



Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida

Nayeli Gabriela Jiménez Saab,* José Juan Lozano Nuevo,* Leticia Rodríguez López,* Germán Vargas Ayala,* Alberto Francisco Rubio Guerra,* Inés López Islas*

RESUMEN

Antecedentes: en México el suicidio es la decimoctava causa de muerte, con impactante aumento del 200% en los últimos 30 años. Asimismo, el consumo de alcohol y drogas también se ha intensificado.

Objetivos: establecer la relación del consumo de alcohol y drogas como factor independiente que predispone al intento suicida.

Pacientes y métodos: estudio de casos y controles. Se estudiaron 126 pacientes, 63 casos (pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida a hospitales de la SSDF de marzo del 2001 a marzo del 2002) y 63 controles pareados. Se excluyeron los casos que tenían previamente el diagnóstico de depresión.

Resultados: de los 63 casos, 65% fueron mujeres. La edad en que se registraron más intentos suicidas fue de 15 a 26 años. La media de consumo de alcohol de los casos fue de 3.5 veces por semana y la de los controles de 1.26. La razón de momios para el consumo de alcohol fue de 3.7 y para el de drogas de 3.1. El análisis de Xmh para el consumo de alcohol fue de 3.6 (IC 95%: 2.7 a 4.6) y para el de drogas de 2.56 (IC 95%: 1.6 a 3.4). La prueba de la t de Student para el consumo de alcohol fue de 3.3 y para el de drogas de 3.2, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) para el grupo de casos en comparación con los controles.

Conclusiones: el consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo independiente al diagnóstico de depresión que aumenta las probabilidades del intento suicida hasta 3.7 veces más que en las personas que no los consumen. Las adicciones pueden sugerir una tendencia autodestructiva, que afecta principalmente a individuos jóvenes.

Palabras clave: suicidio, drogas, alcohol.

ABSTRACT

Background: In Mexico suicide is the 18th cause of death, having registered an alarming increase of 200% in the last 30 years. Likewise, consumption of alcohol and drugs has also been intensified.

Objectives: To establish the relationship between alcohol and drugs consumption as independent factors that predispose to suicide.

Patients and methods: Study of cases and controls. There were studied 126 patients, 63 cases (patients about to commit suicide treated at the SSDF hospitals from March, 2001 to March, 2002) and 63 controls. We excluded cases that had previous diagnosis of depression.

Results: From the 63 cases, 65% were women. The age they had more suicidal intents was of 15 to 26 years. The alcohol consumption mean of the cases was of 3.5 times per week, and that of controls 1.26. The odds ratio for alcohol consumption was of 3.7, and for drugs consumption of 3.1. The Xmh analysis for alcohol consumption was of 3.6 (IC 95%: 2.7 to 4.6) and for drugs consumption of 2.56 (IC 95%: 1.6 to 3.4). The t Student test for alcohol consumption was of 3.3, and for drugs consumption of 3.2, with a statistically significant difference ($p < 0.05$) between cases and controls.

Conclusions: Alcohol and drugs consumption is an independent risk factor for the depression diagnosis. It increases the probabilities of committing suicide up to 3.7 times. Addictions may suggest a self-destructing tendency that affects young individuals mainly.

Key words: suicide, drugs, alcohol.

* Servicio de medicina interna, Hospital General Ticomán, SSDF.

Correspondencia: Dra. Nayeli Gabriela Jiménez Saab. Servicio de medicina interna, Hospital General Ticomán. Plan de San Luis s/n, esq. Bandera, Col. Ticomán, CP 07330. Tel./fax: 5754-3939. E-mail: clinhta@hotmail.com

Recibido: diciembre, 2004. Aceptado: febrero, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El consumo de alcohol y drogas representa un serio problema de salud que se ha incrementado de manera paralela al número de intentos suicidas registrados en los hospitales de la Ciudad de México. Asimismo, constituye una puerta de entrada al pensamiento suicida, ya que provoca estados depresivos transitorios o desinhibición de conductas autodestructivas.¹

En el mundo la incidencia de suicidio y de intento suicida se ha incrementado de manera alarmante. Se calcula que 3,500 personas se suicidan a diario y por cada una que lo logra se registran tres intentos más. En Estados Unidos los intentos suicidas se triplicaron de 1980 a 1990.²

En México, según las estadísticas del INEGI (1997), el suicidio representa la decimoctava causa de muerte, con impactante aumento del 200% en los últimos 30 años. De igual forma, es la cuarta causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Según los reportes de la bibliografía mundial, los factores que predisponen al aumento de la incidencia del intento suicida son: nivel socioeconómico, escolaridad y estado del núcleo familiar.³ Dichos factores son los mismos que están implicados en los hábitos de consumo de alcohol y drogas.⁴

A lo largo de la historia los factores sociales han propiciado una incidencia cambiante del intento suicida; por ejemplo, se ha observado aumento del suicidio consumado e intento suicida en las mujeres desde que éstas forman parte del círculo económicamente activo de la población.⁵ Sin embargo, incluso en la actualidad, mientras que los intentos suicidas en la población general siguen siendo más frecuentes en las mujeres, los hombres tienen la mayor incidencia de suicidio consumado.⁵

Las actividades profesionales también se relacionan con el intento suicida y con el consumo de alcohol o drogas. Existen estudios que mencionan que los médicos tienen mayor riesgo del mismo (RR 3.4)^{6,7} y que los estudiantes de medicina, internos de pregrado y residentes tienen un riesgo de depresión e intento suicida 15 a 30% más alto que la población en general.⁸

Además de los factores sociales que llevan a un individuo al intento suicida se encuentran otros factores implicados en la predisposición a realizarlo, entre ellos las alteraciones bioquímicas, por ejemplo, se ha observado cierta asociación entre la concentración sérica baja de colesterol y el suicidio, principalmente de las concentraciones de LDL. Se cree que al existir baja concentración de colesterol en las membranas celulares pudieran disminuir los receptores de serotonina y así causar decremento en la concentración de la misma, que tendría como consecuencia el pobre control en los impulsos de autoagresión y estados depresivos.^{9,10}

Lo anterior explicaría, en parte, el aumento de la tendencia suicida en los alcohólicos, ya que éstos tienen grados distintos de desnutrición y disfunción hepática que producen bajas concentraciones de colesterol sérico.¹¹

Existen estudios genéticos que relacionan el papel de la enzima triptófano hidroxilasa en la síntesis de la serotonina, asociando al metabolito activo ácido 5-hidroxiindolacético al comportamiento suicida, así como a la misma enzima, precursora de la serotonina localizada en el brazo corto del cromosoma 11 en el alelo L, lo cual predispone a conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción e intento suicida).¹² Aunque son múltiples los factores implicados en el riesgo de intento suicida, también son muchos los hallazgos que apuntan hacia la asociación del consumo de alcohol o drogas con el intento suicida.^{13,14,15}

Es importante conocer los factores de riesgo que conllevan al intento suicida para identificar los grupos de alto riesgo e implementar en ellos un seguimiento y manejo interdisciplinario a fin de disminuir el alarmante aumento de este problema de salud pública.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles en el que se calculó una muestra de 126 pacientes.

Se incluyeron 63 casos de intento suicida. Éstos fueron de los pacientes registrados en los hospitales de Xoco, Ticomán y Balbuena de la SSDF de marzo del 2001 a marzo del 2002, que tenían en su expediente historia clínica completa, con referencia de sus hábitos de ingestión etílica, así como del uso de drogas. El grupo control fue pareado al grupo de casos en cuanto a sexo, edad y nivel socioeconómico. También se les aplicó el mismo instrumento de recolección de datos, donde hacían referencia de sus hábitos de consumo de alcohol y drogas. Todos los casos contaban con valoración psiquiátrica, en la cual se evaluó la existencia de criterios diagnósticos de depresión mayor o menor según el DSM IV. Se excluyeron los que cumplieron con dichos criterios y que tuvieron el diagnóstico de depresión.

Se calculó la razón de momios para el consumo de alcohol y drogas y para la dependencia al alcohol (según criterios DSM IV), así como también la X_{mh} , t de

Student, prevalencia de factor de riesgo y fracción etiológica.

RESULTADOS

De los 63 pacientes del grupo de casos se incluyeron 41 (65%) mujeres y 22 (35%) hombres. Los grupos de edad en los que se encontraron la mayor parte de los casos fueron de 15 a 20 años y de 21 a 26 años con 40 pacientes (63%) (cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de casos y controles por grupo de edad

Grupos de edad	Casos	Controles
15-20	29	29
21-26	11	11
27-32	8	9
33-38	7	6
39-44	5	5
45-50	1	2
51-56	1	0
≥ 57	1	1
Total	63	63

La media de consumo de alcohol de los casos fue de 3.5 veces por semana y la de los controles de 1.26. La razón de momios para el consumo de alcohol fue de 3.7 y para el de drogas de 3.1, con media de consumo en los casos de 0.53 veces por semana y en los controles de 0.20.

La razón de momios para los casos que cumplen con los criterios de dependencia al alcohol, según el DSM IV, fue de 1.55. La prevalencia del factor de riesgo en el consumo de alcohol en los casos fue de 0.6 y en los controles de 0.3. Para el consumo de drogas fue de 0.3 en los casos y de 0.12 en los controles. La fracción etiológica en los expuestos al alcohol fue de 0.7 y en los expuestos a drogas de 0.7. La Xmh para el consumo de alcohol fue de 3.6 (IC95%: 2.7 a 4.6) y para el consumo de drogas de 2.5 (IC95%: 1.6 a 3.4). La prueba de la t de Student para el consumo de alcohol fue de 3.3 y para el de drogas de 3.2 ($p < 0.05$) (figuras 1 y 2).

DISCUSIÓN

De manera semejante a estudios y estadísticas previos se encontraron más casos del género femenino (65%). El grupo de edad más afectado fue de 15 a 26 años (63%), lo cual coincide con reportes del INEGI, donde dicho grupo es el más afectado. La razón de momios encontrada señala que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de intento suicida 2.7 veces más en los individuos que lo acostumbran. La prevalencia del consumo de alcohol para la población expuesta fue de 0.61, lo cual explica que 61% de los individuos con intento suicida acostumbraban el consumo de dicha sustancia, con media de 3.5 veces por semana; esta cifra es mucho menor en el grupo control, 1.26. La fracción etiológica fue mayor en los consumidores de alcohol

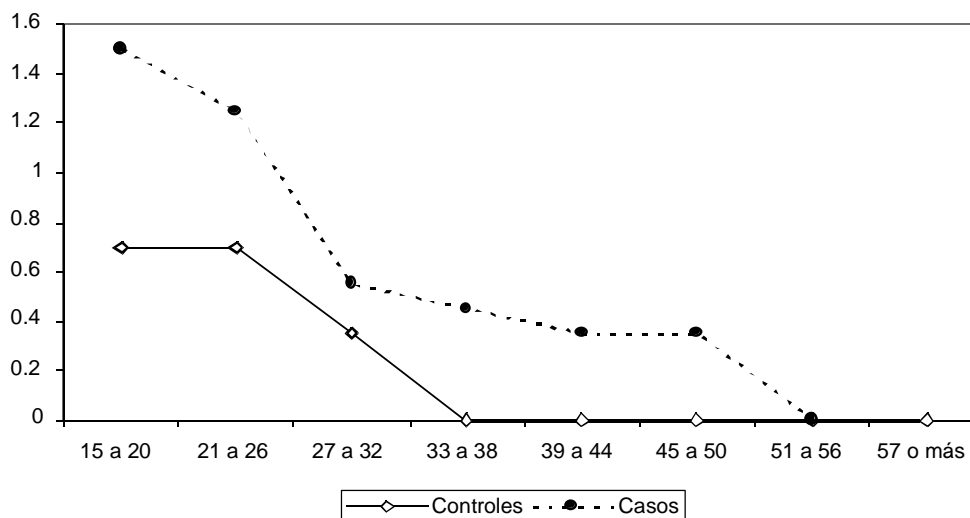


Figura 1. Medias de consumo mensual de alcohol por edades de los casos y controles.

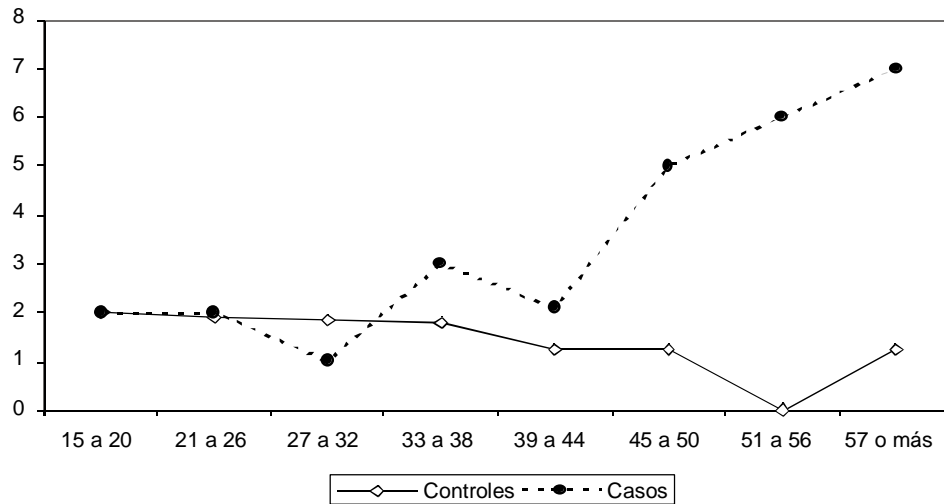


Figura 2. Medias de consumo mensual de drogas por grupo de edad de los casos y controles.

que en los no consumidores, ésta fue de 0.7 y 0.4, respectivamente. La X_{mh} para el consumo de alcohol fue de 3.6 ($p < 0.05$). La prueba de la t de Student para el consumo de alcohol reportó un valor de 3.3 ($p < 0.05$). Por su parte, de los 63 casos de intento suicida 20 (31%) consumían algún tipo de droga, en contraste con 8 (12.6%) de los controles. La razón de momios encontrada indica que los individuos que consumen droga tienen 2.1 veces más riesgo de intento suicida. Esto se refleja en la fracción etiológica poblacional, en la cual 67% de los expuestos a drogas se encontraban en el grupo de casos. La X_{mh} fue de 2.6 (IC95%: 1.6 a 3.4, $p < 0.05$) y tuvo significado estadístico, de la misma forma que con el cálculo de la prueba de la t de Student.

La razón de momios para la dependencia al alcohol, según el DSM IV, fue de 1.5, por lo cual no fue posible relacionar la dependencia al alcohol con el incremento progresivo del riesgo suicida. Se observaron más casos en los individuos que consumían bebidas alcohólicas dos a cuatro veces por semana que en los que las consumían diario. Los resultados anteriores coinciden con estudios previos, realizados en otros países; sin embargo, al ser este estudio un diseño de casos y controles sería conveniente realizar un estudio prospectivo para poder controlar posibles variables de confusión que pudieron haber influido en este diseño.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol o drogas puede ser un factor de riesgo independiente al diagnóstico de depresión de intento suicida. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio los jóvenes de 15 a 26 años que refieren hábitos de consumo de alcohol dos o más veces por semana o consumo de drogas una vez cada dos semanas o más frecuentemente tienen mayor riesgo de intento suicida (aunque no manifiesten criterios de depresión según el DSM IV). Es probable que al tomar más en cuenta los hábitos de consumo de alcohol y drogas en los jóvenes dichos factores puedan sugerir que existe una tendencia de autodestrucción, que puede culminar en un intento suicida y que se traduce en desajustes familiares, sociales, alteraciones bioquímicas o genéticas que deben tratarse de manera oportuna para prevenir este grave problema de salud pública.

REFERENCIAS

1. Witley E, Gunnell D, et al. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ* 1999;319 (7219):1034-7.
2. Gunnell A, Franckfell E, et al. Prevention of suicide aspiration and evidence. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*, 1996;8:297-8.
3. Pirkola S, Itsometsa E, et al. The treatment received by

- substance-dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(3):207-13.
4. Oyefeso A, Ghodse H, et al. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 1999;175:277-82.
 5. Verdoux H, Liraud F, et al. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(5):389-95.
 6. Frank E, Dingle A, et al. Self-reported depression and suicide attempts among US woman physicians. *Am J Psychiatry* 1999;156:1887-94.
 7. Center C, Davis M, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-7.
 8. Shanafelt T, Bradley K, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
 9. Partonen T, Haukka J, et al. Cholesterol depression and suicide. *Br J Psychiatry* 2000;176:259-62.
 10. Tanskanen A, Vinamaki H, et al. High serum cholesterol and risk of suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:824-5.
 11. Keller J, Jay R, et al. Omega 3 fatty acids may be effective in treatment of depression. *Top Clin Nutr* 2002;17(5):21-27.
 12. Roy A, Segal N, et al. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry* 1995;132:1075-6.
 13. Beck A, Henriques G, et al. Implementation of an emergency department based randomized controlled trial for suicide attempts. *Ann Emerg Med* 2000;36:570-2.
 14. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*, 2003;pp:115-6.
 15. Kendler K, Sheth K, et al. Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychol Med* 2002;32:1187-94.