

ANTECEDENTES DE ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS E IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

HISTORY OF ALCOHOL AND OTHER SUBSTANCES AND SUICIDAL IDEATION AND BEHAVIOR

Katia Kokoulina Cherevach

Psicóloga Clínica, Centro Médico El Castro
(Vigo)

RESUMEN

La conducta suicida se relaciona fundamentalmente por un elemento del pasado como puede ser el maltrato infantil y por aquellas adicciones, en el presente, que se manifiestan en el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas.

El consumo de alcohol incrementa los pensamientos de muerte o hacerse daño, mientras que el abuso de sustancias está más asociada a la planificación y actuación suicida.

PALABRAS CLAVE

Conducta, factores de riesgo, suicidio, antecedentes.

ABSTRACT

The suicidal conduct is related fundamentally for an element of the past as it can be the infantile maltreatment and for those addictions, in the present, which you show in the consumption of alcohol and other addictive substances. The alcohol consumption increases the death thoughts or to hurt itself, while the substances abuse is more associated with the planning and suicidal performance.

KEYWORDS

Conduct, risk factors, suicide, medical history.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida va desde meramente pensar en finalizar la propia vida hasta desarrollar planes de suicidio y poner los medios para hacerlo, llegar a realizar el intento y finalmente, el suicidio consumado.

La investigación indica que son diversos los factores de riesgo de la conducta suicida. Se han identificado, entre otros, el abuso de alcohol y otras sustancias así como el maltrato físico en la infancia (Guía de Práctica Clínica de Prevención de la Conducta Suicida, 2012). Los factores pueden relacionarse entre sí de modos complejos. Por ejemplo, tanto el abuso de alcohol como la depresión, otro factor de riesgo reconocido, interactúan y se potencian mutuamente (Krug, Dahlberg, Mercj, Zwi y Lozano, 2003). Entender el

papel y relaciones recíprocas de estos factores es central en la prevención del suicidio.

El objetivo del estudio es comprobar si los antecedentes personales de consumo de alcohol y otras sustancias se asocia al informe de ideación, planificación y conducta suicida así como comprobar si el maltrato físico se asocia a esas dimensiones de la conducta suicida. Adicionalmente, nos preguntamos si el maltrato emocional es una variable relevante en la predicción de ideación, planificación y conducta suicida.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 403 pacientes mayores de 18 años y con el mínimo nivel de estudios de ESO, que iniciaron tratamiento psicológico en una Unidad de Salud Mental entre junio de 2009 y febrero de 2014. La edad media de la muestra fue 35,22 años (rango 18-68).

Los diagnósticos eje I de la muestra fueron: 142 pacientes cumplieron los criterios diagnósticos DSM IV para episodio depresivo mayor, 83 trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad, depresivos o mixtos, 67 trastorno de ansiedad generalizada, 51 trastorno de angustia con o sin agorafobia, 40 distimia, 40 fobia social, 22 alguno de los trastornos somatoformes, 23 trastorno obsesivo compulsivo, 11 algún trastorno de la conducta alimentaria, 13 fobia específica, 8 trastorno de estrés postraumático y 3 trastorno dismórfico corporal. Un total de 121 pacientes cumplieron criterios para alguno de los trastornos de la personalidad del DSM IV. El número de diagnósticos fue superior al de sujetos ya que un mismo sujeto podía cumplir criterios para más de un trastorno.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Entrevista clínica

- Antecedentes personales de abuso de alcohol y otras sustancias: para obtener información acerca de abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas se siguieron las pautas diagnósticas del DSM IV para los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias (SCID I).
- Ideación, planificación y conducta suicida: se

formularon preguntas acerca de estas experiencias dentro de la evaluación de la sintomatología depresiva actual o pasada (SCID I).

Para la evaluación del maltrato físico se formularon las dos cuestiones empleadas en el estudio ACE (Adverse Childhood Experiences) (Dube et al, 2001) para la evaluación del maltrato físico: "En ocasiones los padres u otros adultos que viven en la casa: 1) empujan, pegan, golpean o tiran algo contra uno; 2) pegan tan fuerte que provocan marcas o heridas". Se consideró presente el maltrato físico si el paciente respondía "frecuentemente" o "*muy frecuentemente*" a la primera cuestión o "a veces", "frecuentemente", o "*muy frecuentemente*" a la segunda y ofrecía ejemplos conductuales concretos de dichos episodios.

Para la evaluación del maltrato emocional se formularon dos preguntas también empleadas en el estudio ACE: "¿con qué frecuencia alguno de sus padres u otros adultos de la familia le insultaban o le humillaban en público? y ¿con qué frecuencia le hacían sentir asustado de que le pudieran hacer algún tipo de daño?. Respuestas de "frecuentemente" o "*muy frecuentemente*" a cualquiera de las dos preguntas, con ejemplos de episodios concretos, fueron valoradas como positivas para abuso emocional.

Las cuestiones empleadas son las recomendadas en el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del maltrato infantil (Butchart y Harvey, 2009).

Procedimiento

Durante la primera entrevista de evaluación psicológica se obtuvo la información acerca de ideación y planificación suicida, abuso de alcohol y otras sustancias a lo largo de la vida y experiencias de maltrato físico y emocional en la infancia-adolescencia.

Análisis estadísticos

Se calcularon los Odds Ratio para la ideación, planificación y conducta suicida para los sujetos que informaron de antecedentes de abuso de alcohol sólo, abuso de sustancias sólo o abuso de alcohol y sustancias. Se realizaron tres análisis de regresión logística en los que la variable criterio fueron la ideación, planificación y conducta suicida y las variables predictoras el abuso de

TABLA I. EDAD Y SEXO

	Grupo clínico de control N=316	Grupo abuso alcohol solo N=19	Grupo abuso sustancias solo N=41	Grupo abuso alcohol y otras sustancias N=27
Edad	35,6 (D.T. 10,5)	41,3 (D.T. 12,6)	30,3 (D.T. 7,2)	34,3 (D.T. 9,3)
Sexo	Mujeres 80,9% Varones 19,1%	Mujeres 40% Varones 60%	Mujeres 69,3% Varones 30,7%	Mujeres 53,3% Varones 46,7%

TABLA II. ESTADO CIVIL

	Grupo clínico de control N=316	Grupo abuso alcohol solo N=19	Grupo abuso sustancias solo N=41	Grupo abuso alcohol y otras sustancias N=27
Casado	138	10	8	3
Soltero	140	7	28	20
Separado	30	2	5	4
Viudo	8	0	0	

TABLA III. NIVEL ACADÉMICO

	Grupo control N=316	Abuso alcohol N=19	Abuso sustancias N=41	Abuso alcohol y sustancias N=27
Bachillerato	54	2	5	4
ESO	144	9	15	12
Formación Profesional	57	5	14	6
Universitarios	61	3	7	5

TABLA IV. IDEACIÓN, PLANIFICACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO A LO LARGO DE LA VIDA

	Grupo Clínico Control N=316	Grupo Abuso Alcohol solo N=19	Grupo Abuso Sustancias solo N=41	Grupo Abuso Alcohol y otras sustancias N=27	Odd Ratio (95%)
Pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño	133	14	27	19	GAlc vs GControl: 3,8 (1,3-10,8) GSust vs GControl: 2,6 (1,3-5,2) GMixto vs GControl: 3,2 (1,2-7,6)
Planificación suicida	68	6	19	11	GAlc vs GControl: 1,6 (0,6-4,5) GSust vs GControl: 3,1 (1,5-6,1) GMixto vs GControl: 2,5 (1,1-5,6)
Intentos suicidas	36	4	13	7	GAlc vs GControl: 2 (0,6-6,5) GSust vs GControl: 3,6 (1,7-7,5) GMixto vs GControl: 2,7 (1-6,8)

GAlc: Grupo Abuso de Alcohol solo; GSust: Grupo Abuso de Sustancias solo; GMixto: Grupo Abuso Alcohol y Sustancias; GControl: Grupo Control.

alcohol y de otras sustancias a lo largo de la vida y el maltrato físico y emocional a lo largo de la infancia-adolescencia (hasta los 18 años).

RESULTADOS

Un total de 87 de los 403 pacientes informaron de antecedentes personales de abuso de alcohol y/o otras sustancias (19 alcohol sólo, 41 otras sustancias y 27 ambos). Las características sociodemográficas de los cuatro grupos se recogen en las tablas I, II y III.

De la muestra, 50 pacientes informaron de maltrato físico y 68 de maltrato emocional en la infancia-adolescencia.

Tanto los antecedentes de abuso de alcohol como de otras sustancias se asociaron a un incremento de pensamientos recurrentes de muerte, planificación y actuación suicida (tabla IV).

Se realizaron tres análisis de regresión logística. En el primero (Tabla V), la variable criterio fueron los intentos suicidas a lo largo de la vida y las variables predictoras el maltrato físico y el abuso de alcohol y de otras sustancias. El abuso de sustancias se asoció a un incremento en el riesgo de intentos autolíticos de 2,51 y el maltrato físico a un incremento de 4,10.

En el segundo análisis de regresión logística (tabla VI), la variable criterio fue la planificación suicida y las variables predictoras fueron el maltrato físico y emocional en la infancia y el abuso de alcohol y de otras sustancias a lo largo de la vida. El abuso de sustancias se asoció a un incremento en la planificación suicida de 2,54. Tanto el maltrato físico como emocional en la infancia se asociaron a un incremento en la probabilidad de informar de planificación suicida de 2,24.

En el tercer análisis de regresión logística (tabla VII), la variable criterio fueron los pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño. Se incluyeron como predictores el maltrato físico y emocional en la infancia así como el abuso de alcohol y de otras sustancias. Las variables que entraron en el modelo fueron el abuso de alcohol y el maltrato físico. La primera se asoció a un incremento de pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño de 3,16 y la segunda de 2,59.

DISCUSIÓN

Hay consenso en que la conducta suicida es con frecuencia el resultado final de una convergencia de diversos factores de predisposición y de factores de riesgo concurrentes que se combinan para favorecerla. Esta evidencia sugiere un modelo de curso vital del desarrollo de la conducta suicida en el que el riesgo individual es determinado por la exposición acumulativa a una amplia variedad de condiciones como la desventaja social, adversidad familiar en la infancia, personalidad y estado mental actual así como exposición a eventos vitales estresantes actuales (Beautrais, et al., 2005).

Los resultados del estudio indican que el abuso de alcohol y de otras sustancias se asocian de modo diferencial a las tres dimensiones de la conducta suicida investigadas. Mientras que el abuso de alcohol lo hace en especial con la probabilidad de experimentar pensamientos de muerte o hacerse daño, el abuso de sustancias está más claramente asociado a la planificación y actuación suicida. El informe de historia de abuso de alcohol entre pacientes que informaron de abuso de sustancias no parece incrementar el riesgo de conducta con respecto a su ocurrencia de modo aislado.

En lo que se refiere a las variables de maltrato en la infancia (físico y emocional), mientras que el físico se asocia a un incremento en la probabilidad de pensamientos recurrentes de muerte, planificación y conducta suicida, el maltrato emocional está asociado solamente a la planificación suicida.

El diseño del estudio no permite establecer relaciones de causalidad con respecto al riesgo de ideación, planificación y conducta suicida. Sin embargo, son consistentes con el papel del abuso de sustancias en el aumento de riesgo de suicidio en condiciones de afectación emocional e ideación autolítica asociada (Beautrais, Collings, Ehrhardt et al, 2005). Por otra parte, el abuso de alcohol y otras sustancias puede tener importantes repercusiones en la psicopatología con una mayor facilidad de ocurrencia de trastornos emocionales, como es la depresión, que tienen una clara relación con la ideación y conducta suicida. Los resultados también son consistentes con la investigación que indica que el maltrato físico en la infancia es un factor de riesgo de conducta suicida del adulto.

TABLA V. REGRESIÓN LOGÍSTICA. INTENTOS DE SUICIDIO A LO LARGO DE LA VIDA

	B	E.T	Wald	gl	Sig	Exp (B) (IC 95%)
Abuso de sustancias	0,923	0.335	7,59	1	0,006	2,517 (1,30-4,85)
Maltrato físico en la infancia	1,411	0,346	16,662	1	0,000	4,102 (2,08-8,07)

TABLA VI. REGRESIÓN LOGÍSTICA. PLANIFICACIÓN SUICIDA A LO LARGO DE LA VIDA

	B	E.T	Wald	gl	Sig	Exp (B) (IC 95%)
Maltrato físico en la infancia	0,806	0,372	4,70	1	0,030	2,240 (1,08-4,64)
Maltrato emocional en la infancia	0,786	0,332	5,59	1	0,018	2,240 (1,14-4,21)
Abuso sustancias	0,932	0,293	10,08	1	0,001	2,540 (1,42-4,51)

TABLA VII. REGRESIÓN LOGÍSTICA. PENSAMIENTOS RECURRENTE DE MUERTE

	B	E.T	Wald	gl	Sig	Exp (B) (IC 95%)
Maltrato físico	0,955	0,344	8,192	1	0,004	2,598 (1,35-4,99)
Abuso alcohol	1,153	,346	11,100	1	0,001	3,168 (1,60-6,24)

La experiencia de ideación, planificación y la actuación suicida reflejan un alto grado de perturbación emocional. En su aparición en el ciclo vital pueden intervenir factores diversos entre los que se ha considerado la experiencia de adversidad grave en la infancia como es la exposición a ambientes familiares de abuso. Dichas experiencias incrementan el riesgo de desarrollo disfuncional que, en condiciones de estrés, aumentan la probabilidad de contemplación o actuación suicida (Brezo et al, 2008; Fergusson, Woodward y Horwood, 2000; Van der Kolk, Perry y Herman, 1991). En esta cadena causal, el consumo de alcohol y de otras sustancias podrían ser empleados como estrategias de regulación emocional, pero su uso abusivo y crónico se convierte en mediador de deterioro emocional y de la falta de la capacidad de afrontamiento del estrés que, a su vez, favorecen la ideación y actuación autolítica. Es destacable la elevada frecuencia con que los pacientes con antecedentes en la infancia de maltrato físico y emocional presentaban trastornos de la personalidad (TP). Más del doble de los pacientes del grupo de maltrato emocional cumplían los criterios diagnósticos para alguno de los TP en comparación con el grupo clínico de control (48,4% vs 23,4%). El diagnóstico de algún TP fue especialmente frecuente en el grupo de pacientes con historia de maltrato físico. Así, el 69,5% de los pacientes de este grupo cumplieron los criterios diagnósticos de alguno de los TP, un porcentaje tres veces mayor que en el grupo de pacientes sin antecedentes de maltrato. Por otra parte, los pacientes con antecedentes de abuso de alcohol y sustancias fue más frecuente que cumplieran los criterios diagnósticos de alguno de los TP. En concreto, mientras que un 23% de los pacientes sin antecedentes de abuso de alcohol o sustancias cumplían los criterios diagnósticos de alguno de los TP, el 47,3% y el 57,8% de los pacientes con antecedentes los cumplían. Los TP reflejan patrones de larga evolución en el funcionamiento interpersonal, pensamiento, afectividad y control de impulsos que se caracterizan por su inflexibilidad adaptativa, fragilidad frente al estrés y tendencia a generar círculos viciosos que acrecientan o perpetúan los problemas (Millon, 1998).

BIBLIOGRAFIA

BEAUTRAIS, A. L., COLLINGS, S. C., ERHDARDT, P. ET AL. (2005). Suicide Prevention: a review of evidence of risk and protective factors and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.

FERGUSON, D. M., WOODWARD, L. J. Y HORWOOD, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2012.

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. MERCY, J. A. ZWI, A. B. Y LOZANO, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 7. La violencia autoinflingida. Organización Mundial de la Salud.

VAN DER KOLK, B., PERRY, J. C., Y HERMAN, J. L. (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 12, 1665-1671.