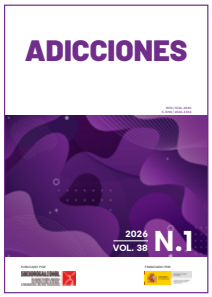
SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 1 ■ PÁGS. 41–50
www.adicciones.es



ORIGINAL

Las estrategias de regulación emocional median en la relación entre el consumo excesivo de alcohol y la conducta suicida

Emotion regulation strategies mediate the relationship between excessive alcohol use and suicidal behaviour

Celia Antuña-Camblor*; Gabriel Esteller-Collado**; Roger Muñoz-Navarro**.

* Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud, Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA), Madrid, España.

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

Resumen

El alcohol es una de las sustancias más consumidas en todo el mundo. Se hipotetiza que las personas que consumen alcohol tienen pobres estrategias de regulación emocional, algo que comparten las personas que se suicidan. Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar el efecto mediacional de las estrategias de afrontamiento y la tolerancia a la angustia en la relación entre el consumo excesivo de alcohol y el riesgo suicida. En una muestra de 1014 participantes (33,82% hombres, 66,17% mujeres; *M* = 33,0, *DE* = 15,15) se aplicó un cuestionario sociodemográfico personalizado, el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CSQ), la escala de Tolerancia al Distrés (DTS) y el de Riesgo Suicida (RS). Se realizaron dos modelos de mediación en los que se utilizaron las puntuaciones del AUDIT como variable independiente, la puntuación del RS como dependiente y el sexo como covariable. En el primer modelo la variable mediadora fueron las puntuaciones CSQ y en el segundo las puntuaciones DTS. La relación fue mediada positivamente por Autoenfoque Negativo, Valoración y Absorción, y negativamente por la Tolerancia. La regulación emocional es una estrategia transdiagnóstica que puede reducir no sólo el consumo de alcohol, sino también el riesgo suicida. Dados estos resultados, existe una necesidad imperiosa de desarrollar programas preventivos centrados en estrategias adaptativas de regulación emocional. La regulación emocional juega un papel clave en la relación entre el consumo excesivo de alcohol y el riesgo suicida.

Palabras clave: alcohol, suicidio, regulación emocional, tolerancia a la angustia, habilidades de afrontamiento

Abstract

Alcohol is one of the most widely consumed substances worldwide. It is hypothesized that people who use alcohol have poor emotional regulation strategies, something shared by individuals who have engaged in suicidal behaviour or those who have died by suicide. Therefore, the aim of this work is to study the mediational effect of coping strategies and distress tolerance in the relationship between excessive alcohol use and suicidal risk. A sample of 1014 participants (33.82% male, 66.17% female; *M* = 33.0, *SD* = 15.15) were assessed using a custom sociodemographic questionnaire, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), the Coping with Stress Questionnaire (CSQ), *Distress Tolerance Stress (DTS)*, and Suicide Risk (RS). Two mediation models were performed in which AUDIT scores were used as the independent variable, RS score as the dependent and sex as a covariate. In the first model the mediating variable was the CSQ scores and in the second the DTS scores. The relationship was mediated positively by Negative Auto-Focused, Appraisal and Absorption, and negatively by Tolerance. Emotional regulation is a transdiagnostic strategy that can reduce not only alcohol consumption, but also suicidal risk. Given these results, there is a pressing need to develop preventive programs centered on adaptive emotion regulation strategies. Emotional regulation plays a key role in the relationship between excessive alcohol use and suicidal risk.

Keywords: alcohol, suicide, emotion regulation, tolerance of distress, coping skills

■ *Recibido: Mayo 2025; Aceptado: Octubre 2025.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Celia Antuña-Camblor. Facultad de Psicología de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA).
Email: celia.antuna@udima.es

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más ampliamente consumidas en todo el mundo. Un estudio transversal encontró que la prevalencia media a lo largo de la vida del consumo de alcohol en los países encuestados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue del 80% (Glantz et al., 2020). En España, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más utilizada, con una prevalencia del 76,5% para 2024, ligeramente superior en varones (Ministerio de Sanidad, 2025). El consumo generalizado de alcohol conlleva importantes problemas sociales y de salud (Rehm et al., 2017). En cuanto a los problemas sociales, el consumo excesivo de alcohol se ha relacionado con dificultades interpersonales, mostrando los estudios que el uso excesivo de alcohol se asocia significativamente con problemas en las relaciones con iguales (Fletcher, 2019) y con un sentimiento de soledad (Waesche et al., 2016). Pasando a los problemas de salud, el consumo de alcohol se asocia con varios diagnósticos (Griswold et al., 2018; Rehm et al., 2017), así como con la morbilidad y mortalidad global, representando aproximadamente tres millones de muertes anuales (Kranzler y Soyka, 2018; OMS, 2019), siendo la principal causa de muerte entre individuos con trastornos por consumo de sustancias (Wilcox et al., 2004) y encontrándose que el 33% de las víctimas de suicidio dieron positivo para alcohol, cumpliendo el 63% criterios de intoxicación alcohólica basados en niveles de alcohol en sangre (Krug et al., 2002).

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial que afecta a todas las personas y mata a una persona cada 40 segundos (OMS, 2021), por lo que existen varias teorías para comprenderlo y reducirlo. Una de ellas es la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), que sugiere que el comportamiento suicida surge de la interacción entre la pertenencia frustrada, la carga percibida y la capacidad para el suicidio. La pertenencia frustrada se refiere a sentimientos de desconexión social y aislamiento, mientras que la carga percibida implica la creencia de que uno es una carga para los demás hasta el punto de considerar que la propia muerte podría aliviar a quienes le rodean. Cuando ambos factores están presentes, puede desarrollarse la ideación suicida. Sin embargo, un individuo también debe adquirir la capacidad para el suicidio —mediante la exposición repetida a experiencias dolorosas o provocadoras, como la autolesión o el consumo de sustancias— para superar el miedo natural a la muerte y actuar sobre sus pensamientos suicidas. Por lo tanto, la regulación emocional es un eje esencial en esta teoría.

Sin embargo, como ha enfatizado la investigación reciente, el comportamiento suicida no puede comprenderse completamente mediante modelos lineales o exclusivamente individuales de riesgo. El campo ha evolucionado progresivamente hacia perspectivas del desarrollo, psicosociales y contextuales que integran determinantes emocionales, cognitivos y ambientales (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2024). Estos enfoques destacan que el comportamiento suicida emerge de la interacción dinámica entre vulnerabilidades personales y contextos sociales —como el aislamiento, el estigma o los factores estresores socioeconómicos— que configuran el malestar individual y las respuestas de afrontamiento.

En este marco más amplio, los comportamientos adictivos y suicidas se entienden como procesos interconectados que comparten mecanismos subyacentes comunes —particularmente la desregulación emocional, la impulsividad y el afrontamiento desadaptativo— que se refuerzan mutuamente (Fonseca-Pedrero y Al-Halabí, 2024). La evidencia empírica en adolescentes españoles respalda esta interacción: el consumo de alcohol se ha vinculado con conductas autolesivas, señalando vías de desarrollo en las que el consumo de sustancias tanto refleja como exacerba el malestar emocional (Bousoño et al., 2021). Además, los individuos que presentan autolesiones tienen un riesgo muy elevado de suicidio (Hawton et al., 2015).

Dentro de marcos teóricos más integradores, el modelo Integrado Motivacional–Volitivo (IMV) de Rory O'Connor subraya que la transición del pensamiento suicida a la acción está moderada por factores volitivos como la impulsividad, la exposición a la autolesión y la capacidad de planificación, en lugar de ser únicamente el resultado de factores de riesgo estáticos (O'Connor y Kirtley, 2018). Existen varias maneras de prevenir el comportamiento suicida y, aunque Hawton et al. (2024) también destacan que restringir el acceso a medios letales sigue siendo una de las medidas de prevención del suicidio más efectivas a nivel poblacional, no siempre es posible.

Otra vía es mejorar la regulación emocional. La regulación emocional se ha conceptualizado como los procesos mediante los cuales los individuos modulan sus emociones de forma consciente y no consciente (Rottenberg et al., 2005). Así, puede dividirse en desadaptativa o adaptativa dependiendo del daño a nuestra salud. Las estrategias desadaptativas pueden incluir conductas dirigidas a regular el malestar emocional, como el consumo excesivo de alcohol o el comportamiento suicida. Por ejemplo, los individuos que tienen dificultades para regular emociones negativas pueden usar el alcohol como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para aliviar el malestar (Aldao et al., 2010) y, cuando no pueden tolerar niveles más altos, aumenta el riesgo de suicidio (Vujanovic et al., 2017). Por el contrario, las estrategias adaptativas de regulación emocional pueden mitigar los efectos perjudiciales del consumo excesivo de alcohol al reducir las reacciones impulsivas ante situaciones angustiosas y disminuir el comportamiento suicida. La regulación emocional abarca diferentes estrategias, como las estrategias de afrontamiento o la tolerancia al malestar. Así, mientras que las estrategias de afrontamiento son estrategias utilizadas para manejar factores estresores y emociones desagradables (Romero et al., 2020), la tolerancia al malestar es un constructo metaemocional que se refiere a

la capacidad de soportar y gestionar estados psicológicos negativos asociados al estrés (Melli et al., 2021). Sin embargo, ambas son estrategias de regulación emocional y, con la mejora de estas estrategias adaptativas, el comportamiento suicida podría reducirse.

Desde una perspectiva clínica y preventiva, el fortalecimiento de los procesos adaptativos de regulación emocional se ha propuesto como una vía clave para mitigar tanto el uso problemático de sustancias como la conducta suicida. Según Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023) y Fonseca-Pedrero y Al-Halabí (2024), las intervenciones efectivas no solo deben abordar los síntomas individuales, sino también humanizar la atención e integrar determinantes sociales —como la conexión, el significado y la equidad— en los programas de prevención y tratamiento.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar el posible efecto mediador de la regulación emocional (estrategias de afrontamiento y tolerancia al malestar) en la relación entre el uso excesivo de alcohol y el riesgo de suicidio.

Método

Participantes y procedimiento

Este estudio empleó un diseño observacional transversal. La recogida de datos tuvo lugar entre agosto de 2022 y septiembre de 2023 utilizando una metodología online a través de la plataforma SurveyMonkey. En promedio, los participantes necesitaron aproximadamente 30 minutos para completar la evaluación. El único criterio de exclusión fue tener menos de 18 años de edad. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias bajo el número 2022.193, garantizando la adhesión a los estándares éticos y la integridad de la investigación.

Durante el periodo de recogida de datos de 13 meses, un total de 1.763 individuos iniciaron la encuesta; sin embargo, solo 1.014 participantes (57,7% de la muestra total) la completaron en su totalidad. Las respuestas incompletas fueron excluidas del análisis final. La muestra final estuvo compuesta por 1.014 individuos, con un 33,82% que se identificaron como hombres y un 66,17% como mujeres. Las edades de los participantes oscilaron entre 18 y 75 años (M = 33,00; SD = 15,15). Más detalles sobre las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

	Muestra (n = 1014)	
	n	%
Sexo		
Hombre	343	33,83
Mujeres	671	66,17
Edad		
18-25 años	546	53,85
26-39 años	164	16,17
40-59 años	265	26,13
60+ años	39	3,85
Estado Civil		
Soltero	343	33,83
Casado	312	30,77
Divorciado	183	18,05
Pareja de hecho	161	15,88
Viudo	15	1,48
Nivel Educativo		
Educación básica	184	18,15
Educación secundaria	184	18,15
Bachillerato	423	41,72
Estudios Universitarios	223	21,99
Nivel Socioeconómico		
Bajo	136	13,41
Medio	618	60,95
Medio-Alto	254	25,05
Alto	6	0,59

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc. El cuestionario sociodemográfico ad-hoc diseñado para este estudio comprende una serie de preguntas clave que buscan recopilar información exhaustiva sobre diversos aspectos sociales y demográficos de la vida de los participantes. Las categorías evaluadas incluyen edad, género, estado civil, presencia de antecedentes familiares de problemas de salud mental y estatus socioeconómico.

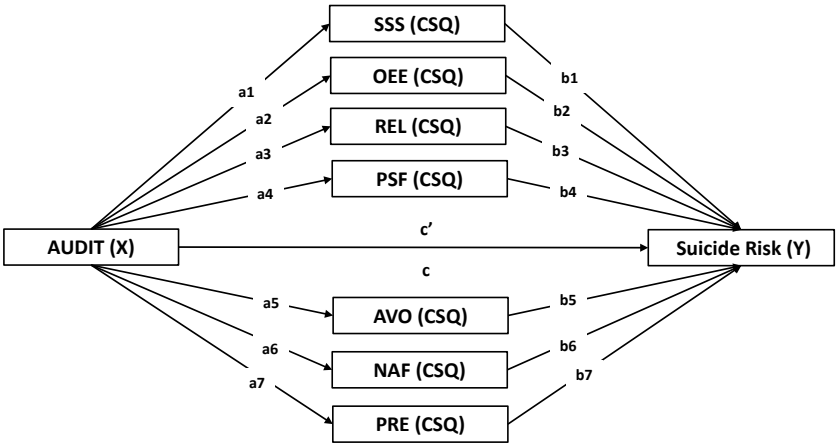
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Pérula de Torres et al., 2005; Saunders et al., 1993) es un instrumento autoadministrado desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, que proporciona clasificaciones del consumo y la dependencia del alcohol. La consistencia interna fue aceptable ($\alpha = 0,78$).

The Coping with Stress Questionnaire (CSQ) (Sandín y Chorot, 2003) es una medida de autoinforme de 42 ítems que evalúa diversas formas de afrontamiento del estrés. Consta de siete dimensiones: enfoque en la resolución de problemas (FSP), reevaluación positiva (PRE), búsqueda de apoyo social (SSS), autofocalización negativa (NAF), expresión emocional abierta (OEE), evitación (AVO) y religión (REL). Una puntuación más alta en cada una de las escalas indica un mayor uso de esa estrategia. La consistencia interna fue buena para las escalas ($\alpha = 0,72$ - $0,90$).

The Distress Tolerance Stress (DTS) (Simons y Gaher, 2005; validación española: Sandín et al., 2017) es una escala de autoinforme de 15 ítems que evalúa la capacidad de un individuo para tolerar el estrés. Está compuesta por 4 subescalas: tolerancia a las emociones angustiosas (TOL), valoración de la capacidad experimentada y del malestar (APP), absorción en las propias emociones negativas (ABS) y capacidad para regular emociones (REG). Los partici-

Figura 1

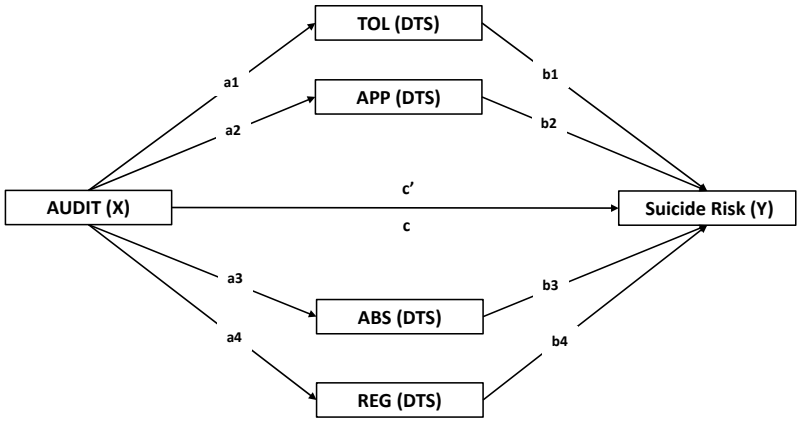
Modelo hipotético de mediación con CSQ



Nota. CSQ: Cuestionario de estrategias de afrontamiento; SSS: búsqueda de apoyo social; OEE: expresión emocional abierta; REL: religión; PSF: enfoque en la resolución de problemas; AVO: evitación; NAF: autoenfoque negativo; PRE: revaloración positiva; Suicide Risk: Riesgo de suicidio. El género se introduce como covariable.

Figura 2

Modelo hipotético de mediación con DTS



Nota. DTS: Escala de tolerancia a la distress; TOL: tolerancia a las emociones angustiosas; APP: valoración; REG: regulación emocional. Suicide Risk: Riesgo de suicidio. El género se introduce como covariable.

pantes califican estos ítems en una escala Likert de 5 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 5=totalmente de acuerdo). El DTS se puntúa calculando la puntuación media para cada una de las cuatro subescalas y una puntuación más alta indica una mayor capacidad para tolerar el malestar. El DTS mostró una buena consistencia interna en la muestra para las diferentes subescalas (α = 0,81 - 0,89).

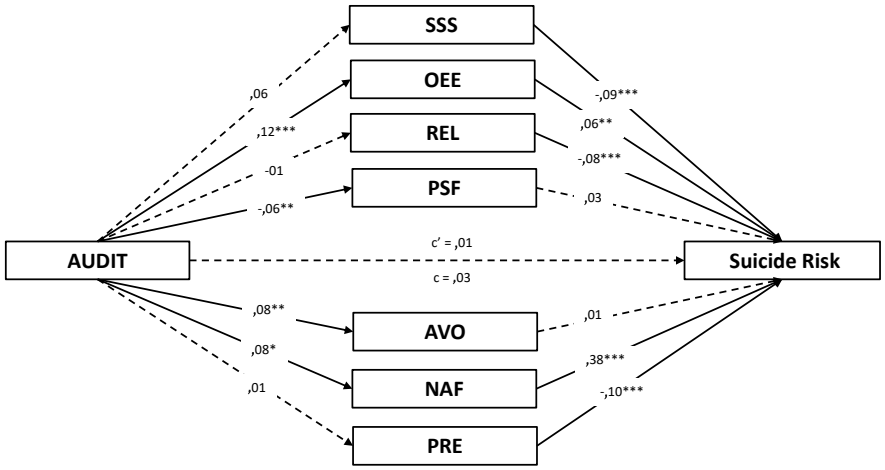
Escala de Riesgo de Suicidio (RS) (Plutchik y Van Praag, 1989; validación española: Rubio et al., 1998). Es un instrumento autoadministrado que proporciona una puntuación que indica el riesgo de suicidio. La escala ofrece la posibilidad de responder "sí" o "no" a 15 preguntas. Cada respuesta afirmativa se puntúa como 1 punto, indicando que una puntuación final más alta corresponde a un mayor riesgo suicida. La consistencia interna fue buena (α = 0,82).

Análisis de los datos

En primer lugar, se utilizó el software de análisis de datos Statistical Package for Social Sciences (SPSS v.28) para la gestión de datos y los análisis descriptivos. En segundo lugar, utilizando R (4.3.3), se realizaron modelos de análisis de mediación multivariada. Se estimaron dos modelos diferentes, manteniendo constantes la variable independiente (X) y la variable dependiente (Y), pero modificando los mediadores (Me). En el primer modelo, los Me fueron las 7 estrategias de afrontamiento listadas en el CSQ: Búsqueda de Apoyo Social, Expresión Emocional Abierta, Religión, Enfoque en la Resolución de Problemas, Evitación, Autofocalización Negativa y Reevaluación Positiva. En el segundo modelo, las 4 escalas de tolerancia al estrés del DTS se introdujeron como Mediadores: Tolerancia, Valoración, Absorción y Regulación. En todos los modelos, el sexo y la

Figura 3

Modelo de mediación con CSQ



Nota. *p < ,05, **p < ,01, *** p < ,001; CSQ: Cuestionario de estrategias de afrontamiento; SSS: búsqueda de apoyo social; OEE: expresión emocional abierta; REL: religión; PSF: enfoque en la resolución de problemas; AVO: evitación; NAF: autoenfoque negativo; PRE: revaloración positiva; Suicide Risk: Riesgo de suicidio. El género se introduce como covariable.

edad se introdujeron como covariables para controlar sus posibles efectos sobre los resultados.

En ambos modelos de mediación multivariada, se estimaron intervalos de confianza del 95% utilizando 5.000 muestras bootstrap. Se examinaron los efectos directos de la variable X sobre los mediadores (ai), los efectos directos de los mediadores (Me) sobre la variable Y (bi), el efecto directo (c'), el efecto total (c) y el efecto indirecto de X sobre Y a través de los diferentes mediadores. En todas las figuras, los efectos directos e indirectos se informan en β estandarizado para mejorar la comparabilidad.

Adicionalmente, dado que se trata de un estudio transversal y considerando que la direccionalidad propuesta en las hipótesis puede suscitar algunas dudas a pesar de su justificación teórica, también se calculó un modelo de mediación inversa. En este modelo alternativo, el riesgo suicida se introdujo como variable independiente y el consumo de alcohol como variable dependiente. El objetivo de este análisis fue verificar si la relación inversa era no significativa, proporcionando así una mayor robustez al modelo propuesto. En el caso de que emergiera una relación significativa, dicha bidireccionalidad sería considerada como una posible línea de investigación futura.

Las figuras siguientes muestran los modelos hipotéticos de mediación multivariada propuestos (Figura 1 y 2).

Resultados

Análisis de mediación con CSQ

Los efectos directos del AUDIT fueron significativos para Expresión Emocional Abierta (β = 0,12; [IC 95% = 0,07 - 0,18], p < 0,001), Evitación (β = 0,08; [IC 95% = 0,02 - 0,14], p = 0,016) y Autofocalización Negativa (β = 0,08; [IC 95% = 0,01 - 0,15], p = 0,020). En contraste, los efectos directos sobre Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Enfoque en la Resolución de Problemas y Reevaluación Positiva no fueron significativos (p > 0,05). De manera similar, los efectos directo y total del AUDIT sobre el comportamiento suicida (RS) tampoco fueron significativos (p = 0,602 y p = 0,126, respectivamente; ver Figura 3).

En cuanto a los efectos directos de las diferentes estrategias de afrontamiento (mediadores), se observaron efectos significativos para Búsqueda de Apoyo Social (β = −0,09; [IC 95% = −0,13 - −0,06], p < 0,001), Búsqueda de Apoyo Social (β = 0,07; [IC 95% = 0,00 - 0,12], p = 0,035), Religión (β = −0,08; [IC 95% = −0,13 - −0,04], p < 0,001), Autofocalización Negativa (β = 0,39; [IC 95% = 0,34 - 0,44], p < 0,001) y Reevaluación Positiva (β = −0,10; [IC 95% = −0,15 - −0,05], p < 0,001) (ver Figura 3).

Finalmente, en relación con los efectos indirectos, solo la vía mediada a través de Autofocalización Negativa fue significativa (β = 0,03, [IC 95% = 0,01 - 0,06], p = 0,022). Los restantes efectos indirectos no fueron estadísticamente significativos (ver Tabla 2). En el modelo inverso, donde el riesgo de suicidio se consideró como variable independiente, se observaron efectos significativos para Expresión Emocional Abierta (β = 0,032; p = 0,010) y Enfoque en la Resolución de Problemas (β = 0,037; p = 0,013). Sin embargo, las restantes estrategias de afrontamiento no mostraron efectos significativos (todas p > 0,05) (ver Tabla 2).

Análisis de mediación con DTS

Los efectos directos del AUDIT fueron significativos para Tolerancia (β = 0,08; IC 95% [0,02 – 0,13], p = 0,010), Valoración (β = 0,15; IC 95% [0,03 – 0,25], p = 0,011) y Absorción (β = 0,08; IC 95% [0,02 – 0,14], p = 0,008),

Tabla 2

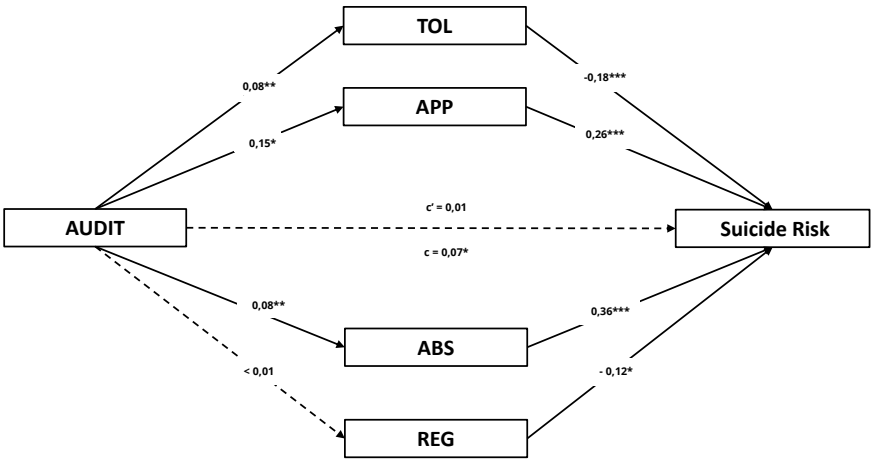
Estimaciones de los efectos indirectos de los análisis de mediación multivariante

		Análisis principales (Modelos AUDIT→RS)		Análisis de sensibilidad (Models RS→AUDIT)	
Variable dependiente	**Mediador**	**Efecto estimado (SE)**	p	**Efecto estimado (SE)**	p
Riesgo de suicidio	SSS	-0,006 (0,005)	0,206	-0,010 (0,012)	0,397
	OEE	0,008 (0,004)	0,068	**0,032 (0,012)**	**0,010**
	REL	0,001 (0,003)	0,854	0,002 (0,003)	0,553
	PSF	-0,002 (0,002)	0,412	**0,037 (0,015)**	**0,013**
	AVO	-0,001 (0,002)	0,779	0,004 (0,004)	0,323
	NAF	0,031 (0,013)	0,022	0,005 (0,031)	0,873
	PRE	-0,001 (0,004)	0,055	-0,027 (0,016)	0,092
Riesgo de suicidio	TOL	-0,014 (0,007)	0,033	0,033 (0,023)	0,163
	APP	0,037 (0,016)	0,017	0,068 (0,053)	0,199
	ABS	0,029 (0,012)	0,012	0,013 (0,041)	0,752
	REG	-0,001 (0,003)	0,821	-0,046 (0,021)	0,025

Nota. SSS: búsqueda de apoyo social; OEE: expresión emocional abierta; REL: religión; PSF: enfoque en resolución de problemas; AVO: evitación; NAF: negativo auto-enfocado; PRE: revaloración positiva; DTS: Estrés de tolerancia a la distress; TOL: tolerancia; APP: tasación; ABS: absorción; REG: regulación emocional. Los *coeficientes β* de los efectos indirectos están estandarizados.

Figura 4

Modelo de mediación con DTS



Nota. *$p < 0,05$, **$p < 0,01$, *** $p < 0,001$; DTS: Escala de tolerancia a la distress; TOL: tolerancia a las emociones angustiosas; APP: valoración; REG: regulación emocional. Suicide Risk: Riesgo de suicidio. El género se introduce como covariable.

pero no para Regulación (p = 0,811). El efecto directo del AUDIT sobre el comportamiento suicida no fue significativo (p = 0,469); sin embargo, el efecto total fue significativo (β = 0,07; p = 0,031) (ver Figura 4).

Los efectos directos de los diferentes mediadores (dimensiones del DTS) sobre el comportamiento suicida fueron significativos para todos: Tolerancia (β = −0,18; IC 95% [−0,27 - −0,09], p < 0,001), Valoración (β = 0,26; IC 95% [0,20 - 0,31], p < 0,001), Absorción (β = 0,36; IC 95% [0,26 - 0,46], p < 0,001) y Regulación (β = −0,12; IC 95% [−0,22 - −0,02], p = 0,014) (ver Figura 4).

Finalmente, los efectos indirectos del modelo fueron significativos a través de los mediadores Tolerancia (β = −0,01; p = 0,033), Valoración (β = 0,04; p = 0,017) y Absorción (β = 0,03; p = 0,012), pero no a través de Regulación (p = 0,821) (Tabla 2). En el modelo inverso, donde el riesgo de suicidio se consideró como variable independiente, se observaron efectos significativos para Regulación (β = −0,046; p = 0,025), mientras que las otras variables no mostraron efectos significativos (todas p > 0,05).

Discusión

Este estudio examinó conjuntamente los procesos de regulación emocional (estrategias de afrontamiento y tolerancia al malestar) como mediadores entre el uso excesivo de alcohol y el comportamiento suicida. En el primer modelo, se evaluaron las estrategias de afrontamiento como mediadores en la relación entre el uso excesivo de alcohol y el comportamiento suicida. Los resultados indicaron que esta relación estuvo mediada significativamente únicamente a través de la estrategia de Autofocalización Negativa, mientras que las restantes estrategias de afrontamiento no mostraron efectos indirectos significativos. En particular, un mayor consumo de alcohol predijo una mayor dependencia de la Autofocalización Negativa, la cual, a su vez, se asoció con un incremento del comportamiento suicida. En el segundo modelo, se exploraron las dimensiones de la tolerancia al malestar como mediadores de la relación entre el uso excesivo de alcohol y el comportamiento suicida. Los resultados mostraron que esta asociación estuvo mediada positivamente por Valoración y Absorción, y negativamente por Tolerancia.

En relación con el modelo inverso, estos resultados indican que, aunque algunas asociaciones en la dirección inversa alcanzaron significación estadística, el patrón global de mediación fue menos consistente y teóricamente menos coherente. Por lo tanto, los resultados del modelo inverso no contradicen la direccionalidad propuesta en las hipótesis originales, sino que más bien refuerzan la robustez del modelo inicialmente hipotetizado.

Estudios previos han informado hallazgos mixtos respecto a la relación entre tolerancia al malestar y suicidabilidad. Por ejemplo, Anestis et al. (2011) encontraron discrepancias entre medidas autoinformadas y conductuales de tolerancia al malestar, mientras que Vujanovic et al. (2017) y Antuña-Camblor et al. (2024) observaron que una menor tolerancia al malestar y subcomponentes específicos (Valoración, Absorción y Tolerancia) están vinculados al comportamiento suicida. Estas inconsistencias subrayan la importancia de examinar tanto indicadores subjetivos como conductuales para clarificar cómo la tolerancia al malestar contribuye a la vulnerabilidad.

Considerando nuestros resultados, en los modelos estudiados, la relación entre el uso excesivo de alcohol y el riesgo de intentos de suicidio está mediada positivamente por Autofocalización Negativa, Valoración y Absorción, y negativamente por Tolerancia. Por lo tanto, estos hallazgos son acordes con la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), que propone que el comportamiento suicida surge de la interacción entre la carga percibida, la pertenencia frustrada y la capacidad suicida.

Nuestros hallazgos sugieren que las estrategias desadaptativas de regulación emocional interactúan con el consumo de alcohol para aumentar la vulnerabilidad al comportamiento suicida. Específicamente, el alcohol puede funcionar como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo que reduce temporalmente el afecto negativo pero, en última instancia, exacerba la rumiación autofocalizada y la absorción emocional. Este enfoque miope, amplificado por los efectos de estrechamiento cognitivo del alcohol (Waesche et al., 2016), puede intensificar la carga percibida y la desconexión social —componentes clave de la Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Los individuos que dependen de la Autofocalización Negativa y de distorsiones en la Valoración pueden experimentar una autocrítica intensificada y desesperanza, mientras que una baja tolerancia al malestar disminuye su capacidad percibida para soportar el dolor psicológico. La convergencia de estos factores puede crear una vía crítica a través de la cual el uso excesivo de alcohol y la deficiente regulación emocional incrementan la probabilidad de comportamiento suicida.

Desde una perspectiva preventiva y clínica, estos resultados destacan el valor de intervenir sobre la regulación emocional y la tolerancia al malestar dentro de los programas de tratamiento de adicciones. Los hallazgos mostraron que la Autofocalización Negativa, la Absorción y la Valoración catastrófica actuaron como mediadores positivos entre el uso excesivo de alcohol y el comportamiento suicida, mientras que la Tolerancia funcionó como un factor protector, mediando negativamente la relación. Este patrón sugiere que los individuos que utilizan el alcohol como medio para regular el malestar pueden quedar atrapados en la rumiación autofocalizada y la absorción emocional, amplificando la desesperanza y la vulnerabilidad suicida. Por el contrario, una mayor tolerancia al malestar parece amor-

tiguar el impacto emocional negativo del uso problemático de alcohol.

Intervenciones como la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (Linehan, 1993) podrían fortalecer el afrontamiento adaptativo, mejorar la tolerancia al malestar y reducir el atractivo del alcohol como herramienta de regulación emocional (Neacsiu et al., 2014). Estos hallazgos son consistentes con las propuestas de Fonseca y Al-Halabí (2024), quienes enfatizan que la coocurrencia de comportamientos adictivos y suicidas refleja mecanismos subyacentes compartidos —desregulación emocional, impulsividad y procesos de afrontamiento deteriorados— más que trastornos independientes. En consecuencia, los enfoques integrados que aborden simultáneamente el consumo de sustancias y la suicidabilidad son esenciales para la prevención y el tratamiento.

Además, como señalan Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), las psicoterapias efectivas para el comportamiento suicida comparten componentes comunes tales como una evaluación integral, una sólida alianza terapéutica, el trabajo sobre la regulación emocional y la inclusión del contexto social del individuo. La incorporación de estos principios en intervenciones relacionadas con las adicciones podría mejorar la eficacia terapéutica y garantizar la continuidad asistencial.

En línea con la perspectiva editorial de Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2024), los programas preventivos también deberían adoptar un marco humanizador e informado socialmente, abordando no solo los factores de riesgo individuales sino también los determinantes sociales como el aislamiento, el estigma y la desigualdad, que pueden exacerbar tanto el uso problemático de alcohol como la suicidabilidad. Los programas de prevención podrían, por tanto, centrarse en fortalecer la conexión social y la conciencia emocional, contrarrestando los efectos de la pertenencia frustrada y la carga autopercibida. Asimismo, intervenciones breves motivacionales y cognitivo-conductuales en contextos de consumo de sustancias podrían incluir módulos dirigidos a abordar la rumiación desadaptativa y la autoevaluación negativa, con el objetivo de reducir la cascada emocional que vincula el uso excesivo de alcohol con el comportamiento suicida.

Al integrar estos enfoques basados en la evidencia, los esfuerzos de prevención y tratamiento pueden mitigar de manera más efectiva tanto el uso problemático de sustancias como el comportamiento suicida, fomentando la resiliencia mediante la mejora de la regulación emocional y un modelo de atención más compasivo y centrado en la persona.

Limitaciones

A pesar de la novedad de este estudio y de los valiosos hallazgos obtenidos, es esencial reconocer sus limitaciones. En primer lugar, la utilización de un diseño transversal restringe la capacidad para establecer relaciones causales y determinar la secuenciación temporal entre el uso excesivo de alcohol, la regulación emocional y el comportamiento suicida. En segundo lugar, el uso de medidas de autoinforme, como cuestionarios, introduce la posibilidad de sesgo de respuesta y efectos de deseabilidad social, que pueden afectar la precisión de los datos. En tercer lugar, la distribución de género de la muestra estuvo sesgada, con una mayor proporción de mujeres que de hombres, lo que requirió control estadístico de esta variable. En cuarto lugar, la muestra del estudio puede no representar plenamente la diversidad de la población española, lo que potencialmente limita la generalización de los hallazgos. Por último, aunque no se encontró solapamiento significativo entre la escala de comportamiento suicida y el uso excesivo de alcohol, y las escalas demostraron alta especificidad, sigue siendo posible cierta varianza compartida. Estudios futuros deberían explorar los componentes específicos y diferenciales que contribuyen a la decisión de intentar suicidarse.

Líneas futuras y conclusión

La investigación futura debería emplear diseños longitudinales y multimétodo —incluyendo tareas conductuales, entrevistas clínicas e informes de informantes— para clarificar mejor las relaciones causales y mitigar los sesgos inherentes al autoinforme. La ampliación a muestras más diversas y equilibradas en términos de género, incluyendo poblaciones clínicas, mejorará la generalización y permitirá examinar posibles diferencias entre subgrupos.

En conjunto, los presentes hallazgos contribuyen a la comprensión de los mecanismos que vinculan el uso excesivo de alcohol, la regulación emocional y el comportamiento suicida. Los datos sugieren que las estrategias desadaptativas de regulación emocional —particularmente la Autofocalización Negativa, la Valoración catastrófica y la baja Tolerancia— amplifican el impacto del consumo de alcohol sobre la vulnerabilidad suicida. Por el contrario, el fortalecimiento del afrontamiento adaptativo y de la tolerancia al malestar puede amortiguar este efecto.

Estos resultados subrayan que las intervenciones diseñadas para mejorar las habilidades de regulación emocional deberían integrarse en los programas de prevención y tratamiento para individuos con problemas de consumo de sustancias. Al mejorar la tolerancia al malestar y promover el afrontamiento adaptativo, dichos programas podrían reducir tanto el uso problemático de alcohol como el comportamiento suicida, apoyando en última instancia una práctica clínica más efectiva y compasiva dentro del ámbito de las adicciones.

Financiación

Este trabajo fue financiado por la Beca José Castillejo (CAS2023/00397) concedida por MCIN/

AEI/10.13039/501100011033. La entidad financiadora proporcionó únicamente apoyo financiero y no tuvo ningún papel en el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis ni la redacción de este manuscrito.

Contribuciones de los autores

CAC: Conceptualización, investigación, redacción – borrador original, visualización, metodología, análisis formal, redacción – revisión y edición.
GEC: Metodología, análisis formal, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.
RMN: Conceptualización, obtención de financiación, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Agradecimientos

Ninguno

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Al-Halabí, S. & Fonseca-Pedrero, E. (2023). Are there Common Components in Effective Psychotherapies for Suicidal Behavior? Implications for Professional Practice. *Revista de Psicoterapia, 34*(124), 83–99. https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37050

Al-Halabí, S. & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Editorial for Special Issue on Understanding and Prevention of Suicidal Behavior: Humanizing Care and Integrating Social Determinants. *Psicothema, 36*(4), 309–318. https://doi.org/10.7334/psicothema2024.341

Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T. & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research, 45*(5), 603–611. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013

Antuña-Camblor, C., Esteller-Collado, G., Muñoz-Navarro, R., Rabito-Alcón, M. F. & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional Disorders, Distress Tolerance and Suicide Risk: A Mediation Model. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* https://doi.org/10.1177/00302228241299287

Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, Á., Rodríguez-Revuelta, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A. & Bobes, J. (2021). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones, 33*(1), 53. https://doi.org/10.20882/adicciones.1239

Fletcher, J. M. (2019). Estimating causal effects of alcohol access and use on a broad set of risky behaviors: Regression discontinuity evidence. *Contemporary Economic Policy, 37*(3), 427–448. https://doi.org/10.1111/coep.12405

Fonseca-Pedrero, E. & Al-Halabí, S. (2024). Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas. *Adicciones, 36*(2), 121–128. https://doi.org/10.20882/adicciones.2074

Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Cardoso, G., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Kovess-Masfety, V., Lasebikan, V., Lee, S.,… Kessler, R. C. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors, 102*, 106128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128

Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P.,… Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet, 392*(10152), 1015–1035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2

Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J. & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders, 175*, 147–151. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062

Hawton, K., Knipe, D. & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health, 9*(10), e796–e801. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00157-9

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Harvard University Press.

Kranzler, H. R. & Soyka, M. (2018). Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder. *JAMA, 320*(8), 815. https://doi.org/10.1001/jama.2018.11406

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*(9339), 1083–1088. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder.* Guilford Press.

Melli, G., Chiorri, C., Lebruto, A., Drabik, M. J., Puccetti, C. & Caccico, L. (2021). Psychometric Properties of the Italian Version of the Distress Tolerance Scale (DTS).

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43(3), 698–706. https://doi.org/10.1007/s10862-021-09876-1

Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T. & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005

O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B: *Biological Sciences, 373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Pérula de Torres, L. A., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E. & Ruiz-Moral, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria, 36*(9), 499–506. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70552-7

Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D. & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction, 112*(6), 968–1001. https://doi.org/10.1111/add.13757

Romero, D. H., Riggs, S. A., Raiche, E., McGuffin, J. & Captari, L. E. (2020). Attachment, coping, and psychological symptoms among military veterans and active duty personnel. *Anxiety, Stress, & Coping, 33*(3), 326–341. https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1723008

Rottenberg, J., Gross, J. J. & Gotlib, I. H. (2005). Emotion Context Insensitivity in Major Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 627–639. https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.627

Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) : Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*(1). https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941

Sandín, B., Simons, J. S., Valiente, R., Simons, R. M. & Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. Psicothema, 29(3), 421–428.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R. & 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. *Addiction, 88*(6), 791–804. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Spanish Ministry of Health. (2025). *Encuesta sobre el alcohol y otras drogas en España en 2024 (EDADES).* https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600. https://doi.org/10.1037/a0018697

Vujanovic, A. A., Berenz, E. C. & Bakhshaie, J. (2017). Multimodal Examination of Distress Tolerance and Suicidality in Acute-Care Psychiatric Inpatients. *Journal of Experimental Psychopathology, 8*(4), 376–389. https://doi.org/10.5127/jep.059416

Waesche, M. C., Clark, C. B. & Cropsey, K. L. (2016). The Connection Between Thwarted Belongingness, Alcohol Consumption, Suicidal, and Homicidal Ideation in a Criminal Justice Sample. *Journal of Addiction Medicine, 10*(6), 437–442. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000257

Wilcox, H. C., Conner, K. R. & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence, 76*, S11–S19. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003

World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018.*

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643