

Comportamiento adictivo e inestabilidad emocional: a propósito de un caso

Addictive behavior and emotional instability: about a case

María Irigoyen Otiñano¹, Isabel Molinero Ponce², Gemma Montagut
Fornós³, Maria Mur Laín⁴.

Recibido: 28/05/2015

Aceptado: 15/06/2015

Resumen

El suicidio es la complicación más grave de la enfermedad mental. Supone uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. A día de hoy persiste una infranotificación de los casos que dificulta conocer la magnitud real. La conducta suicida previa es el mayor factor de riesgo de repetición del intento y de suicidio consumado posterior. El alcohol es otro factor de riesgo que promueve la conducta suicida tanto desde su efecto agudo como desde el consumo crónico al favorecer las conductas impulsivas. Al igual que sucede en el caso clínico que se expone, el modelo de Modesto-Lowe perfila el paciente con dependencia de alcohol y conducta suicida como a una mujer joven, con dependencia grave y de inicio temprano, importante comorbilidad somática y psiquiátrica, consumo de otros tóxicos y conducta suicida previa. El trastorno límite de personalidad caracterizado por una disregulación emocional que se evidencia por una respuesta intensa a estímulos emocionales con una afectividad inestable e impulsiva también se relaciona con la conducta suicida de repetición. Según la teoría de Tullis, los grandes repetidores son aquellos pacientes que han realizado más de cinco intentos de suicidio a lo largo de la vida. Los antecedentes de maltrato infantil y comorbilidad con otras adicciones son factores de riesgo para la repetición de conducta suicida. De hecho, los pacientes recaen e intentan el suicidio para resolver conflictos desde un estado previo de malestar que se asemeja a la manera en la que otros consumidores argumentan sus recaídas.

Palabras clave: conducta suicida, trastorno de personalidad límite, consumo de tóxicos, impulsividad.

¹Adjunta de Psiquiatría. Psiquiatra de Enlace y Consulta de prevención de riesgo suicida.

²Residente de tercer año de Psiquiatría.

³Residente de cuarto año de Psiquiatría.

⁴MD, PhD.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Santa María de Lleida.
Universidad de Lleida. IRBLleida (Instituto de Recerca Biomèdica)

Correspondencia: Dra. María Irigoyen Otiñano

Hospital de Santa María

Avenida Alcalde Rovira Roure, núm. 44

25198 Lérida

Email: mirigoyen@gss.scs.es

Summary

Suicide is the most severe complication in mental disorders, and one of the problems with the greatest impact on public health. The current persisting under-reporting of cases makes it difficult to know the real magnitude. Previous suicidal behaviour is the leading risk factor in repeat suicide attempts and eventual suicide. Both acute alcohol use and chronic alcohol use are risk factors for suicidal behaviour as they both encourage impulsive behaviour. As with the clinical case presented, the Modesto-Lowe model portrays the suicidal patient as a young woman, with early onset and severe alcohol dependence and significant somatic and psychiatric comorbidity, substance abuse and previous suicidal behaviour. The borderline personality disorder characterized by emotional dysregulation, evident from an intense response to emotional stimulus with unstable and impulsive affectivity is also related to repeated suicide attempt behaviour. According to Tullis' theory, major attempters are patients with more than 5 suicide attempts during their life. History of child abuse and comorbid addictions are risk factors for repeated suicide attempts. Patients relapse and attempt suicide to resolve conflicts from a state of discomfort similar to that reported by substance users in their relapses.

Key words: emotional dysregulation, suicidal behaviour, substance users, borderline personality disorder.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y 44 años (WHO 2008). El suicidio ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas en España tanto en el género masculino como femenino. De hecho, en 2012 se registró el mayor número de suicidios de su historia: 3539. De ellos, el 77 % eran varones y el 23 % mujeres (INE, 2014).

Las cifras expuestas solo representarían la punta de un iceberg, ya que se estima que el número de intentos de suicidio es aproximadamente 10-20 veces superior, aunque las dificultades en la recogida de datos complica conocer la magnitud real del problema. Existe una infranotificación en la mayoría de los países ya que se trata de un grupo muy heterogéneo de pacientes en relación a aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida y, por otra parte, el empleo de diferentes definiciones de lo que constituye un intento de suicidio (Mittendorfer, E., Schmidtke, A., 2009). Por ello conviene destacar que, a pesar de que la historia de conducta suicida previa es el marcador de riesgo

suicida más replicado tanto en futuros intentos como en suicidio consumado (Oquendo, M. A., Currier, D. y Mann, J.J., 2006), en muchas ocasiones la exploración clínica carece de la correcta evaluación de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimándose así el riesgo de suicidio real de los pacientes (Oquendo, M., Baca-García, E., Mann, J.J. *et al.*, 2008).

Entre los factores de riesgo destaca la enfermedad mental, ocupando un lugar importante los trastornos por consumo de alcohol. La Organización Mundial de la Salud informa que el alcohol es el tercer factor de riesgo con más carga de enfermedad en el mundo (el segundo en Europa), comprometiendo el desarrollo individual y social debido a su asociación con conductas problemáticas entre las que se incluye el suicidio. (Ellis, TE, Trumppower D., 2008) (Kisch, J., Leino, EV. y Silverman, MM., 2005).

Del mismo modo que el alcohol, el trastorno límite de personalidad se asocia con la conducta suicida, siendo la tasa de suicidio del 9 % y los intentos de suicidio ascienden hasta el 70 % (Selva G., Bellver, F. y Carabal, E., 2005). El trastorno de personalidad límite es un trastorno grave, de curso crónico que se caracteriza por la inestabilidad emocional, los sentimientos de vacío, las conductas de escape, las relaciones interperso-

nales conflictivas, la impulsividad y la auto o heteroagresividad (Association, A.P.; DSM-IV, A.P.A. T. F, 2000).

Tradicionalmente, se acostumbra a asociar las adicciones al uso de sustancias. En 1990, Goodman adaptó y fusionó los criterios DSM-IV de dependencia a sustancias y ludopatía. De este modo, expandió el foco de los comportamientos adictivos al definir lo que hoy se conoce como “adicciones comportamentales”, que son conductas que pueden realizarse por placer o para evitar situaciones displacenteras, y que se caracterizarían por la pérdida de control y perduración a lo largo del tiempo a pesar de presentar consecuencias negativas para el individuo (Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Courtet, P. *et al.*, 2014). Conviene destacar que las adicciones del comportamiento son habituales y comparten características con la adicción a sustancias, como por ejemplo la tolerancia, la retirada y la recaída (Grant, JE., Brewer, JA., Potenza, MN., 2006). De hecho, las adicciones de sustancias y comportamientos comparten las mismas bases genéticas y neurobiológicas. Los factores psicosociales podrían explicar la variabilidad de expresión de adicciones en individuos específicos (Shaffer, HJ., LaPlante, DA., LaBrie, RA. *et al.*, 2004).

CASO CLÍNICO

Identificación del paciente: Se trata de una mujer de 29 años de edad que realiza seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental por antecedentes psiquiátricos de trastorno adaptativo mixto y consumo de tóxicos.

Análisis del motivo de la consulta: La paciente acude al servicio de urgencias generales al ser hallada en su domicilio tras realizar una sobreingesta medicamentosa con finalidad suicida. Una vez evaluada a nivel orgánico, y habiéndose descartado patología orgánica, es valorada por el Psiquiatra de Enlace quien realiza la exploración psicopatológica. Debido a la persistencia de intencionalidad suicida, nula crítica del gesto, inestabilidad psicopatológica y ausencia de contención familiar se indica el ingreso urgente involuntario en la Unidad de Agudos de Psiquiatría.

Antecedentes personales médico-quirúrgicos: No presenta alergias medicamentosas conocidas.

Traumatismo craneo encefálico sin pérdida de conciencia por accidente de tráfico a los 18 años de edad. Trombosis en extremidad superior izquierda que requirió tratamiento farmacológico anticoagulante en el año 2006. Neuropatía de extremidad superior derecha diagnosticada en 2011. Nódulo tiroideo benigno que no precisa control en la actualidad. Cefalea crónica valorada por servicio de Neurología y derivada a Clínica del Dolor, actualmente en tratamiento rehabilitador. Quemadura accidental de segundo grado en antebrazo derecho en el año 2013. Dos ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos por disminución del nivel de consciencia en el contexto de sobreingesta medicamentosa en los últimos cinco años. No constan otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Psicobiografía breve: La paciente es natural de Rumanía. Presenta distocia socio-familiar importante. Padres divorciados desde que la paciente tenía 26 años, con los que mantiene escaso contacto y que residen en el país de origen. Su madre precisa tratamiento antidepressivo en el contexto de maltrato físico por parte de su exmarido. Es la mayor de dos hermanos. A nivel educativo, refiere estudios primarios sin finalizar. Reside en España desde que tenía 20 años, cuando vino en busca de empleo, y donde actualmente trabaja en agricultura ecológica. El hermano de la paciente se trasladó a España hace unos años, conviviendo juntos durante un año hasta que, por problemas de relación, este abandonó el domicilio y actualmente mantienen una relación conflictiva. La paciente tiene pareja estable desde hace 6 años, este reconoce diagnóstico de trastorno mental severo. Situación socio-económica actual complicada.

Historia toxicológica: Inicio de consumo de alcohol a los 19 años de edad de forma ocasional con patrón lúdico, aumentando en frecuencia y cantidad en los últimos años, pasando de ser un consumo abusivo a ser un consumo con patrón de dependencia en contexto de varios estresores ambientales, sin referir periodos de completa abstinencia desde hace 4 años. Fumadora de un paquete de tabaco al día desde los 18 años. La paciente niega consumo de otras drogas, aunque constan varios resultados positivos para cocaína en los últimos 6 años.

Historia psicopatológica: A los 25 años de edad inicia contacto con servicio de Psiquiatría en el

Centro de Salud Mental, tras ser derivada por servicio de urgencias del mismo servicio de psiquiatría por cuadro clínico de características ansiosas. Inicialmente es orientada como trastorno adaptativo mixto con ansiedad y ánimo depresivo (309.4) acompañado de consumo de tóxicos. Se intentó vincular a Unidad de Conductas Adictivas en varias ocasiones sin éxito. Consta un primer ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría en mayo de 2013, tras intento de suicidio por sobreingesta medicamentosa, con diagnóstico al alta de abuso de alcohol (305.0) y problemas relativos al núcleo familiar principal de apoyo. Derivada posteriormente a seguimiento en consultas de Salud Mental y valoración por Psicología, donde acude de forma irregular. Constan casi treinta visitas urgentes entre Urgencias Generales y de Psiquiatría solo en el año 2013 por distintos motivos (intoxicación enólica, sobreingesta medicamentosa, clínica ansiosa...). Constan al menos nueve intentos de suicidio en los últimos tres años. Visita a urgencias en diciembre de 2013, cuando la paciente consultó por ansiedad de características somáticas con derivación a Unidad de Conductas Adictivas, donde también consta ingreso en Unidad de Deshabitación en septiembre de 2014.

Análisis y descripción de las conductas problema:

Destaca la psicobiografía compleja, los antecedentes toxicológicos y psiquiátricos, como conductas problema. A destacar principalmente los antecedentes de conducta suicida previos.

Episodio actual:

Proceso actual: En esta ocasión, en octubre de 2014, ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría tras consumo la noche anterior de elevada cantidad de alcohol y 27 mg de Olanzapina (dosis tóxica 15mg/Kg), Trazodona: 3gr (Dosis mortal desde 2,5 grs), Clotiapina 600mg (dosis tóxica 15mg/kg), Disulfiram 2,5 gramos (dosis tóxica desde 6gr) con finalidad suicida.

Tratamiento previo al ingreso: La paciente reconoce abiertamente que hacía meses que no presentaba un correcto cumplimiento terapéutico y que su adherencia a las visitas había disminuido considerablemente.

Exploración psicopatológica en planta: Consciente, y orientada en tiempo, espacio y persona. Tendencia a la somnolencia secundaria a la sobreingesta medicamentosa. Poco colaboradora y abordable. Contacto parcialmente sintónico. Leve entecimiento psicomotor. Discurso adecuado en tono, coherente, extrapunitivo, pueril y superficial en su temática. Inestabilidad emocional con importante repercusión conductual. Niega alteraciones sensorceptivas ni del contenido del pensamiento. Pensamientos de muerte recurrentes con ideación suicida, sin realizar crítica del gesto que ha motivado el ingreso ni de las conductas de escape de alta letalidad realizadas durante este tiempo. Irritable. Alta impulsividad. No auto ni heteroagresividad durante la entrevista. Con capacidad de juicio, siendo consciente de sus actos y de las posibles consecuencias de estos.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea sin alteraciones en bioquímica, hemostasia, hemograma ni serologías. Positivo para benzodicepinas en la analítica de tóxicos en orina, resto de sustancias negativo. Tomografía Axial Computarizada craneal sin alteraciones.

Evolución: Los primeros días la paciente se muestra irritable y discrepante con el ingreso manifestando su oposición al mismo, siendo querulante con el personal sanitario, con tendencia al manejo ambiental, objetivándose baja tolerancia a la frustración e inestabilidad emocional marcada sin realizar crítica del gesto autolítico. Interrogada sobre su situación actual, presenta nula motivación para el abandono de tóxicos y expresa planes de futuro poco realistas. Destacan insomnio mixto de conciliación y mantenimiento.

Selección del tratamiento más adecuado:

Se pretende ajustar el tratamiento psicofarmacológico, mediante una combinación de antipsicóticos y antidepresivos. Se instaura tratamiento con ziprasidona hasta 40mg/día, quetiapina hasta 200mg/día, clorazepato dipotásico hasta 15mg/día, fluoxetina hasta 40mg/día, disulfiram hasta 250 mg/día, con buena tolerabilidad y respuesta por parte de la paciente. A través de las entrevistas con la paciente y realizando revisión exhaustiva psicobiográfica y de historial clínico, se evidencia patrón de relaciones interpersonales inestables, senti-

mientos crónicos de vacío, alta impulsividad con amenazas suicidas recurrentes y conductas disruptivas de riesgo y escape desde el inicio de la adolescencia. A lo largo de los días, paralelamente y a nivel de exploración psicopatológica, se objetiva mejoría del contacto, más comunicativa y abordable, aunque prevalece una actitud fría, con escasa crítica de su situación, tanto en el aspecto del consumo de alcohol como en el de conductas parasuicidas, objetivándose durante las entrevistas nula conciencia de enfermedad. No se evidencia clínica psicótica.

A nivel psicométrico, se pasa el cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV obteniéndose puntuaciones elevadas para Trastorno de Personalidad Límite (8), Trastorno de Personalidad Evitativo (8) y Trastorno de Personalidad Paranoide (5).

Diagnóstico codificado según DSM V: Trastorno de personalidad límite (301.83); Trastorno por consumo de alcohol grave (303.90); Nivel elevado de emoción expresado en la familia (V61.8); Otro problema relacionado con el empleo (V62.29); Ingresos bajos (V60.2); Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales (V62.89).

Establecimiento de las metas del tratamiento:

Dadas las características de la paciente, su diagnóstico de Trastorno de personalidad límite grave, la gravedad de sus conductas disruptivas y autolesivas, la hiperfrecuentación de urgencias, así como la escasa/nula contención familiar y social, se consideró que se beneficiaría de la derivación a centro psiquiátrico de media/larga estancia. Fue derivada al alta hospitalaria a este recurso con los objetivos de conseguir la estabilidad clínica mantenida, ajustar tratamiento farmacológico y trabajar la adherencia a este así como de conciencia de enfermedad y realizar orientación ocupacional y mejorar la funcionalidad de la paciente.

Seguimiento y eficacia del tratamiento:

Se procedió al alta hospitalaria a Centro de Media Estancia con el mismo tratamiento farmacológico instaurado durante la hospitalización. Transcurridos cuatro meses del ingreso en media estancia, mantiene estabilidad psicopatológica con el tratamiento instaurado, cumpliendo de forma correcta con normativa del centro, participando en grupo de terapia de patología dual y manteniendo la abstinencia enólica en entorno controlado. El

proyecto al alta será realizar seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental por su psiquiatra de referencia.

DISCUSIÓN

Son pocos los modelos psicológicos propuestos para identificar el papel del consumo de alcohol en el comportamiento suicida. Son, de hecho, dos manifestaciones conductuales complejas que están determinadas por múltiples factores. Estos modelos teóricos describen una relación causal (en la que el alcohol precede al comportamiento suicida) y postulan que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de conductas suicidas a través de otros factores de riesgo.

El modelo de Hufford (2001) explica la relación entre el alcohol y la conducta suicida a través de dos vías que incluyen distintos factores de riesgo: la distal (por ejemplo, el consumo crónico de alcohol, trastornos mentales) y la proximal (por ejemplo, la intoxicación de alcohol aguda o la pérdida de relaciones interpersonales). Dicho autor defiende que los factores proximales deben estar presentes para detonar la vulnerabilidad conferida por los distales y añade que el alcohol disminuye la capacidad del individuo para manejar los estresores.

El modelo de Conner (2004) identifica dos grupos de variables, predisponentes y precipitantes (similar a los factores de riesgo distal y proximal de Hufford). De este modo, propone que los rasgos impulsivos/agresivos (mucho más frecuentes en la población alcohólica) y el alcoholismo aumentan la probabilidad de presentar conflictos interpersonales, y que la predisposición a presentar un afecto negativo y desesperanza aumentan la conducta suicida. Estas variables interactúan entre sí y aumentan el riesgo suicida entre los sujetos consumidores de alcohol.

Lamis y Malone (2012) propusieron un modelo que recoge elementos de los dos modelos previos e incorpora variables como el soporte social, la sintomatología depresiva y los problemas relativos al consumo de alcohol (por ejemplo, el bajo rendimiento laboral, el absentismo, las peleas en el contexto de intoxicación, etc.). De este modo, proponen que los rasgos impulsivos y agresivos en sujetos que consumen alcohol incrementan el

riesgo de presentar conflictiva interpersonal, eventos vitales estresantes y problemas relativos al alcohol. Estos precipitantes, a su vez, promoverían la aparición de sintomatología depresiva y aumentarían la probabilidad de conducta suicida, sobre todo en las situaciones de bajo soporte social.

Atendiendo a modelos más biológicos, es conocido que el hipocampo tiene un papel clave en la respuesta al estrés, la toma de decisiones, la memoria y el control de las conductas autodestructivas, y que existen varios mecanismos a través de los cuales el alcohol daña esta estructura (Brady, J. 2006). Por otro lado, el consumo de alcohol provoca una disfunción serotoninérgica (Ratsma, JE., Van Der Stelt, O., Gunning, WB., 2002). De hecho, una baja actividad de la serotonina se relaciona con un aumento en la agresividad/impulsividad, algo que aumenta el riesgo suicida. Los individuos que realizaron intentos de suicidio de alta letalidad y tenían comorbilidad con consumo de alcohol, presentaban niveles más bajos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo comparadas con sujetos deprimidos con dependencia de alcohol que cometieron intentos de suicidio de baja letalidad. Además, en pacientes con dependencia enólica se ha objetivado una reducción de la unión a receptores 5-HT_{1A} en consumidores de alcohol al compararlos con no consumidores. Estudios recientes proponen que la alteración serotoninérgica por el consumo de alcohol consiste en cambios regionales específicos más que en la hipofunción del área cortical prefrontal medial (provocaría una disfunción en el control de la impulsividad) en comparación con deprimidos sin dependencia de alcohol (Thompson, PM., Cruz, DA., Olu-kotun, DY., Delgado, PL., 2011). Los individuos que presentan consumo crónico elevado de alcohol, tienen la respuesta del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) al estrés alterada, del mismo modo que la hiperactividad del eje HHA correlaciona la conducta suicida (Sher, L. 2007). Es conocido que el HHA interacciona con el sistema serotoninérgico y se han asociado distintas anomalías de ambos a la vulnerabilidad para desarrollar la adicción al alcohol y la conducta suicida. Estas anomalías probablemente son debidas a una interacción entre el ambiente y múltiples genes de efectos fenotípicos leve-moderados. Es posible que puedan manifestarse precozmente, lo

cual es importante para la detección precoz de riesgo en una población especialmente vulnerable como pueden ser los adolescentes.

Tratando de integrar los modelos psicosociales con los modelos más biológicos, y atendiendo a las sugerencias de Ali y cols (2013), se podría afirmar que el alcohol actúa como un favorecedor de la conducta suicida al promover la depresión y la desesperanza, desinhibiendo el comportamiento negativo y la impulsividad, alterando la resolución de problemas y de la contribución a las perturbaciones en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, los factores asociados con el consumo agudo de alcohol como la agresividad, la impulsividad, el deterioro cognitivo y el estrés psicológico tienen una influencia clara sobre el riesgo suicida individual (Bagge, CL., Sher, KJ., 2008). Entre un 10 y un 69 % de los suicidios consumados presentan una etanolemia positiva. Hasta un 73 % de los sujetos que realizan un intento de suicidio presentan niveles detectables en sangre (Cherpitel, CJ., Borges, G and Wilcox, HC., 2004). Según estudios de Sher y cols (Sher L *et al.*, 2009), la prevalencia de trastorno por uso de alcohol es significativamente mayor en pacientes con trastornos afectivos que presentan intentos suicidas en contextos de consumo agudo de alcohol (70,7 % vs 46,2 %). En estos pacientes el consumo de alcohol se asocia significativamente con mayor letalidad del método escogido. La frecuencia de conducta suicida y la severidad de la ideación suicida en depresivos alcohólicos está relacionada con la agresividad (Waern, M., 2003). Tanto los estudios de suicidios consumados como de intentos de suicidio nos indican que el consumo de alcohol agudo está presente de forma relevante. Estos datos son extensibles a todas las franjas de edad y a los pacientes con trastorno afectivo. Parece que el consumo agudo de alcohol promovería la impulsividad, la restricción cognitiva y el malestar psíquico.

Entre los factores precipitantes, se observó una correlación entre la severidad del alcoholismo y la escasa red social (Westermeyer, J., Neider, J., 1998). De hecho, los eventos interpersonales, sobre todo los relativos a la problemática de relación de pareja, se han asociado a intentos de suicidio y al suicidio consumado en alcohólicos dependientes (Conner, KR., Duberstein, PR., 2004).

Tal y como se observa en la paciente, el trastorno límite de personalidad es un síndrome expansivo. Los síntomas más característicos son la agresividad, la distimia intensa, los actos impulsivos, la sensibilidad interpersonal, la búsqueda dramática de apoyo y atención, así como la apatía, las vivencias de insuficiencia y el sentimiento de vacío crónico. La disregulación emocional se considera un aspecto central en la psicopatología del paciente límite. Este déficit de regulación emocional se manifiesta por una respuesta intensa a estímulos emocionales con una afectividad inestable y altamente reactiva. Las autoagresiones suelen ser una respuesta a estados emocionales intensos relacionados con el rechazo, la humillación o la culpa. En estas situaciones, el sujeto no es capaz de regular la duración e intensidad de su afecto, que lo percibe como destructivo, infinito y devastador.

Uno de los aspectos más característicos de las adicciones es que los sujetos afectados pueden tener periodos largos de abstinencia y, repentinamente, tras un periodo de estrés o determinados estímulos ambientales, recaen de nuevo. Los pacientes que presentan un patrón de comportamientos repetitivos, socialmente mal vistos, y con repercusiones negativas para los propios sujetos quienes se ven incapaces para controlarlos son considerados adictos. En la asistencia clínica se observa con frecuencia pacientes que realizan un elevado número de intentos de suicidio y que refieren no poder ser capaces de controlar el paso al acto suicida ante determinados estresores ambientales. En 1998, Tullis propuso una teoría de la adicción al comportamiento suicida, según la cual estos individuos presentarían múltiples adicciones, trastornos afectivos e historia de maltrato infantil (Blasco-Fontecilla, H., Jausent, I., Olié, E. *et al.*, 2014). Es escasa la literatura existente al respecto, pero la disponible sugiere que tanto el maltrato infantil como la comorbilidad con otras adicciones son factores de riesgo para la repetición de las conductas suicidas (Mynnat, S., 2000).

Los grandes repetidores (Blasco-Fontecilla, H., 2011) son aquellos pacientes que han realizado más de cinco intentos de suicidio a lo largo de la vida y representan el 10-15 % de los sujetos que intentan suicidarse (Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Courtet, P. *et al.*, 2014). Tienen un ma-

yor riesgo de suicidio consumado (Kourosch, AS., Harrington, CR., Adinoff, B., 2010), son grandes consumidores de recursos y representan un gran problema para el clínico. De hecho, recaen e intentan el suicidio para resolver conflictos o para sentir alivio desde un estado previo de malestar insoportable que se asemeja a la manera que tienen los alcohólicos u otros consumidores de explicar sus recaídas.

CONCLUSIÓN

El alcoholismo es un factor contribuyente en aproximadamente un 30 % de los suicidios. Cerca del 8 % de los pacientes con dependencia enólica fallecen por suicidio, y hasta el 96 % de los alcohólicos que se suicidan han continuado con el consumo hasta el final de su vida (American Foundation of Suicide Prevention: Facts & Figure-National Statistic). La prevalencia de trastorno por uso de alcohol es significativamente mayor en pacientes con trastornos afectivos que presentan intentos suicidas en contextos de consumo agudo de alcohol, siendo también más letal el método escogido para el intento de suicidio (Sher, L. *et al.*, 2009). En el consumo agudo de alcohol hay un aumento de la impulsividad, mayor estrés psicológico y restricción cognitiva, mayor riesgo de materializar una intencionalidad autolítica no planificada. De hecho, el efecto agudo del alcohol está tan implicado en la conducta suicida como los efectos crónicos del consumo (Schneider, B., 2009).

En la revisión de Modesto-Lowe y cols (2006), sobre intentos de suicidio y dependencia al alcohol, se perfila el paciente tipo: mujer joven, con dependencia grave y de inicio temprano, importante comorbilidad somática, psiquiátrica y consumo de otros tóxicos, antecedentes de intentos previos y de conducta suicida entre sus familiares, que coincide con el caso actual. Se asocia el debut temprano del consumo y la conducta suicida (Modesto-Lowe, V., Brooks, D. *et al.*, 2006). Es por ello que, en el abordaje de la conducta suicida en el alcoholismo, es importante valorar el cambio de estereotipo y la mayor tendencia a la comorbilidad psiquiátrica y con otros tóxicos. El modelo explicativo de Conner y Duberstein que integra factores predisponentes (impulsividad y severidad

de la adicción) con factores precipitantes (estresores vitales) resulta útil en la práctica clínica para identificar los sujetos con alto riesgo suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ali, S., Nathani, M. et al.** (2013). "Alcohol: The lubricant to Suicidality". *Innov Clin Neurosci*, vol 10(1), 20-29.
2. **American Foundation of Suicide Prevention:** Facts & Figure-National Statistic: Available from URL:http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page_id=050fea9f~b064~4092~b1135c3a70de1fda.
3. **Association, A.P., DSM-IV, A.P.A. T. F.** (2000) on. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR". American Psychiatric Pub.
4. **Bagge, CL., Sher, KJ.** (2008). "Adolescent Alcohol Involvement and Suicide Attempts: Toward the Development of a Conceptual Framework". *Clin Psychol Rev.* vol 28(8),1283-1296.
5. **Blasco-Fontecilla, H.** (2011). The addictive hypothesis of suicidal behavior. *Med Hypotheses* 2011.
6. **Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Courtet, P. et al.** (2014). Horror vacui: Emptiness may be a core pathway in major suicide repeaters. A pilot study. *Psychother & Psychosomatics* (submitted).
7. **Blasco-Fontecilla, H., Jaussent, I., Olié, E. et al.** (2014). A cross-sectional study of major repeaters: a distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16(4):10.4088/PCC.14m01633.
8. **Brady, J.** (2006). "The association between alcohol misuse and suicidal behavior". *Alcohol Alcohol*, Vol (41), 473-447.
9. **Cherpitel, CJ., Borges, G. and Wilcox, HC.** (2004). "Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol (28),18S-28S.
10. **Conner, KR., Duberstein, PR.** (2004). "Pre-disposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: Empirical review and conceptual integration". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol (28), 6S-17S.
11. **Ellis, TE., Trumppower, D.** (2008). "Health risk behaviors and suicidal ideation: A preliminary study of cognitive and developmental factors". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol (38), 251-259.
12. **Grant, JE, Brewer, JA., Potenza, MN.,** (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CSN Spectr*, vol (11), 924-30.
13. **Hufford, M.** (2001). "Alcohol and suicidal behavior". *Clinical Psychology Review*, vol (21), 797-811. INE (2014)
14. **Kisch, J., Leino, EV. y Silverman, MM.** (2005). "Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the spring 2000 national college health assessment survey". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol (35), 3-13.
15. **Kouros, AS., Harrington, CR. y Adinoff, B.** (2010). Tanning as a behavioral addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol (36), 284-90.
16. **Malone, DA. y Lamis, KR.** (2012). "Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model". *Suicidology Online*, vol (3), 4-23.
17. **Mittendorfer, E. y Schmidtke, A.** (2009): "Suicide attempts in Europe" en: Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.): *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention*, Oxford, Oxford University Press, pp.123-6.
18. **Mynnatt, S.** (2000). "Repeated suicide attempts". *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* vol (38), 24-33.
19. **Modesto-Lowe, V., Brooks, D. et al.** (2006). "Alcohol Dependence And Suicidal Behaviour: from research to clinical challenges". *Harv Rev Psychiatry*, vol (14), 251-248.
20. **Oquendo, M. A., Currier, D. y Mann, J.J.** (2006): "Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?". *Acta Psychiatr Scand*, vol (114), 151-8.
21. **Oquendo, M., Baca-García, E., Mann, J.J. et al.** (2008): "Issues for axis", *Am J Psychiatry*, vol (165), 1383-4.
22. **Ratsma, JE., Van Der Stelt, O. y Gunning, WB.** (2002). "Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans". *Alcohol Alcohol*. vol (37), 522-533.
23. **Schneider, B.** (2009). "Substance Use Disorders and Risk for completed suicide". *Archives of Suicide Research*, vol (13), 303-316.
24. **Selva, G., Bellver, F. y Carabal, E.** (2005). "Epidemiología del trastorno límite de la personalidad". En: G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga. *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
25. **Shaffer, HJ., LaPlante, DA., LaBrie, RA. et al.** (2004). Toward a syndrome model of

-
- addiction: multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry*, vol (12), 367-74.
26. **Sher, L.** (2007). "The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in the pathophysiology of alcoholism misuse and suicidal behaviors in adolescents". *Int J Adolesc Med Health*, vol (19), 3-9.
27. **Sher, L. et al.** (2009). "Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders". *Journal of Psychiatric Research*, vol (43), 901-905.
28. **Thompson, PM., Cruz, DA., Olukotun, DY. y Delgado, PL.** (2011) "Serotonin receptor, SERT mRNA and correlations with symptoms in males with alcohol dependence and suicide". *Acta Psychiatrica Scand.* 2011 Dec 19.
29. **Waern, M.** (2003). "Alcohol dependence and misuse in elderly suicides". *Alcohol&Alcoholism*, vol (38), 249-254.
30. **Westermeyer, J., y Neider, J.** (1998) "Social networks and psychopathology among substance abusers". *Am J Psychiatry*, vol (145), 1265-1269.
31. **World Health Organization** (2004): *The global burden of disease*. Actualizado, Ginebra, WHO, 2008.