




Artículo original

**Depresión y riesgo suicida en pacientes alcohólicos ingresados en el
Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana**

**Depression and Suicidal Risk in Alcoholic Patients Admitted to the
Addiction Service at the Psychiatric Hospital of Havana**

Cristina Elena González de Armas¹  

Misgley González Roger¹ 

Marien Masiel Guerra Guerra¹ 

María Isabel Capote Bueno² 

¹Hospital Psiquiátrico de La Habana “Cdte. y Dr. Eduardo Bernabé Ordáz Ducunge”. La Habana, Cuba.

²Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

Recibido: 22/3/2020
Aceptado: 15/06/2020

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol puede originar problemas y trastornos de distinta índole. Por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública, al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, así como altos costos en términos de servicios médicos o sociales.

Objetivo: Determinar si existen trastornos depresivos y riesgo suicida en pacientes alcohólicos ingresados en el Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 90 pacientes masculinos con diagnóstico de dependencia alcohólica ingresados en el Servicio de Adicciones “Rogelio Paredes” del Hospital Psiquiátrico de La Habana “Cde. y Dr. Eduardo Bernabé Ordáz Ducunge”. Se aplicó el Sistema de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN), sección 11, la Escala de Hamilton para la Depresión, la Escala de Desesperanza de Beck y el Inventario de Razones para Vivir.

Resultados: Predominaron los pacientes de 41-50 años, con técnico medio de escolaridad y sin vínculo laboral ni matrimonial. El 70 % de los pacientes presentó depresión, siendo la depresión menor y la depresión mayor las más frecuentes. El 69 % de los pacientes presentó algún grado de riesgo suicida. El 12,22 % tuvo ideación suicida y el 15,55 % tuvo intentos de suicidio.

Conclusiones: La comorbilidad de trastornos depresivos y dependencia del alcohol lleva a un peor curso clínico y más dificultades terapéuticas. El alcoholismo y la depresión se asociaban con mayor frecuencia al suicidio.

Palabras clave: alcoholismo; trastornos depresivos; suicidio.

ABSTRACT

Introduction: Alcohol consumption can cause problems and disorders of different nature. It constitutes a real public health problem because it affects a large number of people, causing pain, suffering, illness, discomfort or effects on the quality of life, years of loss of life, injury to others, as well as high costs in terms of medical or social services.

Objective: Determine if there are depressive disorders and suicidal risk in alcoholic patients admitted to the Addiction Service at the Psychiatric Hospital of Havana.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in 90 male patients with a diagnosis of alcohol dependence admitted to Rogelio Paredes Addiction Service at Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé Psychiatric Hospital of Havana. Neuropsychiatry Evaluation System (SCAN) section 11, Hamilton Rating Scale for Depression, Beck Hopelessness Scale, and Reasons for Living Inventory were applied.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Results: Patients aged 41-50, with high school education, and without labor or marriage ties predominated. 70% of these patients suffered from depression, being minor depression and major depression the most frequent. 69% of them had a degree of suicidal risk. 12, 22% had suicidal ideation, and 15, 55% had attempted suicide.

Conclusions: Comorbidity of depressive disorders and alcohol dependence leads to a worse clinical course and more therapeutic difficulties. Alcoholism and depression were more frequently associated with suicide.

Keywords: alcoholism; depressive disorders; suicide.

Introducción

El consumo de alcohol puede originar problemas y trastornos de distinta índole. Por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública, al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, así como altos costos en términos de servicios médicos o sociales.⁽¹⁾

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cerca del 70 % de la población del planeta consume bebidas en diferentes proporciones y alrededor del 10 % se convertirán en pacientes alcohólicos durante el curso de sus vidas.⁽²⁾ Europa, especialmente Europa del Este, es el continente con mayor consumo per cápita, con 10,9 litros de alcohol puro anuales; en segundo lugar se ubica América Latina, con 8,4 litros, aproximadamente.⁽³⁾

Cuba se encuentra entre las naciones con las menores tasas de consumo; sin embargo, las cifras no dejan de ser alarmantes, pues según los resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades no Transmisibles, realizada en 2010, la prevalencia aumentó de 41,7 % a 67,4 %.^(4,5) Los trastornos mentales relacionados con sustancias se pueden dividir en dos grupos: por un lado, aquellos que son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de las drogas o sus derivados sobre el sistema nervioso central, que serían los trastornos inducidos por drogas y, por otro lado, los que tienen que ver con la relación de la persona con el consumo, que serían los trastornos por consumo de drogas.⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.⁽⁶⁾ Desde hace años se ha venido observando un aumento significativo de los diagnósticos de comorbilidad entre diversas enfermedades psiquiátricas y trastornos relacionados con el consumo de sustancias, que



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

más comúnmente se conoce como “patología dual” (PD). De cualquier forma, y a nivel coloquial, el término patología dual suele ser intercambiable hoy en día con los de diagnósticos dual, trastorno comórbido o concurrente o comorbilidad psiquiátrica.⁽⁷⁾

La prevalencia de la PD es elevada, aunque hay gran variabilidad en las cifras aportadas por los diferentes estudios, que oscilan en relación con dificultades diagnósticas (superposición de síntomas, modificación de estos por influencia mutua) y metodológicas (selección de la muestra, diseño del estudio, situación de consumo en el momento de la evaluación, tipo de entrevista y criterios diagnósticos). Esta gran variabilidad dificulta la realización de un diagnóstico correcto de la patología psiquiátrica en pacientes drogodependientes.⁽⁸⁾

El objetivo de la presente investigación fue determinar la presencia de trastornos depresivos y riesgo suicida en pacientes alcohólicos así como factores de riesgos asociados.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, utilizando instrumentos y escalas de diagnóstico semiestructuradas y estructuradas. La muestra, estuvo constituido por 90 pacientes masculinos con diagnóstico de dependencia alcohólica ingresados en el Servicio de Adicciones “Rogelio Paredes” del Hospital Psiquiátrico de La Habana “Cmte. y Dr. Eduardo Bernabé Ordaz” durante el periodo comprendido desde enero y agosto del 2019, que cumplieron las siguientes características:

- Accedieron a participar en la investigación
- Cumplieron con los criterios diagnósticos de la CIE 10 y el DSM IV para el síndrome de dependencia del alcohol
- Mayores de 19 años
- No presentaron consumo de sustancias en las tres semanas previas a la evaluación
- No presentaron deterioro cognitivo importante que disminuyera la fiabilidad de los instrumentos aplicados



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Variables

Sociodemográficas: edad, nivel de escolaridad, vínculos laboral y matrimonial.

Características clínicas del consumo

- Necesidad subjetiva de la sustancia: presente o ausente
- Alteraciones de la capacidad de abstinencia: sin dificultad, durante un mes, menos de un mes
- Alteración de la capacidad de detener el consumo:
 - Sin dificultad: no presentó dificultades para controlarse tras iniciar el consumo de la sustancia
 - Leve: presentó ligera dificultad en la capacidad de control una vez iniciado el consumo de la sustancia. Podía hacerlo en ocasiones, pero en otras no
 - Moderada: presentó ligera dificultad en la capacidad de control una vez iniciado el consumo de la sustancia. Habitualmente consumía más que lo que pretendía antes de iniciar
 - Severa: alteración seria de la capacidad de control. Consumía de forma desproporcionada en forma de intoxicaciones significativas
- Tolerancia
 - No desarrolla tolerancia: se consideró cuando no se identificó en el paciente la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio
 - Alguna, pero no marcada: se consideró cuando se identificó en el paciente la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio
 - Marcada: se consideró cuando se identificó en el paciente la existencia de necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En este caso el paciente podía tolerar al menos un 50 % más que anteriormente



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

- Fracaso
 - Sin dificultad: no presentó la dificultad en este sentido
 - Leve: refirió haber descuidado algunas obligaciones como consecuencia del consumo de alcohol
 - Moderada: refirió haber descuidado la mayoría de sus obligaciones como consecuencia del consumo de alcohol
 - Severa: refirió haber descuidado la totalidad de las obligaciones como consecuencia del consumo de alcohol

- Consumo persistente a pesar del daño físico o mental
 - Sí: persistió el consumo de alcohol a pesar de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física y/o mental.
 - No: no persistió el consumo de alcohol a pesar de presentar afectaciones somáticas o en el orden de su salud física y/o mental

Depresión (Hamilton de depresión, Escala de desesperanza de Beck)

- No depresión: el paciente no presenta síntomas de depresión

- Depresión menor: se trata de un trastorno depresivo que se caracteriza por los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor, pero menor en número y de menor gravedad. Su duración es similar a la del TDM, aunque con menor deterioro funcional

- Menos que depresión mayor: el paciente presenta un cuadro depresivo que no cumple los criterios para un trastorno depresivo mayor

- Depresión mayor: el paciente sufre un estado de ánimo bajo con reducción de energía, disminución de la actividad y aparición de enlentecimiento psicomotor. El sueño está alterado en forma de insomnio o hipersomnia y también el apetito, afectando a la autoestima y acompañándose en ocasiones de síntomas somáticos. Pueden aparecer pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o bien tentativas de suicidio con planes elaborados.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

- Más que depresión mayor: trastorno depresivo que por la severidad de los síntomas es más grave que el trastorno depresivo mayor

Riesgo suicida

- Ninguno o mínimo: no presenta riesgo suicida
- Leve: presenta riesgo suicida leve
- Moderado: presenta riesgo suicida moderado
- Alto: presenta riesgo suicida alto

Ideación suicida

- Presente: El paciente refiere presentar pensamientos sobre el suicidio
- Ausente: El paciente no refiere presentar pensamientos sobre el suicidio

Intento suicida

- Sí: El paciente realizó intento suicida
- No: El paciente no realizó intento suicida

Posibilidad de comisión de conducta suicida

- Menor posibilidad de comisión de conducta suicida



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

- Mayor posibilidad de comisión de conducta suicida
- Lo anterior obtenidos por el Inventario de Razones para Vivir

Instrumentos

Revisión de la Historia clínica, Sistema de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN), Versión 2000, Escala de Hamilton para la Depresión, Escala de Desesperanza de Beck e Inventario de Razones para Vivir.

Técnicas y procedimientos

Al ingreso en el servicio se realizó la entrevista y la confección de la historia clínica a los pacientes. En esta se describieron los elementos clínicos de valor diagnóstico y terapéutico. A cada paciente se le explicó detalladamente los objetivos de la investigación y se tomó el consentimiento informado.

En la primera sesión se procedió a realizar el diagnóstico según el consumo de alcohol en una sesión de 45 minutos como duración promedio, aplicando el SCAN. En esta sesión se evaluaron los elementos relacionados con las características clínicas del consumo de los pacientes.

En la segunda sesión se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión, la Escala de Desesperanza de Beck y el Inventario de Razones para Vivir.

Procesamiento de la información

Los resultados de la aplicación del SCAN fueron recogidos en el programa de diagnóstico informático CATEGO V; para el resto de los datos de las encuestas se crearon bases de datos en el Sistema Excel y se procedió a su evaluación de manera independiente.

Los datos recogidos se analizaron y procesaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 22 para las gráficas y el procesamiento general de las variables; y el sistema estadístico R, versión 3.6.1, utilizando el R-Studio versión 1.1.453 para la generación de árboles de decisión.

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información. Además, para clasificar a los pacientes en la posibilidad o no de comisión de conductas suicidas se realizó un árbol de clasificación.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Consideraciones bioéticas

Teniendo en cuenta los acuerdos contenidos en la *Declaración de Hawái II*, aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena, Austria en junio de 1983, se tomó por escrito el consentimiento informado a los pacientes teniendo en cuenta el carácter voluntario, la confidencialidad y la posibilidad de retirarse de la investigación siempre que lo deseen. Esta investigación fue aprobada por el Comité Científico del Hospital Psiquiátrico de La Habana “Cmtd. y Dr. Eduardo Bernabé Ordaz”.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

El 40 % de los pacientes estuvo en el rango de edad entre 41-50 años y entre 51-60 años el 27 %.

El grado de escolaridad que predominó fue el técnico medio (44,44%), mientras que un 22,22 % fue preuniversitario.

El 64,44 % de los pacientes no presentó vínculo laboral y solamente el 32,22 % refirió vínculo matrimonial.

Análisis de las principales características clínicas del consumo

En el 84,44 % de los pacientes estudiados se identificó la necesidad subjetiva del consumo de alcohol (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes estudiados según necesidad subjetiva de consumo

Necesidad subjetiva	Frecuencia	Porcentaje
Presente	76	84,44
Ausente	14	15,55
Total	90	100



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Una mínima parte de los pacientes (8,8 %) no mostró dificultades en la capacidad para abstenerse al consumo en el último año. El resto de los pacientes, como era de esperar, mostraron dificultad en la capacidad de abstinencia. En relación a estas últimas se pudo apreciar que un 32,22 % solo pudo controlar el inicio del consumo hasta un mes, mientras que el 58,88 % no logró alcanzar ese tiempo.

Tabla 2 - Distribución de los pacientes según alteración de la capacidad de abstinencia

Alteración de la capacidad de abstinencia	Frecuencia	Porcentaje
Sin dificultad	8	8,8
Hasta un mes	29	32,22
Menos de un mes	53	58,88
Total	90	100

En la tabla 3 se observa que los pacientes presentaron alteraciones severas en un 62,22% y moderadas en un 22,22% en la capacidad para detener el consumo.

Tabla 3 - Distribución de los pacientes estudiados según capacidad para detener el consumo

Alteración de la capacidad para detener el consumo	Frecuencia	Porcentaje
Sin dificultad	5	5,55
Leve	9	10
Moderada	20	22,22
Severa	56	62,22
Total	90	100

Como vemos el 83.33% de los pacientes presentó persistencia del consumo a pesar del daño físico o mental. La persistencia del consumo a pesar de la evidencia de que está produciendo graves consecuencias en el orden orgánico, psicológico, o el deterioro de la actividad vital.

Tabla 4 - Distribución de los pacientes estudiados según consumo persistente a pesar del daño físico o mental

Consumo persistente a pesar del daño físico o mental	Frecuencia	Porcentaje
Presente	75	83,33
Ausente	15	16,66
Total	90	100



Análisis de la depresión y el riesgo suicida

La tabla 5 muestra que el 73.31% de los pacientes estudiados con dependencia alcohólica presentaron también depresión.

Tabla 5 - Distribución de los pacientes que presentaron depresión

Distribución de Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	24	26,66
Depresión	56	73,31
Total	90	100

Los pacientes con depresión menor representaron el 28 %, seguido de la depresión mayor con un 27 % (Tabla 6). El alcohol es una droga que causa la depresión, pero también una persona deprimida puede ser dependiente del alcohol, así que de ambas partes puede existir una tendencia.

Tabla 6 - Distribución de los pacientes según el nivel de depresión

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	24	26,66
Depresión menor	25	27,77
Menos que depresión mayor	17	18,88
Depresión mayor	24	26,66
Más que depresión mayor	0	0
Total	90	100

El 69 % de los pacientes presentó algún grado de riesgo suicida, siendo el moderado el más alto (34 %) (Tabla 7).

Tabla 7 - Distribución de los pacientes que presentaron riesgo suicida

Riesgo suicida	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno o mínimo	28	31,11
Leve	25	27,78
Moderado	31	34,44
Alto	6	6,67
Total	90	100



Discusión

En el presente estudio de pacientes adictos al alcohol, predominó el grupo entre 41-50 años, que alcanzó el 40 % de la muestra, coincidiendo con otros estudios de grupos realizados en nuestro país.^(9,10,11,12) *Luque Fuentes* destaca también, que en España los mayores consumidores se localizaron el grupo etario de 40-65 años.⁽¹³⁾

En Cuba, el 90,4 % de la población inicia la ingestión del tóxico antes de los 25 años y, aunque la mayoría de los bebedores problema se encuentran entre 25 y 42 años, lo que es similar a otros países,^(14,15,16) se ha observado que estos no acuden de inmediato a los centros de asistencia y rehabilitación y demoran una media de 10 años en llegar a recibir la atención requerida, por lo que en los diferentes estudios, el grupo predominante está por encima de los 40 años.

El nivel de escolaridad en nuestro estudio fue considerado bueno, al encontrar que el 44,44 % de los pacientes alcanzó el técnico medio, seguido de un 22,22 % con preuniversitario, resultados similares a otros estudios realizados en Cuba,^(17,18,19) pero que difieren de los estudios internacionales, como el realizado en la Comunidad Valenciana, en el que predominan los niveles educativos más bajos de nivel primario.⁽¹⁶⁾

El vínculo laboral en nuestros pacientes no es bueno, al reportar que más del 64 % no lo tenía, resultado acorde con las investigaciones realizadas en cuatro consultorios del médico y enfermera de la familia en Ciudad de La Habana, en el que el 50 % de los alcohólicos no tenía vínculo laboral en el momento del estudio.⁽¹⁹⁾ En general, los estudios realizados plantean que existe un mayor número de alcohólicos sin vínculo laboral, mientras que se considera que el desempleo aumenta el consumo.^(20,21) Entre los factores que influyen en este aspecto están los efectos que produce el alcohol al provocar desinterés en los pacientes, lo cual aumenta las tasas de ausentismo, produce bajo rendimiento y accidentes laborales.

La necesidad subjetiva del consumo de alcohol fue identificada en el 84,4 % de la muestra, resultados similares a otros estudios.⁽¹²⁾ La *necesidad subjetiva* suele ir asociada a síntomas afectivos o de ansiedad, lo que contribuye a la aparición de síntomas depresivos pasajeros que tienen una relación directa con los estados de deseo y necesidad del consumo de la sustancia.⁽¹⁸⁾

La capacidad de abstenerse de iniciar el consumo fue encontrada en más del 90 % de la muestra estudiada, de estos, un 32 % pudo controlar el inicio del consumo hasta un mes y el 58,8 % no logró. Lo que coincide con estudios anteriores que muestran una incapacidad de abstenerse por encima del 50 % de los pacientes.^(12,17) Se considera que esta dificultad está dada, entre otros elementos, por lesiones cerebrales estructurales y funcionales secundarias al consumo de drogas que aparecen tras un uso crónico. También se han detectado alteraciones neuropsicológicas como los patrones alterados



de activación al realizar tareas de procesamiento emocional, de atención, memoria operativa, inhibición o toma de decisiones.^(22,23)

La disminución o el deterioro de la capacidad de controlar el consumo de una sustancia, unas veces para iniciar el consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida, es un aspecto que marca una de las principales características en los pacientes adictos.

La persistencia del consumo a pesar del daño físico o mental fue encontrada en el 83,33 % de nuestra muestra, resultado que se corresponde con estudios similares realizados, en los que más del 90 % de los pacientes persisten en el consumo a pesar del daño.⁽²³⁾ Esta característica parece estar relacionada con la incapacidad para abstenerse o para detener el consumo, así como la alternativa de consumo ante las manifestaciones de abstinencia que se producen en estos pacientes, a partir de la supresión voluntaria de la sustancia.

La depresión estuvo presente en el 73.31 % de los pacientes estudiados con dependencia alcohólica. Nuestros resultados coinciden con diferentes autores, que muestran la presencia de depresión hasta en un 90 % de los consumidores de alcohol.^(24,25,26) Por otra parte, se reporta que entre el 5-10 % de los pacientes con depresión primaria sufren alcoholismo, por lo que una persona con depresión puede desarrollar alcoholismo y viceversa.⁽²⁶⁾

El tipo de depresión encontrada en nuestro estudio muestra un 27 % de los pacientes con una forma mayor y un 28 % de forma menor. Diferentes investigaciones señalan cifras similares de depresión mayor,^(26,27) mientras que publicaciones de España, Colombia o la Comunidad Europea, señalan cifras muy elevadas de depresión severa, que oscilan entre 40-90 % y que alcanzan hasta más del 40 % de depresión severa y muy severa.^(28, 29,30)

La elevada frecuencia de depresión asociada al alcoholismo tiene su base neurobiológica en la alteración del sistema serotoninérgico común para ambas enfermedades, en el caso de la adicción al alcohol hay una disfunción de la corteza cerebral prefrontal que predispone a esta enfermedad y provoca alteraciones conductuales y emocionales asociadas. El trastorno por uso de sustancias y la depresión comparten factores de riesgo que van desde una vulnerabilidad genética común hasta situaciones vitales desfavorables que pueden desencadenar la asociación de ambos trastornos.⁽²⁹⁾

El riesgo suicida fue encontrado en el 69 % de la muestra, de estos era moderado el 34 %, cifra similar en otros estudios, que consideran que el 18 % de los individuos con alcoholismo tienen 60-120 veces mayor el riesgo suicida. Otros estudios muestran cifras similares de riesgo suicida.^(11,31,32)



En sentido general, el consumo excesivo de alcohol causa dependencia, esto disminuye el umbral para el control de impulsos suicidas mediante la desinhibición del comportamiento y en una intoxicación precipita conductas suicidas.⁽³³⁾

La presencia elevada de riesgo suicida en los pacientes estudiados se debe en gran parte a que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de ideación, planificación e intento de suicidio. El alcohol y la depresión son los factores de riesgo de suicidio más relevantes en pacientes con patología dual, lo que se incrementa con la edad, la ausencia de vínculo laboral y matrimonial, el consumo de varias sustancias y la presencia factores conductuales como la depresión, la impulsividad y la falta de capacidad de afrontamiento.

Referencias bibliográficas

1. OEDT. El problema de la Drogodependencia. Informe Anual 2009. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la situación sobre alcohol y salud. Ginebra: OMS; 2014.
3. Milanés Delgado V, Hidalgo Martinola DR, Monteagudo Castro Y, Sánchez Ricardo L, Rodríguez Martínez ND. La logoterapia como alternativa terapéutica para la potenciación del sentido de la vida en pacientes alcohólicos. MEDISAN. 2018;22(1):74-80.
4. Leandro López L Siempre hay una salida (especial de la ACN para Bohemia); 2017. [acceso 20/09/2017]. Disponible en: <http://bohemia.cu/salud/2017/08/siempre-hay-una-salida/>
5. Bonet M, Varona P. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No Transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
6. Torres Maldonado E. Adiestramiento en Patología Dual Grave. Memoria Científica. Fundación Hospitalaria Provincial de Castellón. España; 2012.
7. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior; 2002.
8. Torrens M, Astals M, Martín-Santos R, Domungo-Salvany A. Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica. Ponencia presentada en el Encuentro de



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

profesionales en drogodependencias y adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz). 2005.

9. Montanet Avendaño A, Bravo Cruz CM. Seguimiento ambulatorio a pacientes alcohólicos. Rev. Ciencias Médicas. 2015;19(2):244-52.
10. Brito Sosa G. Repercusión social y análisis bioético del alcoholismo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de La Habana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(3):307-22.
11. Mármol L. Determinación de un sistema de factores clínicos y socioculturales para trabajar en la prevención del alcoholismo femenino. [Tesis] Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2002.
12. Leal Rivas B, Caballero Moreno J. Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 2015; 12(1).
13. Luque Fuentes E. Patología dual Grave en una Comunidad Terapéutica Profesional Dotada de Unidad Psiquiátrica. [Tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada, Facultad de Medicina; 2011.
14. García Gutierrez ME. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Revista Cubana Medicina Militar 2004; 33(3).
15. Chung W, Lim S, Lee S. Why is high-risk drinking more prevalent among men than women? evidence from South Korea. BMC Public Health 2012;12:101.
16. Castillo Aguilera A, Llopis Llacer JJ, Rebollida M. Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. Salud y drogas 2013;3(2):37-70.
17. Cabrera Muñoz A, Caballero Moreno J. Alteraciones cognitivas en mujeres con dependencia alcohólica del servicio de adicciones del Galigarcía. La Habana 2013 - 2015. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 2017;14(1).
18. Ambrosio E. Vulnerabilidad a la drogadicción. Revista Adicciones. 2003;15:187-190.
19. Duany Navarro A, Hernández Marín G. Alcohol, función sexual y masculinidad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012;28(4):611-9.
20. Sandoval Ferrer JE, Lanigan Gutiérrez ME, Gutiérrez Chapman L, Martínez Morales M. Patrones de consumo de alcohol en la población masculina de cuatro consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(3):225-30.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

21. Reyes Martínez JM, Moreno Gallego EC. Caracterización del alcoholismo en pacientes de un consultorio médico de la familia. *Revista Cubana Medicina Militar* 2013;35.
22. Fernández Espejo, E. Bases neuropsicológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología* 2002; 34:659-64.
23. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. *Manual de Trastornos Adictivos*. 2.^a ed. España: Enfoque Editorial; 2010.
24. Samaniego Namicela EG. La depresión en personas que asisten a la comunidad de alcohólicos anónimos de la ciudad de Loja. [Tesis] Universidad Nacional de Loja; 2017.
25. Torres Larrañaga J. Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *LiberAddictus* 2012.
26. Alejandra P, Martínez S, Jimenez Treviño L. Patología dual y tratamiento farmacológico.
Revista ADICCIONES 2014,38(15):1-4.
27. Torres Maldonado E. Adiestramiento en Patología Dual Grave. *Memoria Científica. Fundación Hospitalaria Provincial de Castellón*. España; 2012.
28. Cadena Calderón AM. Frecuencia de patología dual en pacientes con dependencia al alcohol y su relación con trastornos de ansiedad y depresión. [Tesis de posgrado] México: Centros de Integración Juvenil; 2016.
29. Pérez Gálvez B, García Fernández L, De Vicente Manzanaro. Validación del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) en una muestra de pacientes alcohólicos españoles. Red de trastornos adictivos, Red RTA. *Redes Temáticas de investigación: Ministerio de Sanidad y Consumo*; 2010.
30. Castaño Pérez GA, Sierra Hincapié GM. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 2016;45(2):108-17.
31. *Jornadas Nacionales de Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Intentos de suicidio en alcohólicos sin hogar tratados en la Associacio Rauxabarcelona*; 2012.
32. Torrens M, Mestre-Pintó JI, Montanari L. Patología dual: una perspectiva europea. *Revista Adicciones*. 2017;29(1):3-5.



33. Jornadas Nacionales de Patología Dual. Depresión, la comorbilidad más común en patología dual. Sociedad Española de Patología Dual y la Fundación Patología Dual; 2018.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen conflicto de intereses.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.