado de intoxicación alcohólica, en muchos casos persiste la ideación autolítica, incluso pudiendo incrementarse su severidad como resultado de sentimientos de culpa o vergüenza secundarios al intento de suicidio.

Con carácter previo a proceder al alta hospitalaria, se debe contactar con los familiares o personas más allegadas al paciente, al objeto de informarles sobre algunas pautas de actuación que deben seguirse. Entre ellas, la eliminación de cualquier objeto o sustancia que pudiera constituir un peligro potencial para el paciente y ser utilizado como medio de autolisis o, cuando menos, el acceso a éstos. Igualmente deben estar informados respecto a cómo observar la conducta del paciente y detectar los síntomas de riesgo, con especial énfasis a los relacionados con su patología adictiva, como la recaída en el consumo.

No existen criterios universalmente aceptados en relación a cuándo debe procederse al alta en un paciente ingresado por ideación o intento autolítico. Como norma habitual, se procede al alta cuando la ideación autolítica ha disminuido hasta no constituir un riesgo a corto plazo, al tiempo que los síntomas afectivos se encuentran estables y debi-

damente tratados, y el sujeto mantiene una abstinencia al alcohol y otras sustancias que pudieran incrementar el riesgo de suicidio.

Es importante asegurar la continuidad de cuidados del paciente, una vez que se proceda al alta hospitalaria. En este sentido, es aconsejable mantener tratamiento en un recurso especializado para la atención a su patología adictiva, motivando debidamente para ello al paciente y, en lo posible, favoreciendo su acceso mediante la concertación previa de una consulta.

### ***Tratamiento farmacológico***

El número de investigaciones que han estudiado la eficacia de determinados anti-depresivos en sujetos suicidas dependientes al alcohol es muy escaso. Por este motivo, la indicación terapéutica de los antidepresivos debe regirse por los criterios comunes a cualquier otro paciente con ideación suicida con/sin intento autolítico.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRSs) han evidenciado una significativa eficacia para disminuir tanto la sintomatología depresiva -incluyendo la ideación suicida- como el consumo de alcohol en sujetos alcohólicos con depresión comórbida.

Aún no se dispone de la suficiente evidencia científica permita afirmar que los antidepresivos, en tanto que disminuyen la sintomatología afectiva, también reducen la tasa de suicidios. Existen estudios epidemiológicos que observan una relación inversa entre el número de antidepresivos prescritos y la tasa de suicidios. Pero, de igual modo, algunas investigaciones han señalado un mayor riesgo de intentos autolíticos en adolescentes tratados con ISRSs<sup>48</sup>, aunque este hallazgo no ha sido constatado en población adulta y tampoco se asocia a una mayor tasa de suicidios consumados<sup>49</sup>.

En todo caso, los ISRSs se muestran como primera elección terapéutica. Son fármacos que ofrecen la ventaja de su adecuada eficacia así como el valor añadido de demostrar su capacidad para disminuir el consumo de alcohol en población adicta a esta sustancia, al tiempo de disponer de un perfil de efectos secundarios más favorable, y menor riesgo de letalidad en caso de sobreingesta.

Los eutimizantes, como el litio, y los fármacos antipsicóticos están igualmente indicados en presencia de comorbilidad bipolar o psicótica. Cabe destacar que la clozapina es el antipsicótico más indicado para disminuir las conductas suicidas en pacientes psicóticos, especialmente en casos resistentes<sup>50</sup>. En casos refractarios en los que los tratamientos farmacológicos no han sido efectivos, la terapia electroconvulsiva (TEC) parece ser útil<sup>51</sup>.

### ***Psicoterapia***

Distintas intervenciones psicoterapéuticas parecen ser útiles en el tratamiento posterior a un intento suicida, o como prevención del mismo. En el caso particular de los alcohólicos con tendencias autolíticas, no debemos olvidar la importancia específica que tienen los tratamientos dirigidos a la prevención de recaídas, que deben realizarse de forma conjunta a aquellos otros más dirigidos a disminuir el riesgo suicida.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es el tipo de intervención psicológica que ha evidenciado mayor eficacia en el tratamiento de los sujetos con ideación suicida. La TCC

obtiene resultados significativamente superiores en adultos -no en adolescentes- y en tratamientos individuales -no grupales-, así como respecto a la intervención mínima o el tratamiento habitual (Treatment as Usual o TAU). No obstante, existen pocas evidencias de su eficacia a medio plazo<sup>52</sup>.

La terapia dialéctica conductual (DBT) se ha mostrado especialmente eficaz en la prevención del suicidio en pacientes con trastorno límite de la personalidad<sup>53</sup>. Otros enfoques psicoterapéuticos como la terapia de resolución de problemas o la terapia interpersonal han mostrado también resultados prometedores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM*. 2006;99(1):57-61.
2. Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, Moreira R. Alcohol and suicide: The Portuguese experience. *Addiction*. 1995;90:1053-1061.
3. Norstrom T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addiction*. 1995;90:1463-1469.
4. Landberg J. Alcohol and suicide in Eastern Europe. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27(4):361-373.
5. Razvodovsky YE. Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*. 2011;2:67-74.
6. Menninger KA. *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace; 1938.
7. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1392-1431.
8. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
9. Caetano R, Kaplan MS, Hugué N, McFarland BH, Conner K, et al. Acute alcohol intoxication and suicide among United States ethnic/racial groups: findings from the national violent death reporting system. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(5):839-846.
10. Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Valladolid: Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid; 2006.
11. Swahn MH, Bossarte RM. Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J Adolesc Health*. 2007;41(2):175-181.
12. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, Niklewski G, Hegerl U. The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts: a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *Eur Psychiatry*. 2010;25(7):414-420.
13. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(5):797-811.
14. Shneidman E. The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav* 1981;11:325-340.
15. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-228.
16. 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.
17. Gual A, Lligoña A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol Alcohol*. 1999;34(2):183-192.
18. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:161-168.
19. Razvodovsky YE. Alcohol consumption and suicide rate in Belarus. *Psychiatr Danub*. 2006;18:64.
20. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(5):473-478.
21. Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide: irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Res*. 2009;167(1-2):123-130.

22. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, De Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):27-34.
23. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study. *Med Clin (Barc).* 2007;129(13):494-500.
24. Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord.* 2003;77(3):267-271.
25. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172:35-37.
26. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(5 Suppl):6S-17S.
27. Sher L, Oquendo MA, Grunebaum MF, Burke AK, Huang YY, Mann JJ. CSF monoamine metabolites and lethality of suicide attempts in depressed patients with alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17:12-15.
28. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(6):1173-1182.
29. Bolland JM, Bryant CM, Lian BE, McCallum DM, Vazsonyi AT, Barth JM. Development and risk behavior among African American, Caucasian, and mixed-race adolescents living in high poverty inner-city neighborhoods. *Am J Community Psychol.* 2007;40(3-4):230-249.
30. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66(1):17-31.
31. Pérez Gálvez B, García Fernández L, De Vicente Manzanaro MP, Oliveras Valenzuela MA. Validación del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) en una muestra de pacientes alcohólicos españoles. *Adicciones.* 2010;22(3):199-205.
32. Makhija N, Sher L. Childhood abuse, adult alcohol use disorders and suicidal behaviour. *QJM.* 2007;100(5):305-309.
33. Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA. Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(6):984-992.
34. Hung GC, Caine ED, Fan HF, Huang MC, Chen YY. Predicting suicide attempts among treatment-seeking male alcoholics: an exploratory study. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43(4):429-438.
35. Berglund KJ, Balldin J, Berggren U, Gerdner A, Fahlke C. Childhood maltreatment affects the serotonergic system in male alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(5):757-762.
36. Nielsen DA, Virkkunen M, Lappalainen J, Eggert M, Brown GL, Long JC, Goldman D, Linnoila M. A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(7):593-602.
37. Gorwood P, Batel P, Adès J, Hamon M, Boni C. Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry.* 2000;48(4):259-264.
38. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-865.
39. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):17-28.
40. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999;156(2):181-189.
41. Badawy AA. Alcohol, aggression and serotonin: metabolic aspects. *Alcohol Alcohol.* 1998;33(1):66-72.
42. Conner K, McCloskey M, Duberstein P. Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient. *Psychiatr Ann.* 2008;38(11):742-748.

## **PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE ALCOHOL**

43. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15.
44. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5 Suppl):89S-96S.
45. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*. 1959;49:888-899.
46. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry*. 1995;152(6):919-922.
47. Zametkin AJ, Alter MR, Yemini T. Suicide in teenagers: assessment, management, and prevention. *JAMA*. 2001;286(24):3120-3125.
48. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ*. 2005;330 (7488):396.
49. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomized controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ*. 2005;330(7488):385.
50. Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(2):183-190.
51. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2003.
52. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008;32(1):77-108.
53. 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.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

**Una visión poblacional: consumo per cápita de alcohol y tasas de suicidio**

**La visión individual: consumo de alcohol y suicidio**

**Más allá del consumo: suicidio y trastornos por uso de alcohol**

#### **BASES NEUROBIOLÓGICAS**

**Serotonina**

**Dopamina**

#### **TIPOS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO**

**Factores predisponentes y factores precipitantes**

**Mediación y moderación**

**La relación entre el consumo de alcohol y los distintos factores involucrados**

#### **FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS EN EL ALCOHOLISMO**

**Comorbilidad**

**Acontecimientos vitales adversos**

**Predisposición genética**

**Desesperanza**

**Agresividad/Impulsividad**

**Efectos tóxicos del alcohol**

**MODELOS CAUSALES**

**Modelo de Catástrofe de la Cúspide (“Cusp Catastrophe Model”)**

**Modelo de diátesis-estrés**

**PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN**

**Prevención**

**Tratamiento**

- Evaluación
- Estabilización de la fase aguda
- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia

**BIBLIOGRAFÍA**