

TENTATIVA DE SUICIDIO Y CONSUMO DE ALCOHOL

M.^a FERNANDA LOUZÁN ROJO¹ Y J. LUIS LÓPEZ RODRÍGUEZ²

¹Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

²Enfermero especialista en salud mental. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo (Asturias).

RESUMEN

Es de consideración la relación existente entre el consumo de alcohol y la tentativa de suicidio, conductas que se encuentran estrechamente vinculadas. La evidencia de ello se constata en innumerables investigaciones llevadas a cabo en poblaciones de alcohólicos que han consumado o intentado un suicidio, y que se encuentran bajo los efectos del alcohol. Para la realización del presente estudio, se ha utilizado una muestra constituida por 1633 sujetos que acudieron a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Se ha llevado a cabo un análisis epidemiológico descriptivo transversal. Para ello, se diseñó un estudio comunitario muestral transversal. Los objetivos generales son explorar la relación existente entre el consumo de alcohol y las conductas suicidas por si el primero fuera significativo para la inducción al segundo. Los resultados se recogieron y evaluaron mediante el paquete estadístico SPSS.

Palabras clave: suicidio, autólisis, alcohol.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos por consumo de alcohol se asocian a comportamientos suicidas con una frecuencia más elevada de lo esperable en la población general. Los datos del estudio ECA¹ revelan una prevalencia de conductas suicidas del 18% entre los pacientes alcohólicos y toxicómanos.

El consumo aislado de alcohol, independientemente de que exista un proceso adictivo de base, también se asocia con mucha frecuencia a tentativas de suicidio y suicidios consumados, estando esta circunstancia presente en casi dos tercios de todos ellos, y la proporción es aún más elevada cuando se valora únicamente a la población joven. El primer meta-análisis basado en estudios de cohortes que ofrece datos relativos al riesgo de suicidio en sujetos con trastornos por consumo de alcohol fue publicado en 1997².

Correspondencia: J. Luis López Rodríguez
Correo electrónico: julodris@yahoo.es



El suicidio constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial. Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO)³ ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Estas mismas fuentes estiman un incremento en torno a 1,5 millones para el año 2020. En los países miembros de la Unión Europea, se calcula que mueren cerca de 60000 personas al año por este motivo.

En España, la situación no es diferente. Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008, al suicidio como primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico, y esta situación se mantiene invariable hasta el año 2016, año del que se dispone de los últimos datos oficiales, con 3569 muertes por suicidio consumado (907 mujeres y 2662 hombres)^{4,5}.

Esas mismas estadísticas demuestran que las tasas de suicidio están relacionadas con el sexo y la edad, siendo más elevadas en varones y en ancianos que en mujeres y jóvenes, respectivamente. No obstante, cabe reseñar que el suicidio es la segunda causa de mortalidad entre los 25 y los 34 años después de los tumores y supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

Entre los sujetos alcohólicos, el suicidio es el causante del 5-27 % de las defunciones. La adicción alcohólica hace que un individuo tenga de promedio seis veces más riesgo de suicidio que la población general.

El suicidio en España está en máximos. Pero, a pesar de que cada año más personas se quitan la vida, se trata de un «problema de salud pública que se oculta debajo de la alfombra», según la opinión de expertos en salud mental de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)⁶. Alrededor de un 10 % tienen otros diagnósticos como trastorno por consumo de sustancias (p. ej., alcoholismo), esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad o trastorno bipolar⁷.

Diversos autores^{8,9} refieren un 6 % de suicidios consumados y un 20 % de tentativas de suicidio en pacientes alcohólicos, actuando como desencadenante de un ingreso psiquiátrico en el 10 % de los casos.

En el grupo de sujetos jóvenes, en el 26 % de los suicidas pertenecientes a este grupo etario, se pudo establecer un diagnóstico de alcoholismo, que, en ocasiones, coexiste con problemas familiares, insatisfacción, etc., actuando estas situaciones como precipitantes de los comportamientos autolíticos¹⁰.

Al comparar a un grupo de sujetos alcohólicos que habían realizado una tentativa de suicidio con otro que nunca había presentado este tipo de conductas, se encontró que las tentativas suicidas se asociaban con una mayor frecuencia de lo esperable a una edad más joven, a mujeres, a consumos más elevados de alcohol y a un inicio en el consumo a una edad más temprana¹¹.

OBJETIVOS

Describir las diferencias sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han sido diagnosticados de consumo de alcohol y que realizaron conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño observacional, longitudinal y prospectivo de tres años de seguimiento.

Población de estudio

Muestra constituida por 1633 sujetos que acudieron a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) durante un período de tres años por tentativa de suicidio y con diagnóstico de consumo de alcohol.

Instrumento de evaluación

WHO/EURO Multicentre Study.

Procedimiento estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis de distribución de frecuencias con las variables sociodemográficas para, posteriormente, buscar las relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes parámetros que se había obtenido.

Aspectos éticos

Antes de comenzar el estudio, se solicitó la autorización escrita al Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias para evitar los problemas éticos que puede suscitar este tipo de investigaciones.

Confidencialidad

La base de datos, así como los protocolos, fueron manejados exclusivamente por los propios investigadores. Los pacientes fueron identificados con un código numérico, evitando usar sus nombres en los procedimientos estadísticos. Los datos recogidos fueron introducidos en un archivo informático al que solo tuvieron acceso los investigadores del estudio.

RESULTADOS

Sexo

La población muestral estaba compuesta por 636 varones (38,9%) y 997 mujeres (61,1%) (fig. 1).

La proporción de hombres que han realizado una tentativa suicida es inferior a la proporción de hombres en la población general del área sanitaria. En las mujeres, evidentemente, sucede lo contrario. No obstante, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Edad

La media de edad [media (desviación estándar)] de la muestra fue de 38,66 (15,13) años de edad, siendo la edad mínima de 13 y la máxima de 95 años.

Cuando se considera la distribución de la edad en función del sexo, se obtiene la tabla 1.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media de edad de hombres y mujeres.

Figura 1. Sexo.

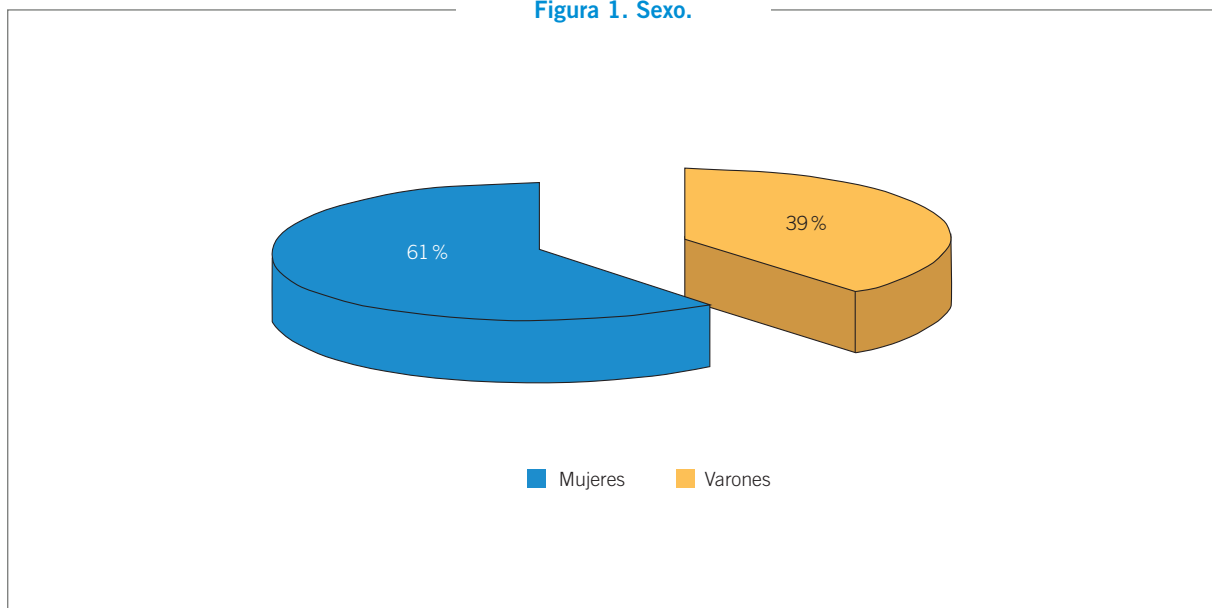


Tabla 1. Media de edad de la muestra

Hombres (n = 636) media (DE) [años]	Mujeres (n = 997) media (DE) [años]	p
38,24 (14,53)	38,93 (15,50)	NS

t de Student.

DE: desviación estándar; n: tamaño de la muestra; NS: no significativo; p: nivel de significación estadística.

Grupos de edad

La población estudiada se ha agrupado por decenios, obteniéndose la siguiente distribución muestral recogida en la figura 2.

En los hombres, predominan las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años, seguido del grupo de 20 a 29 años de edad; mientras que, en el grupo de las mujeres, predominan, en primer lugar, las edades comprendidas entre los 30 y los 39 años, pero son seguidas del grupo de 40 a 49 años de edad (tabla 2).

Estado civil

Los solteros representan el 39,8% de la muestra, siendo este el estado civil predominante en ambos

sexos. Los casados o con pareja estable son el segundo grupo más numeroso de tentativas, con el 31,2% de los casos. Los viudos, divorciados y separados presentan tasas bastante inferiores: del 4, el 3 y el 10%, respectivamente. En 195 (11%) de los casos, no fue posible conocer el estado civil (fig. 3).

Apoyo familiar

La mayoría de los sujetos del estudio vivían con su familia, bien propia, bien de origen. Desglosándose los datos, se obtienen 154 (9,4%) sujetos que vivían solos, 94 (5,8%) que vivían solos con sus hijos, 468 (28,7%) que vivían con pareja e hijos, 117 (7,2%) que vivían con pareja sin hijos, 457 (28%) que vivían con su familia de origen, 145 (8,8%) que

Figura 2. Grupos de edad.

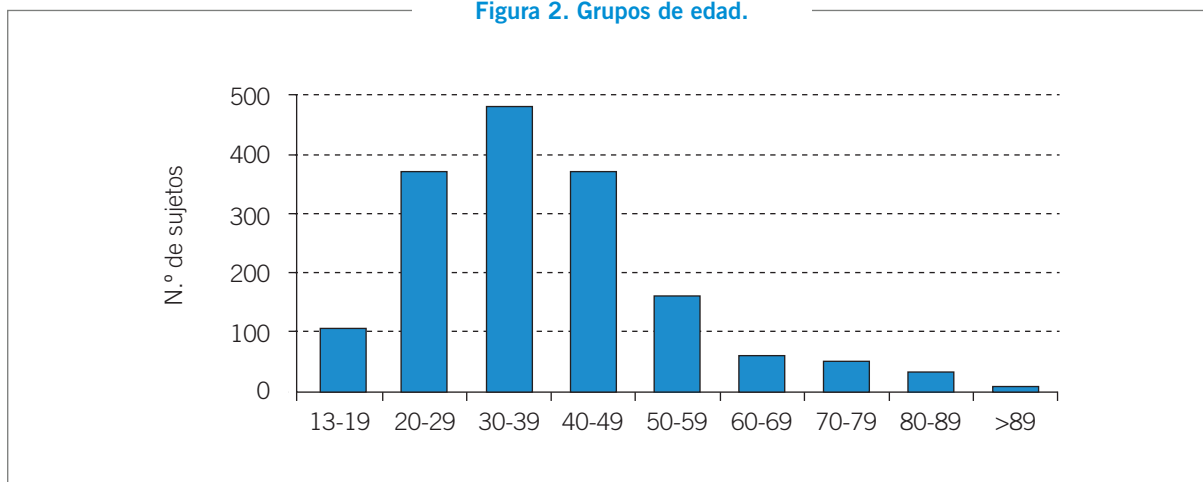
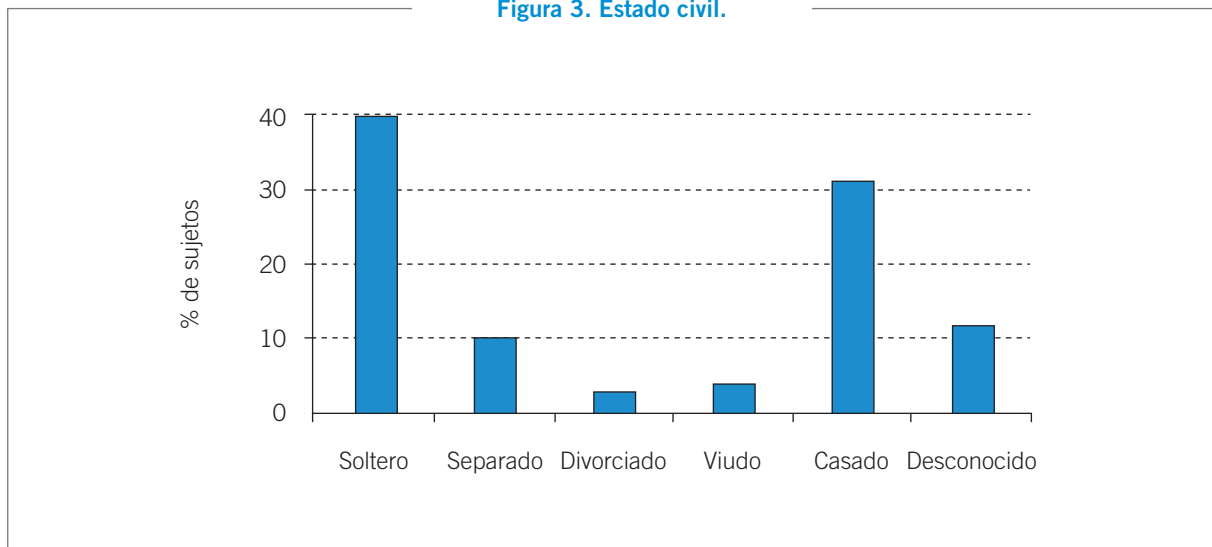


Tabla 2. Grupos de edad según el sexo

Grupos de edad [n (%)]	Hombres	Mujeres	Total
13-19 años	32 (5)	73 (7,3)	105 (6,4)
20-29 años	149 (23,4)	219 (22)	368 (22,5)
30-39 años	213 (33,5)	266 (26,7)	479 (29,3)
40-49 años	136 (21,4)	233 (23,4)	369 (22,6)
50-59 años	46 (7,2)	114 (11,4)	160 (9,8)
60-69 años	24 (3,8)	36 (3,6)	60 (3,7)
70-79 años	20 (3,1)	29 (2,9)	49 (3)
80-89 años	12 (1,9)	20 (2)	32 (2)
≥90 años	1 (0,2)	5 (0,5)	6 (0,4)
Dato desconocido	3 (0,5)	2 (0,2)	5 (0,3)

n: tamaño de la muestra.

Figura 3. Estado civil.



vivían con otras personas y/o en algún tipo de centro, y en 198 (12,1 %) casos no fue posible averiguar el apoyo familiar (fig. 4).

Nivel educativo

Predominan los sujetos con estudios primarios 1062 (65 %), seguidos de los sujetos con educación secundaria 276 (16,9 %) y de los sujetos con estudios

universitarios 99 (6,1 %). En 196 (12 %) casos, no fue posible averiguar el nivel educativo (fig. 5).

Estudio de la tentativa

Para la inclusión en el estudio, se han tenido en cuenta las definiciones de la OMS de **acto suicida**: todo hecho por el que un sujeto se causa lesión a sí mismo, cualquiera que sea el grado de intención letal y

Figura 4. Apoyo familiar.

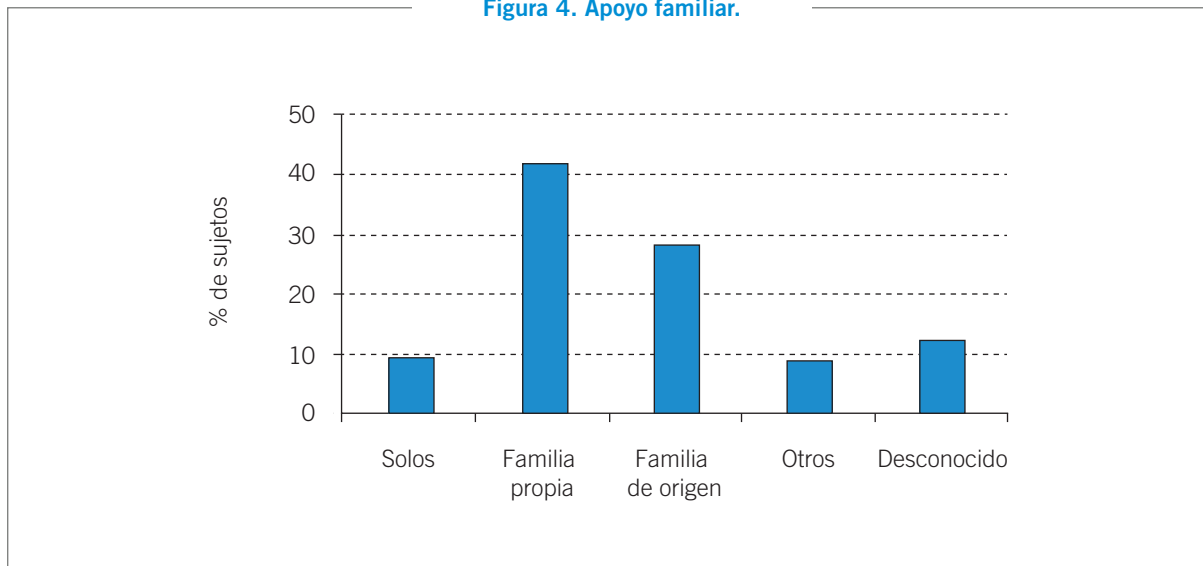
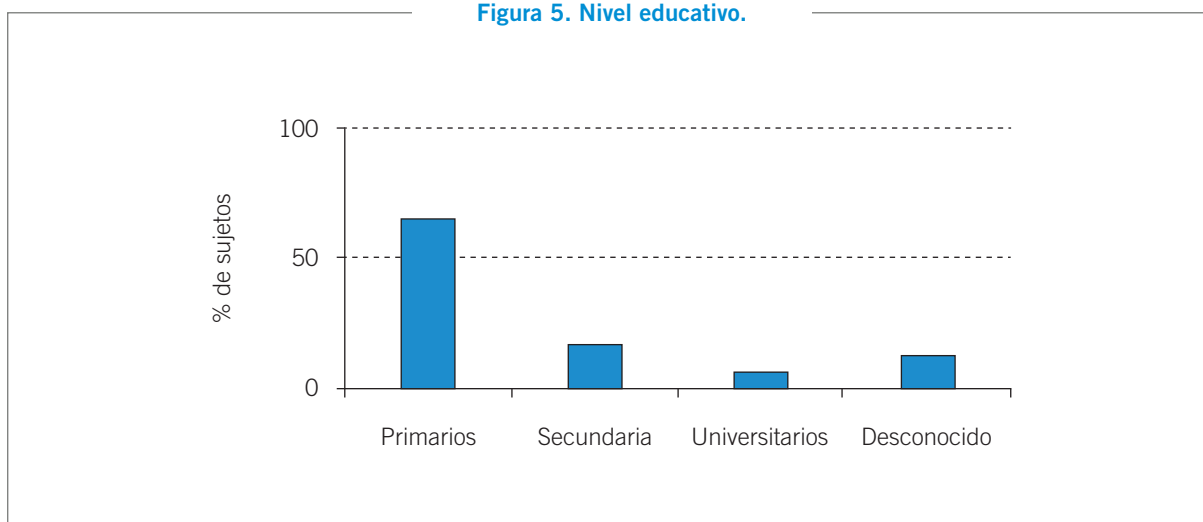


Figura 5. Nivel educativo.



de conocimiento; **suicidio**: muerte resultante de un acto suicida; e **intento de suicidio**: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Hora de la tentativa

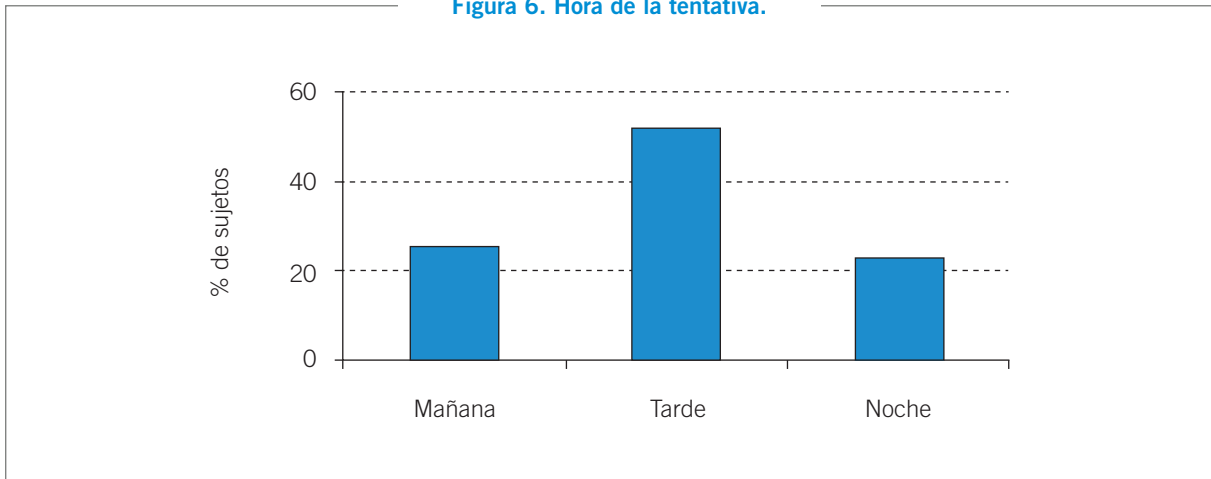
Las tentativas de suicidio en el presente estudio se han realizado con mayor frecuencia durante las 23:00 horas (7,5%), seguidas de las 00:00 horas (7,4%), las 20:00 horas (6,9%), las 21:00 horas (6,5%),

las 19:00 horas (5,8%), las 17:00 horas (5,7%) y las 22:00 horas (5,5%). La mayoría de las tentativas se llevan a cabo desde las 12:00 horas hasta las 23:59 horas (fig. 6).

Método empleado

El procedimiento empleado con mayor frecuencia para las tentativas de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, elegida por el 74,8% de los sujetos,

Figura 6. Hora de la tentativa.



seguido por la flebotomía (18,4% de los sujetos). Con una menor frecuencia, la precipitación (3%), la ingestión de pesticidas y otros productos químicos de agricultura (2,4%), y el ahorcamiento (1%). En el apartado «otros» (0,3%), se han agrupado cuatro casos que no se han especificado y uno que se disparó con un arma de fuego (tabla 3).

DISCUSIÓN

En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el fenómeno suicida, las mujeres presentan mayores tasas de ideación y de comportamientos suici-

das¹¹⁻¹³, pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja en las mujeres que en los varones.

En España, la proporción entre mujeres y varones por lo que se refiere a tentativas de suicidio presenta una tendencia hacia la equiparación. Así, se ha pasado de una relación de 1:9 a favor de las mujeres en la década de 1970 a 1:2 en la actualidad. En la muestra estudiada, el número de mujeres que realizaron una tentativa suicida fue de 997 (61,1%), en tanto que los varones fueron 636 (38,9%). Los porcentajes de hombres y mujeres del presente estudio son coincidentes con los mismos en la población general, siendo la proporción mujer/hombre de 1,6.

Tabla 3. Método de la tentativa y sexo

Método	Hombres [n (%)]	Mujeres [n (%)]
Intoxicación medicamentosa	408 (64,2)	814 (81,6)
Flebotomía	169 (26,6)	131 (13,1)
Otros	59 (9,3)	52 (5,2)
Total	636 (38,9)	997 (61,1)

χ^2 (gl) = 63,44 (2); $p = 0,000$

gl: grados de libertad; n: tamaño de la muestra; p : nivel de significación estadística.



Los grupos de edad más frecuentemente relacionados con las tentativas de suicidio son los incluidos en el período juvenil. La mayoría de los estudios que investigan este fenómeno muestran cómo las tasas más elevadas de comportamiento parasuicida se dan en personas jóvenes, concretamente, en la franja de edad comprendida entre los 15 y los 34 años¹⁴⁻¹⁶.

En el estudio WHO/EURO¹⁷, se observó que la relación entre intentos de suicidio y estado civil era dependiente de la edad, por cuanto la probabilidad de estar casado es menor entre la población más joven. Aun así, al corregir este factor de confusión, se observó que las tentativas suicidas eran más frecuentes entre los solteros y los divorciados. Por último, se considera que tener hijos a cargo es un factor de protección frente a este tipo de comportamientos¹⁸.

En general, se considera que el nivel educativo no tiene un papel determinante en el comportamiento suicida. No obstante, lo cierto es que, en la mayoría de los estudios, se encuentra un nivel educativo más bajo en las personas que intentan o consuman el suicidio¹⁹. En los datos encontrados en el presente estudio, los sujetos con estudios primarios están más representados que en la población general, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres.

La franja horaria correspondiente a la tarde y noche, con independencia de la gravedad de la tentativa, del género, o de la repetición, es mayoritariamente la más prevalente en las tentativas de suicidio, y la preferida, sobre todo, por los sujetos con trastornos mentales orgánicos, los dependientes de sustancias psicoactivas, y los afectados por trastornos neuróticos y de la personalidad. Algunos autores sugieren que en el horario pueden influir posiblemente los ritmos circadianos biológicos, puesto que, en las horas de la tarde y primeras de la noche, los niveles de serotonina están más bajos¹⁹.

Los métodos utilizados en las tentativas de suicidio suelen ser métodos «blandos» (sobredosis de fármacos y cortes o incisiones en las flexuras de las manos),

lo que indicaría la ambivalencia existente en esos momentos.

CONCLUSIONES

1. Los sujetos que han realizado una tentativa de suicidio se caracterizan por pertenecer al grupo de edad de 30 a 39 años, ser mujer, soltera, que convive con familia propia, y con estudios primarios.
2. En relación con el patrón de temporalidad asociado a las tentativas de suicidio en el área sanitaria de Oviedo, estas se caracterizan por ser llevadas a cabo durante las horas de la tarde.
3. El método más comúnmente utilizado para llevar a cabo la tentativa de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, seguido de la flebotomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264(19):2511-8.
2. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-28.
3. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rate, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(5):327-38.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística del suicidio en España. Años 1981-1985. Madrid: INE; 1988.
5. Rayó Bauzá A. Suicidios: datos, estadísticas y trastornos mentales asociados [Internet]. *Psicología y Mente*. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/clinica/suicidios-datos-estadisticas-trastornos>
6. Royal College of Psychiatrists. Suicidio e intentos de suicidio [Internet]. Royal College of Psychiatrists, Sociedad Española de Psiquiatría; 2009. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/25-SUICIDIO%20E%20INTENTOS%20DE%20SUICIDIO.pdf>

7. Sánchez JJ, Martí B, Castillo AE. Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011). *Rev Esp Investig Sociol.* 2017;(160):95-114.
8. Rodríguez Martos A, Vecino C. Revisión catamnética y comparativa de una muestra de enfermos acogidos, respectivamente, a tratamiento con internamiento y tratamiento ambulatorio. *Drogalcohol.* 1985;(4):147-51.
9. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicide among 13 to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(9):834-9.
10. Roy A, Lamparski D, DeJong J, Moore V, Linnoila M. Characteristics of alcoholics who attempted suicide. *Am J Psychiatry.* 1990;147(6):761-5.
11. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis.* 1977;164(4):231-46.
12. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Deliberate self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2005;125(13):1798-800.
13. Agudo M, Cuartero M, Osorio R, Hernández B, Navío M, Carollo S, et al. Conductas parasuicidas en población inmigrante del área 11 de salud. Póster X. Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 2006.
14. Duce S, López E, Navas V, Piqueras M, Jara M, Servián R, et al. Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 1998;10(4):225-33.
15. Fernández C. Características de las conductas suicidas en pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica [tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2002.
16. Lozano C, Huertas A, Martínez CJ, Ezquiaga E, García-Camba E, Rodríguez FJ. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Rev Asoc Esp Neuro.* 2004;(91):11-22.
17. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J, et al. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(2):81-6.
18. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica; 2004.
19. Jessen G, Andersen K, Arensman E, Bille-Brahe U, Crepet P, De Leo D, et al. Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe: findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Arch Suicide Res.* 1999;5(1):57-69.