

# El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida

Graciela Terroba Garza\*  
Ma. Teresa Saltijeral Méndez\*  
Rodolfo del Corral\*

## Summary

This work describes the relation between alcohol ingestion and suicide. Various investigators agree that suicide is one of the most common causes of death among alcoholics, after psycho-affective dysfunctions. It is also reported that depression and hopelessness are determinant factors in the suicidal behavior of alcoholics.

The autodestructive mechanisms are analyzed, specially regarding the management of internal and external aggression, which may be influenced by alcohol intake and which culminates in suicidal behaviors.

The relation between psychotic disfunction and suicidal risk is considered, specially in advanced states of mental dysfunction, when loss of introspection as a consequence of intellectual deterioration, and diminishment of memory, as well as a marked depression with suicidal ideas may appear.

The role of alcohol intake in 80 suicide cases is described. 44 cases — 15% — were somehow related with alcohol intake. From this percent, 43% were alcoholics according to Jackson's Scale of Alcohol Related Behavior. The problems related to alcohol intake among suicides concerned by their alcohol intake should be taken into consideration, as 17 of the 19 alcoholics had different family, labor or health problems.

## Resumen

Se describe la relación que hay entre la ingestión de alcohol y el suicidio. Varias investigaciones coinciden en que el suicidio es una de las causas de muerte más comunes entre los alcohólicos, después de los trastornos psicoafectivos. Asimismo, se reporta que la depresión y la desesperanza son factores determinantes en la conducta suicida de las personas con problemas de alcoholismo.

Se analizan los mecanismos de autodestrucción, sobre todo en lo referente al manejo de la agresión interna y externa, que pueden estar influidos por el consumo de bebidas alcohólicas, y que culminan en conductas suicidas.

Se plantea la relación que existe entre los trastornos psicóticos y el riesgo de suicidio, sobre todo en las etapas avanzadas del padecimiento en las que aparece pérdida de la introspección como consecuencia de un gran deterioro intelectual y del menoscabo de la memoria. Inicialmente puede presentarse una marcada depresión con ideas suicidas. Finalmente, se describe el papel que desempeñó la ingestión de alcohol en 80 suicidios consumados, de los cuales el 55% (44 personas) bebían alcohol. De este porcentaje, el 43% resultó ser de alcohólicos, de acuerdo con la escala de preocupación por el consumo de alcohol, de Jackson. Asimismo, es de tomarse en consideración el índice de problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas en los suicidas que estaban preocupados por su consumo de alcohol, debido a que de los 19 alcohólicos, 17 tenían diversos tipos de problemas, sobre todo de índole familiar, laboral y de salud.

\* Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. IMP. Calz. México Xochimilco 101. Col. Sn. Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 México, D.F.

## Introducción

El propósito de este artículo es describir la relación que hay entre la ingestión de alcohol y el suicidio, conductas que se encuentran estrechamente vinculadas. La evidencia de esta relación se constata en innumerables investigaciones que se han llevado a cabo en poblaciones de alcohólicos que han consumado o intentado suicidarse, o en personas que se han suicidado bajo los efectos del alcohol.

De estas investigaciones se desprende que el suicidio es una de las causas de muerte más comunes entre los alcohólicos. La tasa de suicidios en México es baja en relación con otros países, pero las estadísticas sobre el suicidio tienden a subestimarse, ya que no se registran todos los fallecimientos por suicidio. Las cifras disponibles más recientes indican que en Estados Unidos, el suicidio se encuentra entre las 10 causas principales de mortalidad. Únicamente en 1978 se registraron 27 294 suicidios, que equivalen a 12.5 suicidios por 100 000 habitantes (30, 9); mientras que en la República Mexicana, en ese mismo año, la tasa fue de 3 por cada 100 000 habitantes (26). Es evidente que esta cifra es menor a la reportada en otros países, como lo es el caso de Hungría, país que es uno de los más afectados por ese fenómeno, pues en 1980 se registró una tasa de 44.9 suicidios por cada 100 000 habitantes. En Austria, en el mismo año, la tasa fue de 25.7; en Alemania de 20.9, y en el Japón de 17.6 (23). En muchos países se reporta que el riesgo de suicidarse es mayor entre las personas con problemas de alcoholismo que en las personas que nunca, o sólo ocasionalmente, consumen bebidas alcohólicas (21). Dentro de la morbilidad psiquiátrica, después de los trastornos psicoafectivos, el alcoholismo es el segundo factor causante de suicidio, ya que del 15 al 23% de los suicidas presentaron problemas de alcoholismo (24).

Uno de los procedimientos indirectos que se llevan a cabo para conocer la prevalencia del consumo de alcohol en los suicidas, es la evaluación de los niveles de alcohol en la sangre y en la orina, por medio de un examen serológico en los servicios médico-forenses. A pesar de lo valioso de este método, la evaluación sérica de la concentración de alcohol en los suicidas está subestimada. Si consideramos que se subestiman las cifras de suicidio a nivel nacional, es de esperarse que la proporción de suicidios que se ha llevado a cabo bajo los efectos del alcohol también sufra este problema. De ahí que sea indispensable contar con una infraestructura estadística en

investigación, sobre todo cuando ésta es de índole epidemiológica y se trata de conocer la extensión y magnitud real del problema.

En la mayoría de los casos es difícil delimitar hasta qué punto estuvo involucrado el consumo de bebidas alcohólicas en el suicidio, debido a la dificultad que se tiene para dictaminar el alcoholismo y porque no es una causa que se registre en los certificados de defunción; de ahí que la dictaminación del médico forense sobre los niveles de alcohol en la sangre sea muy necesaria para evaluar el grado de intoxicación del suicida.

### **Prevalencia del consumo de alcohol y del suicidio en México y en otros países**

En México, así como en otros países, es mayor la proporción de hombres que la de mujeres, que se suicidan bajo los efectos del alcohol. Rodríguez (25) reportó que en un estudio que hizo en 1974, de 23 alcohólicos crónicos, se suicidaron 18 hombres y solamente una mujer. Ese mismo año, García de Alba (10) comparó las tasas de suicidio del Estado de Jalisco y de su Capital, durante los años de 1948 a 1972, y encontró que entre los hombres, la enfermedad grave y el alcoholismo (11.2%) habían ocupado el tercer lugar como causa del suicidio. En 1966, Cabildo (4) informó que las intoxicaciones alcohólicas ocupaban el quinto lugar entre las causas de suicidios. En la década de 1960 a 1969, Calderón (5) determinó que hubo 476 suicidios consumados e intentos de suicidio por intoxicación alcohólica. En el año de 1972, Elorriaga (8), reportó datos epidemiológicos de suicidio e intento de suicidio, en la década de 1960 a 1970, en toda la República Mexicana, y determinó que en 1960, el 7% se había suicidado bajo los efectos del alcohol, observándose una ligera disminución (6%) en 1970. Por otro lado, en 1975, Brambila (3) encontró en un estudio epidemiológico, que del 67% de los casos que se sometieron a un examen serológico, el 28% de los suicidas presentaba alcohol etílico en la sangre y en la orina.

En 1978, Jiménez (15) reportó datos epidemiológicos de suicidio en el Distrito Federal y estimó una tasa de 3.4 suicidios por cada 100 000 habitantes, de los cuales el 80% era de hombres y el 20% de mujeres, lo que nos habla de una proporción de 4 hombres por cada mujer que se suicida. Sin embargo, no determinó la cantidad de bebidas alcohólicas que habían ingerido los suicidas. En 1980, Terroba y Saltijeral (29) encontraron que de 80 suicidios consumados, el 55% había tenido alguna relación con el consumo de alcohol, ya sea por una historia de alcoholismo (19 casos) o por haberse encontrado intoxicados en el momento del suicidio (25 casos). Esta revisión nos lleva a concluir que en México, a pesar de que el consumo de alcohol no es la principal causa de suicidio, sí es una de las tres primeras causas. Asimismo, que son los hombres los que más se suicidan bajo los efectos del alcohol, y que la incidencia de suicidios en las personas con problemas de alcoholismo es mayor que en las abstemias.

En cuanto a la relación del consumo de alcohol con los suicidios, los hallazgos de otros países indican que la dependencia alcohólica es uno de los factores concomitantes del suicidio, después de la depresión. Cuando el consumo de alcohol ha llegado a tal punto que provoca problemas de diversa índole y un estado psíquico y a veces físico, ca-

racterizado por una conducta que generalmente incluye la compulsión a ingerir alcohol en forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos, y en algunas ocasiones para evitar los síndromes de abstinencia, se dice que el individuo ha desarrollado un síndrome de dependencia al alcohol. Se considera que una persona es crónicamente adicta al alcohol cuando su consumo de bebidas alcohólicas interfiere con su salud mental o física y le provoca problemas e incapacidades orgánicas y sociales que repercuten en su desarrollo biopsicosocial. Existen evidencias médicas sintomatológicas, características de la dependencia alcohólica, como la ansiedad severa, los temblores y, en casos extremos, las alucinaciones, hasta llegar al *delirium tremens*, y a la psicosis alcohólica, que son pruebas incontrovertibles de una dependencia patológica.

Junto con el síndrome de alcoholismo, aparecen los problemas sociales generados por la ingestión excesiva del alcohol que, en muchas ocasiones, llegan a ser mayores que el síndrome de dependencia. De acuerdo con las estadísticas obtenidas por medio de encuestas, el 1% de los bebedores excesivos tienen problema de dependencia al alcohol; sin embargo, otros indicadores, (como la elevada incidencia de accidentes de tránsito y la cirrosis hepática) muestran que la problemática generada por la ingestión de alcohol sobrepasa al síndrome de dependencia (6).

Con el objeto de profundizar y ampliar los conocimientos sobre la relación que existe entre estas dos conductas autodestructivas, se presentan los hallazgos más relevantes de esta relación a nivel internacional.

En 1961, Kessel y Grossman (16), y en 1956, Norvig y Nielsen (22), encontraron que entre un 7% y un 20% de alcohólicos en tratamiento psiquiátrico cometieron suicidio a lo largo de los cinco años del seguimiento. Esta incidencia es 75 a 85 veces mayor que en la población general.

Por otro lado, en 1964, Gardner, Bahn y Mack (11), y Helgason (12), encontraron que la incidencia de suicidios en los alcohólicos es mucho mayor que en la población total. En 1968, la Organización Mundial de la Salud (32) determinó que de las personas que se habían suicidado, entre una cuarta y una tercera parte de los hombres eran alcohólicos cuando se suicidaron. La incidencia de alcoholismo en las mujeres suicidas es menor. Sería interesante investigar qué factores internos o externos intervienen en el individuo como condicionantes de dicha diferencia entre hombres y mujeres, controlando la proporción de suicidios y la variable de alcohol en ambos grupos. Desafortunadamente, en el estudio de la OMS arriba mencionado, esta relación no se especifica. En 1966, James (14) encontró que los niveles de alcohol en la sangre de la mitad de los hombres, y de la quinta parte de las mujeres suicidas, indicaban que habían ingerido alcohol unas horas antes de suicidarse.

Los suicidios de los alcohólicos frecuentemente muestran rasgos característicos de depresión: por lo general son personas con una larga historia de alcoholismo, que empezaron a beber a temprana edad (20 años) y que padecen complicaciones importantes de salud.

Alrededor de dos terceras partes de los alcohólicos han intentado suicidarse, comparadas con el 10% de alcohólicos que no lograron suicidarse pero que ha sido

detectado por los estudios de población general. En 1979, Kovalenko (17) hizo un análisis estadístico de suicidios en los pacientes alcohólicos y demostró que el riesgo suicida entre los alcohólicos es mayor que entre los pacientes con cualquier otra enfermedad mental. El 64% de los pacientes alcohólicos no presentaban manifestaciones psicóticas, sin embargo, se encontraron síntomas afectivos, tales como disforia. Sugiere que los alcohólicos con ideas y tendencias suicidas, aunque no estén en crisis psicóticas, deben ser hospitalizados con urgencia. En 1982, Muller (20) encontró que los suicidios y el riesgo de suicidio es mayor entre los pacientes alcohólicos que entre la población de pacientes exalcohólicos. En 1982, Beck (2) investigó la relación que guardaba la desesperanza, la depresión y los intentos previos de suicidio con la ideación suicida en 105 pacientes alcohólicos: 76 hombres y 29 mujeres, de los cuales el 38.2% estuvo en alguna ocasión en AA, y el 49.5% estuvo hospitalizado por alcoholismo. Se encontró que había una estrecha relación entre la desesperanza y las ideas suicidas en los pacientes alcohólicos que habían intentado suicidarse.

En 1974, Barraclough (1) llegó a la conclusión de que los síntomas depresivos en los pacientes alcohólicos son frecuentes, aunque en menor escala que en los pacientes deprimidos. Es natural que se deprima una persona que intenta dejar de beber, especialmente cuando la bebida le ha ocasionado dificultades importantes en su vida social y personal y cuando su vida ha girado alrededor de la ingestión de alcohol.

Otro aspecto en que coinciden los estudios de esta relación alcoholismo-suicidio, es el hecho de que los intentos de suicidio son más comunes entre los pacientes alcohólicos que entre los pacientes con otras patologías.

La interrelación entre intoxicación alcohólica, alcoholismo y suicidio, abarca un campo muy amplio que aún no queda completamente esclarecido debido a la dificultad que encierra definir el alcoholismo. En los suicidios consumados es todavía más difícil saberlo, ya que la información al respecto, por lo general, se obtiene de familiares o de registros estadísticos que en muchas ocasiones tienden a ocultarlo o a negarlo. Para facilitar el estudio de esta interrelación se ha intentado agrupar a las personas que intentaron suicidarse o se suicidaron, y que bebían alcohol.

### **Consideraciones clínicas y psicológicas del suicidio y el consumo de alcohol**

Mayfield y Montgomery (18) determinaron que la relación entre alcoholismo y suicidio es una asociación entre intoxicación alcohólica y suicidio. La evidencia clínica lo confirma, ya que en el momento de suicidarse o de intentarlo, la mayoría de los alcohólicos se encuentran intoxicados, no siendo así en las personas que no consumen alcohol. Estos autores refieren dos mecanismos subyacentes al suicidio en las personas intoxicadas: un mecanismo "abreactivo" y otro "depresivo". Los suicidios abreactivos se definen como repentinos, poco comunes e impredecibles, ya que se consumen cuando se empieza a ingerir bebidas alcohólicas o en el momento en el que el nivel de intoxicación aumenta rápidamente. Este tipo de pacientes presenta conductas agresivas, explosivas y agitadas. Por otro lado, los suicidios basados en una depresión

inducida por el alcohol, por lo general ocurren después de dos semanas o más de beber en exceso y se caracterizan porque aumentan los síntomas depresivos con retardo psicomotor y aislamiento.

El "síndrome depresivo por intoxicación crónica", relacionado con el consumo de alcohol, es más grave que el tipo "abreactivo".

El alcohol, en términos generales, es considerado como un depresor del sistema nervioso central, y sus efectos farmacológicos producen, indudablemente, estados depresivos, aunque en la fase inicial es estimulante. En la relación tan estrecha que hay entre el síndrome de dependencia al alcohol y la depresión, es posible que las personas con una sintomatología depresiva utilicen el alcohol para tratar de aliviar su angustia y su depresión. La desinhibición y la descarga de conductas agresivas son efectos iniciales conocidos del consumo de alcohol, que pueden convertirse en factores precipitantes en alguien que, de otra manera, no habría tenido el valor de realizar una acción autodestructiva. Los mismos estados de alucinación y delirio, que provoca la abstinencia alcohólica, son factores que incrementan el riesgo suicida en las personas que están iniciando un tratamiento de rehabilitación. El deterioro social es paulatino e inevitable, ya que a medida que aumenta el alcoholismo, también aumenta el aislamiento en que vive la persona alcohólica y disminuyen sus interacciones sociales, sucediéndose un proceso de alienación progresiva y de riesgo suicida elevado, característico de los suicidios en alcohólicos y en depresivos. Menninger (19), en *The Man Against Himself*, afirma que el alcoholismo es un suicidio crónico o una muerte lenta, y una manifestación de tendencias autodestructivas.

La mortalidad por suicidio dentro de un cuadro depresivo es seis veces mayor a la de todas las otras causas de mortalidad por enfermedades depresivas (31).

La depresión se caracteriza por la aparición de trastornos que se agrupan en torno a dos puntos fundamentales: a) tristeza inmotivada (desesperación, desconsuelo, pesimismo) y b) disminución de la actividad (de los impulsos y de la actividad física). Los síntomas más frecuentes son sentimientos de desesperanza, preocupaciones hipocondríacas, ideas de devaluación, autculpas y autodesprecio, así como ideas de autonegación y sentimientos de inferioridad, aunado todo ello a síntomas somáticos concomitantes. Se ha observado que en las personas deprimidas que beben en forma excesiva aumenta su sintomatología, lo que da como resultado un mayor riesgo suicida. Cuando los niveles de alcohol son altos, los cambios anímicos que se observan en la etapa inicial son un estado de euforia y, posteriormente, un estado de angustia e irritabilidad que puede desembocar en ideas o en actos suicidas cuando el individuo, como ya lo explicamos anteriormente, tiene una caracterología premórbida depresiva. Las psicosis orgánicas también están relacionadas con un elevado riesgo suicida, sobre todo en etapas avanzadas en las que hay pérdida de la introspección como consecuencias de un grave deterioro intelectual y del menoscabo de la memoria. Inicialmente puede presentarse una marcada depresión con ideas suicidas.

Dorpat y Ripley (7) mencionan que el 4% de los suicidas padece de síndromes orgánicos cerebrales crónicos. Cuando aparece la depresión en los epilépticos, aumenta

considerablemente el riesgo de suicidio, y su necesidad de farmacoterapia con fenobarbital llega a ser un problema, ya que las dosis elevadas de este fármaco son letales. Al respecto, Taylor (28) encontró que 5 de cada 30 epilépticos del lóbulo temporal que tenían problemas psicológicos, y a los cuales se les había practicado una lobotomía temporal, se suicidaron posteriormente. El 7% de este tipo de pacientes, que además manifiesta síndromes orgánicos cerebrales con deterioro intelectual y de la memoria, termina suicidándose.

Los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, frecuentemente ocasionan severos trastornos del comportamiento que generalmente conducen al paciente a ser hospitalizado en múltiples ocasiones, sobre todo cuando, además de la patología principal, se presenta el "síndrome de dependencia al alcohol" y aumenta el riesgo de suicidio. Al respecto, Shneidman, Farberow y Leonard (27) han señalado que la etapa de aparente mejoría y remisión de la sintomatología psicótica constituye un riesgo suicida, pues se supone que el paciente ha recobrado algún discernimiento sobre la enfermedad y se enfrenta a la necesidad de valerse de nuevo por sí mismo en su mundo externo.

### Prevalencia del uso del alcohol en una muestra de suicidio

Con el objeto de conocer cuál era la relación del consumo de alcohol con el suicidio, en 1980 se analizó el papel que desempeñó el etanol en 80 suicidios consumados por personas de más de 14 años, representativos de los 345 suicidios llevados a cabo en el Distrito Federal en ese año y registrados por el servicio médico forense. Las características de estos suicidas eran las siguientes: la mayoría (59%) provenía de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. Se trataba de 42 hombres y 38 mujeres, cuya media de edad era de 34 años. El 43% era de casados y el 31% de solteros. Las características de ocupación y escolaridad de estos sujetos se pueden ver en el Cuadro 1.

La información se obtuvo a través de una entrevista personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo al método de la "autopsia psicológica", cuya confiabilidad se obtuvo en un estudio previo (29).

Los hallazgos más relevantes indican que de los 80 suicidas, el 55% (44 personas) había ingerido bebidas alcohólicas; de estos 44 individuos, el 43% resultó ser alcohólico, de acuerdo con los datos obtenidos por la escala de preocupación por el consumo de alcohol, establecida por Jackson (13), lo que revela que casi la mitad de los suicidas bebía alcohol.

De los 19 casos que mostraron preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas, el 94.7% permanecía en estado de embriaguez los días hábiles, el 78.9% necesitaba beber por las mañanas, el 68.4% expresaba descontento y ansiedad cuando le faltaba el alcohol, el 57.8% prefería beber que comer, el 52.6% necesitaba beber más para obtener los mismos efectos, y el 52.6% bebía lo que estuviera a su alcance sin importar le la marca o tipo de bebida.

Es importante el hecho de que de los 44 casos que bebían alcohol, el 68% se encontraba en estado de ebriedad cuando se suicidó, de acuerdo con la dictamina-

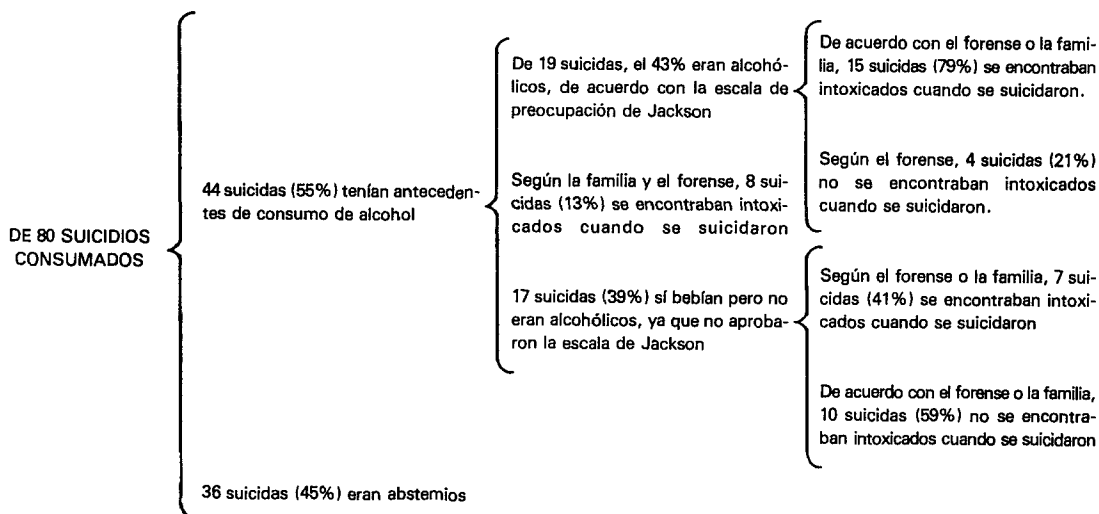
ción del forense, ya que los niveles de alcohol en la sangre rebasaban el estándar normal, que es de 150 mg/100 ml de alcohol en la sangre. De acuerdo con los patrones de consumo obtenidos por medio de la escala, se encontró que el 39% de los usuarios consumía bebidas alcohólicas en forma ocasional. De éstos, el 41% se suicidó en estado de ebriedad. Asimismo, se encontró que el 18% no bebía, sin embargo, se encontraban intoxicados cuando se suicidaron, de acuerdo con lo reportado por la familia (Cuadro 2). En cuanto a la edad, no se suicidó ninguna de las personas menores de 25 años que bebían. El 42% de los alcohólicos se encontraba entre los 25 y los 34 años; el 26%, entre los 35 y los 44 años; el 16%, entre los 45 y los 55 años; otro 16% tenía más edad. De los bebedores, el 89% correspondía a los hombres y el 11% a las mujeres, encontrándose diferencias significativas en cuanto a la edad entre las mujeres bebedoras y las que no bebían ( $\chi^2 = 14.71$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .001$ ).

En cuanto al estado civil, se encontró que más de la mitad de los suicidas estaba casado y sólo el 5% correspondía a los solteros, siendo significativa la diferencia del grupo de bebedores solteros comparada con el de los que no bebían ( $\chi^2 = 10.58$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .001$ ). Se obtuvieron diferencias significativas en estos dos grupos en las per-

**Cuadro 1**  
Características sociodemográficas de 80 suicidas.

VARIABLES	SUICIDIOS CONSUMADOS	
	n	%
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	42	52.5
FEMENINO	38	47.5
<b>EDAD</b>		
DE 14 a 19	14	17.50
DE 20 a 29	27	34.75
DE 30 a 39	15	18.75
DE 40 a 59	15	18.75
DE 60 a +	9	11.25
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	35	43.75
SOLTERO	25	31.25
UNION LIBRE	9	11.25
VIUDO	3	3.75
DIVORCIADO O SEPARADO	8	10.00
<b>OCUPACION</b>		
OCUPADOS	50	62.50
DESOCUPADOS	30	37.50
<b>ESCOLARIDAD</b>		
EDUCACION BASICA	34	42.50
EDUCACION MEDIA	30	37.50
ED. MEDIA SUPERIOR	6	7.50
EDUCACION SUPERIOR	10	12.50

**Cuadro 2**  
Distribución del uso del alcohol en 80 suicidas.



sonas que tenían una educación media ( $x^2 = 4.2$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .05$ ). También se encontraron diferencias significativas entre los bebedores y los que no bebían, que se suicidaron por motivos amorosos ( $x^2 = 5.44$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .05$ ).

### Conclusiones

Los resultados obtenidos acerca de la relación que hay entre el suicidio y el alcoholismo, demuestran el vínculo tan estrecho que existe entre estas dos conductas auto-destructivas. La mayoría de las personas que se han abocado al estudio de estos fenómenos, por lo general prefieren mantenerse al margen y sólo dejan entrever el eslabón que une estos dos factores en forma superficial, y utilizan frases como: "es arriesgado hablar de la relación entre..." o "parece ser que el alcohol en este caso sí tiene que ver con el suicidio". Sin embargo, el alcoholismo es uno de los problemas más frecuentes que anteceden a dicho acto. El índice tan elevado de consumo de alcohol en los suicidios investigados en la muestra del servicio médico forense, reafirma este hecho, ya que el 55% de los suicidas bebía y, de éstos el 40% se encontraba ebrio cuando se suicidó. Es alarmante el hecho de que casi la mitad de los suicidas se haya encontrado en estado de ebriedad cuando se suicidó. Es de llamar la atención el hecho de que la mayoría de los suicidas y de los bebedores hayan tenido entre 25 y 34 años. Esto demuestra que la población joven, no contenta con autodestruirse por medio de la bebida, se autodestruye definitivamente suicidándose. Este hallazgo coincide con el de otros investigadores, quienes encontraron que la edad promedio de los bebedores que se suicidan es, con frecuencia, menor de 35 años en más de la mitad de los suicidas.

Otro hallazgo interesante es el hecho de que el 58% de las personas que tenía alguna preocupación por su consumo de alcohol, presentaba tendencia al aislamiento. Esto concuerda con lo reportado por Murphy, Ams-

trong y Hermele, en 1980 (21), quienes mencionan que el alcohol va aislando al individuo, por lo que éste va perdiendo relaciones interpersonales, lo que puede predecir un riesgo suicida elevado.

El beber en forma prolongada y excesiva conduce a los bebedores a ignorar su papel dentro del ámbito familiar, ocupacional y social, de manera que los bebedores excesivos son generalmente rechazados por la familia y la sociedad, lo que les provoca sentimientos de minusvalía y frustración; de ahí que el consumo de alcohol en el suicida sea como un alivio, pues los efectos del alcohol hacen que las defensas primarias de autoconservación disminuyan; pero los efectos desinhibidores, característicos de una de las fases del consumo de alcohol, al presentarse en las personas melancólicas, provocan, sobre todo, intensificación de los sentimientos de inadecuación y frustración, por lo que las consecuencias sociales y clínicas de beber en exceso pueden ser factores desencadenantes de un acto suicida.

Desde el punto de vista social, la relación alcohol-suicidio es una asociación de tres variables: consumo excesivo, reacciones sociales negativas y relaciones sociales conflictivas.

La combinación de estas variables sociales con los patrones de carácter y personalidad del bebedor son factores determinantes en la predicción del riesgo suicida en los alcohólicos. Desde el punto de vista clínico, el riesgo es mayor cuando, aunado a los factores sociales, se determinan trastornos psiquiátricos, sobre todo de índole psicoafectiva. Una de las tareas urgentes para la predicción de esta conducta es determinar los aspectos causales precisos de la relación alcohol-suicidio que aún se encuentran sin respuesta. La respuesta sobre la causalidad de estas conductas autodestructivas se aclarará al ampliar el conocimiento de esta relación, por lo que es necesario investigar en forma sistemática las variables sociales y clínicas que juegan un papel importante en la relación alcohol-suicidio.

## REFERENCIAS

1. BARRACLOUGH BM, BUNCH J, NELSON B, SAINSBURY P: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Brit J Psychiat*, 125:355-373, 1974.
2. BECK A T: Relationship of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(9), 1982.
3. BRAMBILA C J J: La prevalencia de los gestos suicidas en la Ciudad de Guadalajara durante 1975. *Salud Pública de México*, 19(6):851-866, nov-dic, 1977.
4. CABILDO A H: El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8(3):441-451, mayo-junio, 1966.
5. CALDERON N G: Alcoholismo y sociedad. *Psiquiatría*, 3(1), sept-dic, 1973.
6. CAMPILLO S C: Algunas consideraciones respecto al alcoholismo. *El alcoholismo en México*, 3:155-156, 1983.
7. DORPAT T L, RIPLEY H S: The relationship between attempted suicide and committed suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 8(2), 1967.
8. ELORRIAGA M H: Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*, 14(4):487-498, julio-agosto, 1972.
9. FREDERIK C: Current trends in suicidal behavior in the United States. *Amer J Psychother*, 32:172-201, 1978.
10. GARCIA DE ALBA G: Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud Pública de México*, 15(2):195-211, marzo-abril, 1974.
11. GARDNER E A, BAHN A K, MARCK M: Suicide and psychiatry care in the ageing. *Arch Gen Psychiat*, 10:547, 1964.
12. HELGASON T: The epidemiology of mental disease in Iceland. *Acta Psychiat Scand Suppl*, 173, 1964.
13. JACKSON, J K: The definition and measurement of alcoholism. *Quart J Stud Alc*, 18:240-262, 1957.
14. JAMES I P: Blood alcohol levels following successful suicide. *Quart J Stud Alcohol*, 27:23-29, 1966.
15. JIMENEZ N R, RICO M F G: El suicidio en México: enfoque epidemiológico. *Salud Pública de México*, 20(1):67-78, enero-febrero, 1978.
16. KESSEL Y GROSSMAN G: Suicide in alcoholics. *Brit Med J*, 2:1671-1672, 1961.
17. KOVALENKO V P: Suicidal acts of chronic alcoholics from statistical analysis of archival material. *Neuropatol Psychiatr* 80(11):1696-1698, 1980.
18. MAYFIELD E, MONTGOMERY D: Alcoholism, alcohol intoxication and suicide attempts. *Arch Gen Psychiat*, 27:349-353, 1972.
19. MENNINGER K: *Man against himself*. Harcourt and World, Inc. Nueva York, 1938.
20. MULLER J: Suicide of alcoholics after institutional anti-alcoholism therapy. *Desk Psychiatr*, 78(4):253-8, 1982.
21. MURPHY G E, AMSTRONG J W, HERMELE S L, FISCHER J R: Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. *Arch Gen Psychiatry*, 36(1):65-9, 1979.
22. NORVIG J, NIELSEN B: A follow-up study of 221 alcoholics in Denmark. *Quart J Stud Alc*, 17:633, 1956.
23. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Manual de Clasificación de Estadísticas Internacionales de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Vol 1, 1968.
24. ROBINS E, MURPHY G E, WILKINSON R H, GASSNER S, KAYES J: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Amer J Public Health*, 49:888-898, 1959.
25. RODRIGUEZ S M L. En: *Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1974.
26. SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. COORDINACION GENERAL DE LOS SERVICIOS NACIONALES DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA. Anuario Estadístico de los Estados Mexicanos, 1980.
27. SHNEIDER E S, FARBERON N L, LEONARD D: Suicide: evaluation and treatment of suicidal risk among schizophrenic patients in psychiatric hospitals. *Med Bull Veterans' Adm*, 8, 1962.
28. TAYLOR D C: Mental state and temporal lobe epilepsy: a correlative account of 100 patients treated surgically. *Epilepsia*, 13:727-765, 1972.
29. TERROBA G G, SALTIJERAL M T: La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México*, 25(3):285-293, 1983.
30. VITAL STATISTICS OF THE UNITED STATES, 1978, 29:6 Supplement (2) Final Mortality Statistics, National Center for Health Statistics. Hyattsville, Maryland, 1978.
31. WOODRUFF R A, GUZE S B, CLAYTON P J, CARR D: Alcoholism and depression. *Archs Gen Psychiat* 28:97-100, 1973.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Prevention of suicide. Public Health Paper No. 35. Ginebra, 1968.