

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE SUICIDIO, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDE RISK, COPING BEHAVIOR AND SELF-EFFICACY AMONG ALCOHOL DEPENDENTS

Karina Jiménez¹, Jose Luís Carballo², M^a Ángeles Cano³ y María Marín-Vila²

¹Clínica de Posgrado de Psicología de la Universidad de Costa Rica

²Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche

³Unidad de Alcoholología, Centro de Salud de Altabix, Elche

Abstract

Suicide is an issue related to alcohol use and other substances. This study analyzed the relationship between suicidal risk, coping behaviors and self-efficacy among alcoholics. A total of 75 patients diagnosed with alcohol use disorder participated in this study. Substance use history, previous treatments and possible psychiatric history were assessed. Moreover, different questionnaires were used to assess variables related to alcohol risk situations, coping behavior, self-efficacy and suicide risk probability. The results showed statistically significant differences in the variables of capacity to identify risk situations and self-efficacy. These results could be useful to improve relapse prevention programs to reduce the alcohol use relapses, and also to reduce the risk of suicide attempts.

Keywords: Suicidal Risk, coping behaviors, Risk situations, self-efficacy, alcohol use.

Resumen

El suicidio es una problemática que se encuentra asociada al consumo de alcohol y otras sustancias. En este estudio se analizó la relación entre el riesgo suicida, las habilidades de afrontamiento y autoeficacia en pacientes alcohólicos. Participaron un total de 75 sujetos con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y que reciben tratamiento ambulatorio. Se evaluó el historial de consumo de sustancias, tratamientos previos y posibles antecedentes psiquiátricos. Asimismo, se utilizaron diferentes cuestionarios para evaluar variables relacionadas con la identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y la probabilidad de riesgo suicida. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de identificación de situaciones de riesgo y autoeficacia. Estos hallazgos pueden ser útiles de cara tener en cuenta la importancia de los programas de prevención de recaídas no solamente en relación al consumo de alcohol si no en la reducción del riesgo de intentos suicidas.

Palabras clave: Riesgo suicida, estrategias de afrontamiento, situaciones de riesgo, autoeficacia, consumo de alcohol.

Correspondencia: José Luis Carballo Email: jcarballo@umh.es
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avenida de la Universidad, s/n, 03202 Elche (Alicante)
Teléfono: +34 96-6658309 Fax: +34 96-6658904

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que existe un aumento en los suicidios e intentos de suicidio a nivel mundial (López-Castroman *et al.*, 2011). Se considera una de las principales causas de muerte en la población con edades comprendidas entre los 15 y 34 años (Giegling *et al.*, 2009). La OMS señala que para el año 2008 la tasa de suicidios en España fue de 7.6 por cada 100.000 habitantes, cifra que le hizo alcanzar una de las tasas más bajas del continente europeo. Sin embargo, durante los últimos años, ha habido un incremento en el número de suicidios (OMS, 2008). Según datos publicados en el Instituto Nacional de Estadística de España (INE), en el año 2010 hubo un total de 3145 suicidios, superando esta cantidad las 2327 muertes causadas por accidentes de tráfico (INE, 2010).

Existe una amplia cantidad de literatura científica que fundamenta la presencia de ciertos factores de riesgo en el suicidio. Este tipo de problemática resulta de una compleja interacción entre variables psicológicas, fisiológicas, genéticas, culturales y ambientales, y se presenta en momentos en que la persona atraviesa un nivel de tensión que excede sus capacidades de afrontamiento (Nordentoft, 2011; Pompili *et al.*, 2007). Dentro de la población general se ha encontrado que el bajo nivel socioeconómico y educativo, así como una condición laboral desfavorable, contar con poco apoyo social, o la presencia de intentos previos, son factores que están relacionados con el riesgo de suicidio (Innamorati *et al.*, 2010; López-Castroman *et al.*, 2011; Mäki y Martikainen, 2009). También, se ha relacionado el riesgo suicida con características personales de impulsividad, inhibición de la expresión de la ira, evitación del dolor y presencia de altos niveles de frustración (Bohnert, Roeder y Ilgen, 2011; Giegling *et al.*, 2009).

Por otro lado, existe abundante literatura científica que menciona la estrecha relación entre la conducta suicida y los trastornos psiquiátricos (Antypa, Van der Does y Pennix, 2010; Bohnert *et al.*, 2011; Comtois, Russo, Roy-Byrne y Ries, 2004; O' Boyle y Brando, 1998; Rihmer, 2001; Sanchís y Simón, 2012). En esta línea, se ha identificado que los trastornos por consumo de sustancias tienen influencia en el desarrollo de riesgo suicida (Ali *et al.*, 2013; Boenisch *et al.*, 2010), siendo el alcohol la sustancia que más se ha asociado a los intentos de suicidio. Varias investigaciones plantean que los intentos de suicidio ocurren en momentos en que la persona ha tenido un consumo de alcohol de forma

aguda. Se ha señalado que el consumo de esta sustancia produce una pérdida del sentido de la realidad y dificultad para encontrar soluciones adaptativas, así como incrementa la probabilidad del uso de métodos más letales, lo cual aumenta también el riesgo y el acto suicida en sí mismo (Hufford, 2001; Sher *et al.*, 2009; Wetterling y Schneider, 2013; Wojnar *et al.*, 2009).

En esta línea, Wojnar *et al.* (2008) pusieron de manifiesto la relación entre el número recaídas y la presencia de intentos de suicidio en un grupo de consumidores de alcohol. A pesar de que todavía son escasos los trabajos centrados en estas variables, estos hallazgos podrían indicar la importancia de establecer estrategias de prevención de recaídas en pacientes que presentan trastornos por consumo de alcohol, con el objetivo de reducir las conductas suicidas.

En este sentido, conviene resaltar el modelo de prevención de recaídas descrito por Marlatt y Gordon (1985). Estos autores plantean que, en momentos de recaída, se produce una disminución del nivel de autoeficacia, autocontrol y autorregulación, lo cual conlleva al incremento de emociones negativas en los consumidores de sustancias (López-Torrecillas, Salvador, Ramírez y Verdejo, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000). De esta manera, un adecuado nivel de autoeficacia, habilidades de afrontamiento y la capacidad de valorar adecuadamente las situaciones de riesgo, permiten que un individuo con adicción al alcohol pueda prevenir futuras recaídas.

Debido a la relación establecida entre el incremento en la probabilidad de recaídas y los intentos de suicidio, así como el aumento en la presencia de emociones negativas generadas en estas situaciones, las estrategias de afrontamiento y el nivel de autoeficacia de los pacientes alcohólicos pueden actuar como predictores del riesgo de suicidio. Por tanto, los objetivos de este estudio son: (1) analizar la relación entre antecedentes psiquiátricos y tratamiento psicofarmacológico y el riesgo de suicidio, (2) analizar la relación entre variables relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, así como las relacionadas con el tratamiento y el riesgo de suicidio, y, (3) analizar la relación que existe entre identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y el riesgo suicida en una muestra española de sujetos que acuden a tratamiento psicológico para trastornos por consumo de alcohol.

MÉTODO

Participantes

Se reclutaron un total de 75 sujetos que asistieron a tratamiento psicológico a la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoholología (UCA) del Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Para la selección de esta muestra se consideraron los siguientes criterios de inclusión: (1) presentar un diagnóstico de dependencia al alcohol; (2) asistir a tratamiento ambulatorio basado en el modelo de prevención de recaídas; y (3) ser mayor de 18 años. El único criterio de exclusión que se estableció fue la presencia de trastornos psiquiátricos graves tales como trastornos psicóticos.

Un total de 60 sujetos dieron su consentimiento para participar en el estudio y completaron el cuestionario. Los otros 15 participantes no dieron su consentimiento informado, por lo cual no fueron evaluados.

La edad media (DT) de los 60 participantes fue de 42.63 (DT=9.92) años en el momento del estudio. Un 60% de los participantes eran varones. De este total de participantes, 35 (58.33%) presentaban Riesgo Suicida (RS) y 25 no presentaba Riesgo Suicida (NRS). Se entiende por riesgo de suicidio la puntuación igual o superior a 6 en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Van Praag, Conte y Picard (1989). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes de ambos grupos. Dentro del grupo de RS, se pudo observar que el porcentaje de hombres (51.4%) fue superior al de mujeres. También en este grupo se observa un menor porcentaje de sujetos que viven con pareja (28.5%), una mayor cantidad de sujetos solteros (45.8%), menor nivel educativo y mayor porcentaje de sujetos desempleados (62.9%), en comparación con los sujetos del grupo de NRS.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes del estudio

	RS	NRS	Total
	n=35	n=25	n=60
Edad			
Media (DT)	40.29 (8.18)	45.92 (11.31)	42.63(9.92)
Sexo			

% Hombres	51.4%(18)	72%(18)	60%(36)
% Mujeres	48.6%(17)	28%(7)	40%(24)
Estado civil			
% Con pareja estable	28.5%(10)	40%(10)	33.3%(20)
% Divorciados/Separados	25.7%(9)	32%(8)	28.4%(17)
% Sin pareja	45.8%(16)	28%(7)	38.4%(23)
Nivel de estudios			
% Sin estudios	0,00%(0)	8%(2)	3.3%(2)
% Primaria	68.6%(24)	40%(10)	56.7%(34)
% Bachillerato/FP	22.9%(8)	40%(10)	30%(18)
% Diploma/Licenciatura	8.6%(3)	12%(3)	10%(6)
Situación laboral			
% Con trabajo	31.4%(11)	40%(10)	35%(21)
% Sin trabajo	62.9%(14)	48%(12)	58.4%(35)
% Jubilado/Prejubilado	2.9%(1)	12%(3)	6.7%(4)

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas. Un total de siete preguntas ad hoc fueron elaboradas y tenían la finalidad de recoger información respecto al sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y situación laboral actual.

Antecedentes psiquiátricos. Se construyeron tres preguntas ad hoc con el objetivo de conocer si los sujetos habían recibido en el pasado algún diagnóstico psicopatológico distinto al trastorno por dependencia y/o abuso de alcohol y otras sustancias. Además, se registró información sobre el consumo de fármacos en la actualidad.

Historial de tratamientos y consumo de alcohol. Se registró el historial de tratamiento para el consumo de alcohol mediante cuatro preguntas elaboradas ad hoc sobre la cantidad de veces que los sujetos habían recibido tratamiento por la utilización de sustancias, el tiempo que llevaban en tratamiento y el tiempo que llevaban sin consumir alcohol.

Policonsumo. Se recolectó el historial y patrón de consumo de diferentes sustancias psicoactivas (alcohol, cannabis, cocaína, benzodiacepinas, etc.) a través de preguntas ad hoc basadas en la encuesta del Plan Nacional de Drogas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Con ellas, se identificó la frecuencia del consumo, la utilización actual de la sustancia, edad de inicio y cantidad de años de consumo.

Dependencia de alcohol. Se utilizó el *Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol* (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). Esta escala fue desarrollada para la detección precoz de consumos de riesgo y trastornos relacionados con el alcohol. La versión en castellano fue validada para la población española por Contel-Guillamon, Gual-Solé y Colom-Farran (1999). Este cuestionario es autoaplicado y está compuesto por 10 ítems que exploran la cantidad y frecuencia de consumo, conductas de dependencia al alcohol y problemas relacionados con la utilización de éste. Los ocho primeros ítems tienen cinco posibilidades de respuesta que se puntúan entre 0 y 4. El ítem 9 y 10 cuentan con tres posibilidades de respuesta que se puntúan entre 0 y 3. El punto de corte para determinar la presencia de dependencia al alcohol es 10. El análisis de fiabilidad de este cuestionario mostró que posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.88) (Contel-Guillamon *et al.*, 1999).

Variables relacionadas con el modelo de prevención de recaídas. Las variables que se evaluaron fueron las propuestas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985): (1) identificación de las situaciones de riesgo; (2) habilidades de afrontamiento; y (3) autoeficacia. Los instrumentos que se utilizaron para la medición de estas variables son:

Identificación de las situaciones de riesgo: se utilizó la versión española del *Inventario de situaciones precipitantes de recaídas en dependientes de alcohol* (García-González y Alonso-Suárez, 2002a). Este inventario es autoaplicado y consta de 25 ítems que tienen el objetivo de identificar las situaciones interpersonales, ambientales y emocionales que un sujeto dependiente del alcohol puede percibir de alto riesgo para lograr mantenerse abstinente. Las categorías de respuesta se gradúan en una escala de "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" y "nada peligrosa". La puntuación oscila entre 0 y 75. Respecto a las propiedades psicométricas, los autores señalan que cuenta con alta fiabilidad, validez de constructo y posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.91) (García-González y Alonso-Suárez, 2002a).

Habilidades de afrontamiento. Se midieron mediante la versión española del *Inventario de habilidades de*

afrontamiento en dependientes del alcohol (García-González y Alonso-Suárez, 2002b). Este inventario tiene el objetivo de determinar la frecuencia con que los sujetos dependientes al alcohol utilizan un repertorio de habilidades de afrontamiento a nivel cognitivo, conductual, ambiental y social cuando tratan de mantenerse abstinentes en situaciones de riesgo de recaída. El inventario consta de 36 ítems y es autoaplicado. Respecto a las propiedades psicométricas, cuenta con alta fiabilidad, validez de constructo y posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.90). Además, se han identificado cuatro factores que explican el 44.2% de la varianza. Estos factores son: (1) pensamiento positivo; (2) pensamiento negativo; (3) distracción; y (4) evitación (García-González y Alonso-Suárez, 2002b).

Autoeficacia en situaciones de riesgo: se usó la *Versión breve del Cuestionario de Seguridad ante las situaciones de riesgo* (Annis, 1986). La versión breve es autoaplicada, consta de ocho ítems que evalúan la confianza que perciben los pacientes para resistir la necesidad de beber alcohol y fue traducida al castellano por Curtis, Sobell, Sobell y Agrawal (2000). Las respuestas se puntúan en una escala visual analógica en la cual se reporta el porcentaje percibido de confianza en situaciones de riesgo (p.ej., estados emocionales negativos). Dicha escala tiene un punto de inicio de un 0% (inseguridad) y de finalización 100% (seguridad). Los autores mencionan que esta escala posee un buen nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.85) en la versión de ocho ítems (Curtis *et al.*, 2000).

Riesgo suicida. Se evaluó con la *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* (Plutchik *et al.*, 1989). Esta escala permite discriminar a los pacientes que presentan riesgo suicida de los que no lo presentan, e incluye cuestiones relacionadas con intentos suicidas previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión, desesperanza y conductas que pueden aumentar el riesgo suicida. Esta escala es autoadministrada y consta de 15 ítems que deben ser respondidos en una escala de SÍ o NO. Rubio *et al.* (1998) realizaron la validación de esta escala para la población española, en la cual se contempla que una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo suicida. Con respecto a las propiedades psicométricas, los autores indican que cuenta con un alto nivel de consistencia interna (Alfa de Cronbach=.90), una fiabilidad test-retest de 0.89 y un

nivel de sensibilidad y especificidad de 88% (Rubio *et al.*, 1998)

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes consumidores de alcohol se llevó a cabo en la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoholología (UCA) que se encuentra localizada en el Hospital General Universitario, ubicado en Elche, Alicante. En el momento del estudio estaban recibiendo tratamiento ambulatorio basado en el modelo de prevención de recaídas. Los participantes fueron evaluados de forma individual y durante una única sesión de 20 minutos. Todos los participantes de este estudio transversal fueron informados acerca de los objetivos de esta investigación y dieron su consentimiento para formar parte de ésta.

Análisis de los datos

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSSv18 para Windows. Se realizaron análisis de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos para la descripción de la muestra de la investigación.

Para el estudio de diferencias en las frecuencias y porcentajes de las variables no continuas se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson, mientras que para el análisis de las diferencias de medias en variables continuas se utilizó la prueba de *t* de Student para muestras independientes entre el grupo de Riesgo Suicida y el grupo de No Riesgo Suicida. Se utilizó un nivel de confianza del 95%.

Finalmente, se utilizó la regresión lineal utilizando el método "introducir" con la finalidad de estimar el valor predictivo de ciertas variables relacionadas con el entrenamiento para la evitación de recaídas y el incremento o disminución del riesgo de suicidio.

RESULTADOS

Tal y como se observa en la Tabla 2, se encontró que los sujetos del grupo de RS presentaron un porcentaje superior en cuanto al consumo de fármacos ($\chi^2 = 6.272$; $p < .05$), aunque no existían diferencias en los antecedentes psicopatológicos.

Tabla 2. Diferencias entre el grupo de RS y NRS en antecedentes psiquiátricos y consumo de fármacos

	RS n=35	NRS n=25	$\chi^2(p)$
% Diagnósticos psiquiátricos previos	25.7%(9)	12%(3)	.964(.326)
% Consumo fármacos	55.9%(19)	20%(5)	6.272(.012)*

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 3, en relación a las variables relacionadas con el tratamiento y el consumo de alcohol, solamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la edad de inicio del consumo de alcohol ($t = -2.465$; $p < .05$) y en la cantidad de años de consumo ($t = -2.967$; $p < .05$). Se observó que el grupo de NRS había iniciado a una edad más temprana el consumo de alcohol, así como que estos sujetos habían estado más años consumiendo esta sustancia respecto al grupo de RS.

Tabla 3. Diferencias entre el grupo de RS y NRS en variables relacionadas con el tratamiento, consumo de alcohol y de otras sustancias

	RS n=35	NRS n=25	$t^2(p)$
Variables de tratamiento			
Edad media (DT) primer tratamiento	32.09 (12.52)	38.74 (14.64)	1.809(.076)
Media (DT) meses en tratamiento	8.70 (5.26)	7.12 (5.50)	-1.085(.283)
Media (DT) meses de abstinencia	5.15 (5.49)	7 (5.42)	1.288(.203)
Media (DT) nº de tratamientos	2.15 (1.79)	1.56 (2.08)	-1.097(.279)
Variables de consumo de alcohol			
Media (DT) AUDIT	17.11 (8.82)	14.36 (8.18)	-1.244(.219)
Edad media (DT) de inicio	20.53 (9.11)	16.30 (2.82)	-2.465(.018)*
Media años (DT) de consumo	16.56 (11.30)	26.62 (13.16)	2.967(.005)*
Media (DT) sustancias consumidas	3.09 (2.42)	2.08 (1.50)	-1.985(0.052)

Cuando se comparó a los grupos en variables relacionadas con la prevención de recaídas (ver Tabla 4), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de las variables de autoeficacia ($t = 2.895$; $p < .05$) y capacidad de identificación de situaciones de riesgo ($t = -2.047$; $p < .05$).

Finalmente, como se observa en la Tabla 5, se llevó a cabo una regresión lineal donde se incluyeron como variables predictoras la identificación de las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento y la

autoeficacia. Se utilizó como variable criterio el riesgo suicida. Esta ecuación de regresión lineal se mostró estadísticamente significativa ($F_{(3,57)}=24.552$; $p<.05$), explicando el 54% ($R^2=.540$) de la varianza, lo cual se

puede considerar un porcentaje medio-alto. Únicamente, la variable sobre identificación de situaciones de riesgo se mostró estadísticamente significativa ($p<.05$) en el modelo, con una Beta de .0513.

Tabla 4. Diferencias de medias (DT) entre los participantes del grupo de riesgo suicida y no riesgo suicida según las variables del entrenamiento en evitación de recaídas

	RS N=35	NRS N=25	t(p)
Media (DT) en Situaciones de riesgo	35.26 (20.12)	24.56 (19.83)	-2.047(.046)*
Media (DT) en Autoeficacia	480.94 (251.65)	652.16 (183.22)	2.895(.005)*
Media (DT) Habilidades de afrontamiento	63.71 (23.40)	70.72 (22.83)	1.155(.253)
Media (DT) en Pensamiento positivo	22.74(8.08)	26.76(7.62)	1.944(0.57)
Media (DT) en Pensamiento negativo	16.29(6.43)	16.12(6.24)	-.100(.921)
Media (DT) Distracción	13.69(7.77)	16.40(6.46)	1.429(.158)
Media (DT) Evitación	7.49(3.57)	7.68(4.82)	.180(.858)

Tabla 5. Valor predictivo de las variables relacionadas con el entrenamiento en evitación de recaídas

	Beta	t	p
Situaciones de riesgo	.513	3.371	.001*
Habilidades de afrontamiento	.168	.697	.488
Autoeficacia	.121	.637	.526

DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron (1) analizar la relación entre antecedentes psiquiátricos y tratamiento psicofarmacológico y el riesgo de suicidio, (2) analizar la relación entre variables relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas, así como las relacionadas con el tratamiento y el riesgo de suicidio, y, (3) analizar la relación que existe entre identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y el riesgo suicida en una muestra española de sujetos que acuden a tratamiento psicológico para trastornos por consumo de alcohol. En líneas generales se encuentra una relación entre estas variables, especialmente, en aquellas referidas a la autoeficacia y situaciones de riesgo y el riesgo de suicidio en la muestra evaluada.

En cuanto a la descripción de la muestra, a nivel sociodemográfico los resultados mostraron que ambos grupos (Riesgo y No Riesgo de Suicidio) parecen tener un perfil similar y homogéneo. No obstante, el grupo de RS muestra tendencias superiores en el porcentaje de hombres, así como menor nivel educativo, situación laboral desfavorable y menor porcentaje de sujetos que cuentan con pareja estable. Estas características coinciden con los factores de sociodemográficos de riesgo que han sido expuestos en diversas investigaciones previas (Casas y Guardia, 2002; Innamorati *et al.*, 2010; Mäki y Martikainen, 2009).

Tal y como se ha encontrado en la literatura previa (Antypa *et al.*, 2010; O'Boyle y Brando, 1998; Sher *et al.*, 2009; Tuisku, Pelkonen, Kiviruusu, Karlsson y Marttunen, 2012) se observó que existen diferencias

estadísticamente significativas con respecto al consumo de fármacos entre ambos grupos, que podría indicar que actualmente los sujetos del grupo RS presentan otro tipo de psicopatología asociada al trastorno por dependencia al alcohol.

Por otro lado, aunque los perfiles de historia de tratamiento y consumo de alcohol entre los grupos son similares, los participantes del grupo de RS refirieron un inicio más tardío y, por tanto, menos años consumiendo alcohol en comparación con el grupo de NRS. Sin embargo, el deterioro producido en el grupo de RS podría ser mayor, ya que el trastorno alcohólico parece tener un inicio más incipiente. En menos tiempo de consumo presentan un patrón adictivo similar al que presenta el grupo de NRS, en cuanto al consumo y el grado de gravedad. Esto podría estar relacionado con las conclusiones de otras investigaciones en las que se indica que el riesgo de suicidio está asociado a la presencia de mayor gravedad en cuanto al consumo de alcohol (Sher *et al.*, 2009).

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables relacionadas con la capacidad de identificación de situaciones de riesgo y autoeficacia, las cuales son los componentes del entrenamiento para la evitación de recaídas. Los sujetos que presentan riesgo suicida se perciben con una menor autoeficacia para afrontar y manejar las situaciones en las cuales puede aumentar el deseo de consumo de alcohol; además, identifican un mayor número de situaciones como peligrosas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en habilidades de afrontamiento, seguramente debido al elevado grado de entrenamiento en estas habilidades, usual en este tipo de situaciones (López-Torrecillas *et al.*, 2002; López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000).

Los datos obtenidos en este estudio parecen indicar que el grupo de RS tiene una menor preparación para la evitación de recaídas, por lo tanto se esperaría que este grupo tuviera más recaídas y un mayor riesgo de suicidio (Wojnar *et al.*, 2008) en comparación con el grupo de NRS. El incremento en el número de recaídas podría ir asociado a un mayor número emociones negativas, tales como culpa, tristeza y ansiedad, que podrían disminuir el nivel de eficacia, autocontrol y autorregulación en el

sujeto, y de esta manera influir sobre el riesgo de suicidio (López-Torrecillas *et al.*, 2002; Sheikh y Bashir, 2004; Strowig, 2000).

Entre las limitaciones de este estudio destaca el bajo tamaño muestral, así como las propias del uso de autoinformes (p.ej., la deseabilidad social). Parece necesario llevar a cabo más estudios con muestras más amplias y representativas que analicen estos hallazgos. Futuros estudios podrían analizar la eficacia de las intervenciones basadas en el modelo de prevención de recaídas en la reducción del riesgo de suicidio en sujetos que presentan trastornos de dependencia al alcohol. También podría ser oportuno valorar el entrenamiento en identificación de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en los programas de prevención de la conducta suicida en población general.

REFERENCIAS

- Ali, S., Nathani, M., Jabeen, S., Yazdani, I., Mouton, C. D., Bailey, R. K., Mahr, M., Pate, R. J. y Riley, W. J. (2013). Alcohol: the lubricant to suicidality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(1), 20-29.
- Annis, H. M. (1986). *A relapse prevention model for the treatment of alcoholics*. New York: Pergamon Press.
- Antypa, N., Van der Does, W. y Pennix, B. W. J. H. (2010). Cognitive reactivity: investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of affective disorders*, 122, 46-52.
- Boenisch, S., Bramesfeld, A., Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Lehfeld, H., Niklewski, G. y Hegerl, U. (2010). The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts - a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry*, 25, 414-420.
- Bohnert, A. S. B., Roeder, K. M. y Ilgen, M. A. (2011). Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: comparing correlates in a U.S. national study. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 106-112.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(SUPL 1), 195-219.
- Comtois, K. A., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. y Ries, R. K. (2004). Clinicians' assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients. *Society of biological psychiatry*, 56, 757-763.

- Contel-Guillamon, M., Gual-Solé, A. y Colom-Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Curtis, F., Sobell, L., Sobell, M. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behavior research and therapy*, 38, 1211-1220.
- García-González, R. y Alonso-Suárez, M. (2002a). Adaptación española del inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología conductual*, 10(2), 329-342.
- García-González, R. y Alonso-Suárez, M. (2002b). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455-463.
- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H. J., Rujescu, D. y Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 43, 1262-1271.
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical psychology review*, 21(5), 797-811.
- Instituto Nacional de Estadística (2010). *Suicidios*. Madrid: INE.
- Innamorati, M., Lester, D., Amore, M., Girardi, P., Tatarelli, R. y Pompili, M. (2010). Alcohol consumption predicts the EU suicide rates in young women 15-29 years but no in men: analysis of trends and differences among early and new EU countries since 2004. *Alcohol*, 44, 463-469.
- López-Castroman, J., Pérez-Rodríguez, M. M., Jaussent, I., Alegría, A., Artes-Rodríguez-A. y Freed, P. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of psychiatric research*, 45, 619-625.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Ramírez, I. y Verdejo, A. (2002). El papel de la autoeficacia en el tratamiento de las drogodependencias. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 21-31.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 33-51.
- Mäki, N. y Martikainen, P. (2009). The role of socioeconomic indicators on non-alcohol and alcohol-associated suicide mortality among women in Finland. A register -based follow-up study of 12 million of person-years. *Social science and medicine*, 68, 2161-2169.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in neuropsychopharmacology y biological psychiatry*, 35, 848-853.
- O'Boyle, M. y Brando, E. A. A. (1998). Suicide attempts, substance abuse, and personality. *Journal of substance abuse treatment*, 15(4), 353-356.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Spain, 2008*. Geneva: OMS.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre drogas*. Madrid: Delegación Nacional del Plan Nacional sobre Drogas.
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., Conte, H. R. y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 30, 296-302.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Brunetti, S., Tatarelli, R. y Girardi, P. (2007). Gender effects among undergraduates relating to suicide risk, impulsivity, aggression and self-efficacy. *Personality and individual differences*, 43, 2047-2056.
- Rihmer, Z. (2001). Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry*, 16, 406-409.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Revista de Archivos de Neurobiología*, 61(4), 307-315.
- Sanchís, F. y Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología*, 33(1), 39-50.
- Saunders, J. B., Aasland, O. B., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Journal of Addiction*, 88, 791-804.
- Sheikh, S. G. y Bashir, T. Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive Behaviors*, 29, 753-758.
- Sher, L., Oquendo, M. A., Richardson-Vejlgaard, R., Makhija, N. M., Posner, K., Mann, J. J. y Stanley, B. H. (2009). Effect of acute alcohol use on

the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders.

Journal of psychiatric research, 43, 901-905.

Strowig, A. B. (2000). Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction the prominence of depressed mood. *Journal of substance abuse treatment*, 19, 469-474.

Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L. y Marttunen, M. (2012). Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(4), 268-75.

Wetterling, T. y Schneider, B. (2013). Alcohol Intoxication and Suicidality. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), 259-263.

Wojnar, M., Ilgen, M. A., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Glass, J. y Brower, K. J. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of affective disorders*, 115, 131-139.

Wojnar, M., Ilgen, M. A., Jakubczyk, A., Wnorowska, A., Klimkiewicz, A. y Brower, K. J. (2008). Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 268-27