

EDITORIAL

## Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas

### *On suicidal behaviour and addictive behaviours*

EDUARDO FONSECA-PEDRERO\*, SUSANA AL-HALABÍ\*\*.

\* Universidad de La Rioja.

\*\* Universidad de Oviedo.

La conducta suicida es un fenómeno poliédrico cuya delimitación, evaluación, prevención, intervención y posvención requiere un enfoque comprensivo focalizado en el sufrimiento de la persona y en su contexto biográfico (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). La conducta suicida incluye fenómenos complejos como la ideación, planificación, comunicación, intento y muerte por suicidio. Engloba, por lo tanto, el conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con el hecho de quitarse intencionadamente la vida (Fonseca Pedrero et al., 2022; Jobes et al., 2024; Turecki et al., 2019).

El impacto personal, familiar, escolar, laboral, social y sanitario asociado tanto a las conductas suicidas como adictivas es evidente. El número de muertes por suicidio en España en el año 2022 fue de 4227, un 5,6% más que el año previo. En la última década han muerto por suicidio más de 36000 personas en nuestro país (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) estima que por cada muerte por

suicidio se producen una media de 20 intentos, por lo que en España tendríamos casi 85.000 intentos de suicidio al año. Esta situación implica un drama difícil de describir y de elaborar por parte de los familiares y allegados que, en ocasiones, pueden verse enfrentados a un proceso de duelo complejo (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). De acuerdo con Coppersmith et al. (2023), aproximadamente un 9% de la población ha referido pensamientos de suicidio en algún momento de su vida. El 4,9% de los adolescentes españoles indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida (Fonseca-Pedrero et al., 2023). Los datos están ahí, hablan por sí solos. No obstante, el coste social presente y futuro de la inacción es (o será) aún mayor (McDaid et al., 2021).

En cuanto a las adicciones, el coste humano y social también es muy alto, a lo que se añade el gasto para el sistema público de atención (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral. Además, el uso indebido de sustancias puede tener un impacto en la vida de las personas del entorno,

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

#### ■ Enviar correspondencia a:

Eduardo Fonseca Pedrero. Universidad de La Rioja. C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES; C.P: 26002, Logroño, La Rioja, España. Tel: +34 941 299 031. Fax: +34 941 299 333. E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

especialmente la familia. Se ha observado una fuerte asociación entre la violencia doméstica y el abuso de sustancias, particularmente en el consumo de riesgo de alcohol. No obstante, el impacto depende de una serie de factores, incluyendo el tipo y frecuencia de la sustancia utilizada y el entorno social (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

### **Volviendo a las cosas mismas: de las etiquetas diagnósticas a la comprensión de la persona-en-el-mundo**

La conducta suicida se caracteriza por la presencia de un gran sufrimiento vital y de un dolor psicológico vivido como intolerable, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza en el que una persona, en una circunstancia determinada, decide quitarse la vida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Chiles et al., 2019).

La conducta suicida se concibe, a la luz de esta nueva perspectiva, como un drama existencial, una forma de responder y afrontar las diversas vicisitudes de la vida (García-Haro et al., 2023). Las diferentes manifestaciones de la conducta suicida no constituirían signos o síntomas patognómicos de una supuesta (y mal denominada) “enfermedad mental” o de una “avería intrapsíquica” que habría que “curar”. Tales fenómenos son radicalmente (de raíz) psicológicos, pues únicamente se pueden comprender su verdadero significado considerando a la persona que los vivencia subjetivamente en función de su contexto biográfico (Pérez-Álvarez, 2018). Nótese que no se niega aquí ninguna realidad, ni biológica ni social, simplemente se resitúa el foco en el arco narrativo y relacional en las personas.

Por más que se promulgue lo contrario, y antes de comenzar una nueva búsqueda ilusoria e infructuosa del “cerebro suicida” o “adicto”, cabe recordar que difícilmente se podrá obviar de la ecuación la inherente naturaleza fenomenológica y contextual de las experiencias humanas. El foco no sería tanto la mera descripción de los síntomas psicopatológicos desprovistos de contexto y función, cual recetario de síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, como la comprensión de la experiencia vivida por la persona. No contemplar la narrativa fragmentada y existencial del sufrimiento conlleva implicaciones de calado. Por ejemplo, puede dar lugar a intervenciones que (aunque técnicamente parezcan adecuadas) no sólo no alivien el sufrimiento, sino que se convierta en una fuente de sufrimiento en sí misma con posibles efectos colaterales.

### **A contracorriente: la quimera de la predicción del riesgo y la causa en supuestos trastornos mentales subyacentes**

El campo de conocimiento e investigación de la conducta suicida se encuentra de mudanza. Asistimos a una reforma que trata de evitar la perpetuación de mitos y prácticas ancladas en un modelo tradicional que decreta: a) la mejor manera de prevenir o reducir el suicidio es mediante la predicción del riesgo; y b) la mayoría de las personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún trastorno mental [véase, por ejemplo, trastorno por uso de sustancias (TUS)], ergo la solución es tratar el trastorno subyacente.

En primer lugar, la conducta suicida es plural-diversa, dinámica-fluctuante-interactiva, extraordinariamente variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales (Kleiman et al., 2017), aspecto que mantiene en común con las conductas adictivas (Dowling et al., 2023; Ross et al., 2017). Estudios previos han encontrado que el 95% de las personas clasificadas como “de alto riesgo” no se suicidaron y que la mitad de las muertes por suicidio se produjo en personas calificadas de “bajo riesgo” (Large et al., 2017). Publicaciones de prestigio inciden en esta idea de que la predicción del riesgo de suicidio no tiene validez ni utilidad, por lo que seguir confiando en ella como estrategia de prevención supone una ecuación quimérica que desemboca en una frustración insalvable tanto para los profesionales como para las personas que buscan ayuda (Hawton et al., 2022).

En segundo lugar, aunque la presencia de un trastorno mental y la conducta suicida pueden correlacionar, el diagnóstico nunca es la causa (García-Haro et al., 2020), ni explica por qué una persona piensa o intenta suicidarse, ni tampoco considera los contextos o situaciones dilemáticas en donde se contempla la muerte como solución. Reducir el acto suicida a mero síntoma involuntario de otra etiqueta diagnóstica (TUS, por ejemplo) o a un correlato del consumo de drogas, supone distorsionar su sentido más esencial, que es la intencionalidad-de-querer-quitarse-la-vida (García-Haro et al., 2020) en conjunción con una dimensión ética intrincada en los valores de la persona. Es la hora de pasar de la cultura centrada en el “síntoma” a una basada en la “comprensión funcional de las razones”. Recuerde que nadie intenta acabar con su vida sin una razón.

### **La evaluación: de la tercera a la primera persona**

La entrevista es una técnica indispensable e insustituible que concibe no sólo la evaluación psicológica como parte esencial del abordaje terapéutico, sino la comprensión, la validación y la devolución empática como parte de una relación colaborativa y terapéutica. En el campo de la conducta suicida, se entiende la entrevista como parte activa

del proceso terapéutico o toma de decisiones (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). En este sentido, el profesional, además de aspectos topográficos-diagnósticos, debe contemplar la perspectiva experiencial centrada en la persona. Esto es, ir más allá de los datos supuestamente «objetivos» o descriptivos en un intento de llegar a comprender la experiencia o perspectiva subjetiva de la persona, su modo de estar en el mundo y su narrativa personal.

Más allá de la relevancia, representatividad y adecuación de los ítems (Kreitchmann et al., 2024), los test y escalas de lápiz y papel (por ejemplo, Al-Halabí et al., 2016) se deben combinar necesariamente con el juicio, las habilidades terapéuticas y el equilibrio entre el deseo de ayuda y el respeto a la autonomía, así como con los valores y características de la persona que demanda ayuda. Los profesionales sanitarios deben abordar las circunstancias, fortalezas y características individuales, pues la capacidad predictiva de los test es deficiente y brinda una falsa sensación de seguridad. La evaluación debe ocuparse de las necesidades de la persona y de cómo brindarle apoyo a corto y largo plazo. Esta recopilación de la narrativa clínica permitirá prestar atención a la persona y orientar hacia el mejor tratamiento personalizado en vez de que la evaluación sea un fin en sí misma (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2022). Como señalan Mughal et al. (2023), pasar de una cultura “centrada en el riesgo” a una “centrada en la seguridad” es un desafío para todos, particularmente para los servicios públicos. Por lo tanto, se trataría no sólo de saber evaluar, sino de devolver a la persona en crisis una comprensión empática de su problema de modo que pueda regular sus emociones y ponderar posibles soluciones alternativas (Al-Halabí et al., 2023). Sólo a través del proceso de evaluación que valide el dolor emocional y establezca una alianza terapéutica (Fartacek et al., 2023; Huggett et al., 2022), el profesional puede intervenir sobre los aspectos que pueden mitigar el dolor o que son modificables mediante el tratamiento psicológico adecuado, que incluiría el uso de sustancias (Hawton et al., 2022). La separación entre evaluación e intervención con personas con conducta suicida y consumo de sustancias no sólo es imposible sino contraproducente.

### **La prevención de la conducta suicida: en busca del apoyo empírico y los determinantes sociales**

La evidencia empírica disponible pone de relieve que el suicidio es prevenible. Se disponen de estrategias de intervención y recursos eficaces para su prevención (Mann et al., 2021; Pirkis et al., 2023; Zalsman et al., 2016). Más si cabe, y a tenor de la literatura científica, las muertes por suicidio se pueden prevenir con intervenciones oportunas, basadas en evidencia y, a menudo, de bajo coste (Platt et al., 2019; Wasserman, 2021).

Es esencial implementar estrategias universales, selectivas e indicadas eficaces, efectivas y eficientes que reduzcan o mitiguen la carga global, así como la discapacidad asociada y la morbilidad y que, en último término, ayuden a mejorar la calidad de vida de la sociedad presente y futura. A este respecto, la OMS ha desarrollado el enfoque LIVE LIFE (Organización Panamericana de la Salud, 2021) para la prevención del suicidio donde se recomiendan las siguientes estrategias basadas en la evidencia: a) limitar el acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego, ciertos fármacos); b) interactuar con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio; c) fomentar las habilidades socioemocionales y las competencias para la vida en los adolescentes; y d) identificar, evaluar, manejar y hacer un seguimiento de las personas que manifiesten conductas suicidas y entren en contacto con los sistemas de la Administración pública, ya sea el sanitario o el social.

La prevención debe incluir un enfoque tanto clínico como educativo y comunitario. Cada profesional, institución, asociación, gobierno, etc., tiene un papel crucial que desempeñar. En tanto que multisectorial y multinivel, la prevención de las conductas suicidas no se apoya sólo, ni principalmente, en los servicios de salud mental. Sirvan como ejemplo las personas en situación de sinhogarismo que, como se ha descrito en la literatura, suelen presentar altas tasas de TUS y de conducta suicida (Calvo et al., 2023). En España solo se ha llevado a cabo un estudio longitudinal con esta población (Calvo et al., 2024). De acuerdo con los autores del estudio, estas personas fallecieron por suicidio 700 veces más que la población general española (INE, 2023). El porcentaje que intentó suicidarse en alguna ocasión fue 84 veces mayor que la población de publicaciones internacionales (Turecki et al., 2019). Otro ejemplo comunitario y social lo encontramos en los hallazgos que respaldan la prevención del suicidio en centros educativos (Walsh et al., 2022). Así, las intervenciones activas, en comparación con los controles, se asociaron con una reducción de la probabilidad del 13% para la ideación (Odds Ratio (OR) = 0,87, IC del 95% [0,78, 0,96]) y del 34% para los intentos de suicidio (OR = 0,66, IC del 95% [0,47, 0,91]). No es ésta una cuestión menor, pues muchos programas de prevención de la conducta suicida trabajan componentes comunes a los programas de prevención del consumo de sustancias, como la resolución de conflictos o las habilidades sociales (González-Roz et al., 2023). Igualmente, tanto las conductas autolesivas como las adictivas pueden compartir aspectos de autorregulación ante la vivencia de conflicto, particularmente en los adolescentes (Eslava et al., 2023). Además, los programas de prevención pueden conllevar “efectos cruzados”, impactando diferencialmente en ambos tipos de conducta (Ayer et al., 2022).

Rescatar un modelo centrado en la salutogénesis, entendida como la capacidad de beneficiarse de las influencias posi-

tivas del entorno, tampoco sería mala idea. Centrarse en las fortalezas y las oportunidades sirve para recordar a la sociedad que las familias y las comunidades son sus principales activos, algo que, a menudo, ha sido descuidado u olvidado. Al conceptualizar las estrategias de prevención a escala comunitaria, los factores de protección incluyen determinantes sociales de la salud comunes a las conductas suicidas y las adictivas, como el cuidado mutuo, el desarrollo infantil temprano, la seguridad laboral, la vivienda, el acceso a la educación, los espacios de ocio y las políticas de justicia social e inclusión. Recuérdese que, parafraseando a Benjamin Franklin, “una onza de prevención vale más que una libra de cura”.

### **De los tratamientos psicológicos: la buena psicoterapia salva vidas**

La revisión de la literatura científica permite afirmar que las intervenciones psicológicas son eficaces y efectivas para reducir tanto los trastornos por uso de sustancias y otras conductas adictivas, como la ideación y los intentos de suicidio (Bahji et al., 2024; NICE, 2022). Los tratamientos psicológicos para la conducta suicida son transdiagnósticos y específicos, esto es, se indican para las personas que manifiesten conductas suicidas independientemente de si han recibido un diagnóstico de TUS, cualquier otro o ninguno, pues tales conductas pueden tener lugar en presencia o en ausencia de otra etiqueta diagnóstica, constituyendo el núcleo del problema la vivencia de aspectos como el atrapamiento, el sentido de pertenencia, la sensación de carga o las razones para vivir, entre otros. Estas variables son recogidas por los modelos psicológicos de la conducta suicida, también conocidos como *Ideation-to-Action Theories of Suicide* (Klonsky et al., 2018).

Para la población adulta la Terapia Cognitiva Conductual para la Prevención de Suicidio es la intervención que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores (Witt et al., 2021). La literatura científica también es consistente mostrando que la Terapia Dialéctico Conductual puede reducir la ideación suicida, los intentos de suicidio y las autolesiones en las personas que han recibido un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Al-Halabí et al., 2024) que, habitualmente, conviven con problemas de consumo de sustancias o diagnósticos concomitantes de TUS (Leichsenring et al., 2024). La intervención breve con mayor apoyo empírico para dar respuesta a las crisis suicidas es el plan de seguridad de Stanley y Brown (2012), que debería incluirse en todo proceso terapéutico (NICE, 2022). También es de gran interés enmarcar los tratamientos psicológicos eficaces en un contexto general de intervención que cuente con respaldo científico. Así, el modelo AIM-SP (por sus siglas en inglés: *Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention*) es un procedimiento de intervención comprensivo con apoyo empírico que puede aplicarse a la práctica clínica cotidiana (Brodsky et al., 2018).

### **Conducta suicida y uso de sustancias**

La presencia del diagnóstico de TUS tiene una asociación consistente con las diferentes manifestaciones de conducta suicida (OMS, 2014; Rizk et al., 2021). Así, la revisión sistemática realizada por Espinet et al. (2019) encontró que la adicción al alcohol y otras drogas se ha establecido como un importante factor de riesgo. Los estudios con cohortes clínicas indican que la posibilidad de morir por suicidio a lo largo de la vida es de 5 a 10 veces mayor en personas diagnosticadas de TUS que en la población general. La posibilidad de muerte por suicidio entre quienes están diagnosticados con trastornos por consumo de alcohol es 10 veces mayor que el que se esperaría en la población general, es 14 veces mayor en el caso del trastorno por consumo de opiáceos y 17 veces mayor en el consumo mixto de drogas. Además, la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre personas con diagnóstico de TUS oscila entre el 24% y el 78%.

Igualmente, el metaanálisis de Poorolajaj et al. (2016), que incluyó 43 estudios con 870967 participantes, encontró una asociación significativa entre el diagnóstico de TUS y la ideación suicida (OR = 2,04, 16 estudios), el intento de suicidio (OR = 2,49, 24 estudios) y la muerte por suicidio (OR = 1,49, 7 estudios). La revisión de Leza et al. (2024) sitúa la prevalencia de ideación suicida en personas en tratamiento por TUS entre el 20 % y el 62,2 %, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio osciló entre el 15,8 % y el 52,1 %. Por lo tanto, la conducta suicida en el contexto del abordaje psicológico del TUS representa una preocupación clínica importante que justifica una investigación cuidadosa de los factores implicados (Espinete et al., 2019). Además, desde modelos epidemiológicos, el consumo de sustancias, en sus diferentes formas, se ha descrito como un factor de riesgo de conductas suicidas tanto en población infanto-juvenil como adulta (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

Por otro lado, recientemente, Jenkins et al. (2023) han puesto el foco sobre las experiencias de deshumanización que sufren las personas con dificultades o problemas de salud mental, proponiendo una nueva asociación de este fenómeno con la muerte por suicidio. A este respecto, destacan a las personas con diagnóstico de psicosis y de TUS como ejemplos particularmente vulnerables a la deshumanización. Así, los autores incluyen como fuentes de metadeshumanización (la percepción de que uno mismo es “menos” humano que el resto de las personas) las interacciones con la sociedad, los profesionales, las instituciones y los medios de comunicación, que impactarían en una auto deshumanización y estigmatización de estas personas con dificultades (Crapanzano et al., 2018). Por lo tanto, apuntan los autores, es necesario considerar protocolos específicos para la rehumanización de los servicios y los cuidados por parte de los profesionales y de la sociedad en su conjunto, más allá de las prestaciones meramente sanitarias

(Jenkins et al., 2023). Esto es particularmente relevante en el caso de las conductas adictivas pues, aunque con diferencias entre comunidades autónomas (Fernández-Miranda et al., 2024), históricamente los diversos servicios de adicciones y de salud mental han estado separados, agrupando diferentes conceptualizaciones acerca de los tratamientos y la recuperación, o realizando intervenciones en paralelo que pueden distar de las cadenas de cuidados basadas en las buenas prácticas clínicas (NICE, 2022).

## El camino por recorrer

El suicidio es un problema social de salud pública. Existe un considerable cuerpo de conocimiento acerca de la asociación entre el TUS y las diversas manifestaciones de la conducta suicida (Shirayly et al., 2024), aunque queda mucho espacio para la mejora. Por ejemplo, ya hace más de una década que Conner et al. (2007) señalaban que no estaba resuelto si la conducta suicida y la sobredosis involuntaria eran conductas relacionadas con un perfil similar o representaban conductas distintas con factores de riesgo diferentes. Resolver esta cuestión conllevaría importantes implicaciones para la prevención. Si, por ejemplo, compartieran un perfil común, esto podría sugerir el valor de medidas de prevención comunes mientras que, si fueran conductas cualitativamente distintas o con diferentes correlatos, entonces las estrategias de prevención deberían ser más específicas. En la actualidad, es una cuestión que sigue sin tener resultados claros (Mitchell et al., 2021). Quizás porque no se trata tanto de dar una respuesta, sino de formularse las preguntas adecuadas que, probablemente, pasen por la comprensión funcional de ambas conductas, entendiendo al servicio de qué o qué función cumplen en cada persona como una forma de regulación afectiva (Coppersmith et al., 2023).

Por el momento, la mayoría de las evidencias obtenidas no se fundamentan en estudios de cohortes prospectivos a largo plazo, por lo que se requiere más investigación. Además, se necesitan nuevos estudios que permitan evaluar y comparar la asociación entre el suicidio y los diferentes tipos de sustancias, la relación dosis-respuesta y la forma y los contextos en que se consumen (Strickland y Acuff, 2023). Más allá de las recomendaciones señaladas más arriba, la evaluación de la conducta suicida en personas diagnosticadas con TUS es, por el momento, escasa y heterogénea. Algunos autores, recomienda un cribado sistemático de conductas de suicidio en las personas que solicitan tratamiento por problemas de conductas adictivas (Leza et al., 2024).

Tanto en la conducta suicida como en las adicciones se reclama dejar atrás el modelo biomédico de salud, cerebro-centrista, paternalista y basado en síntomas, para dar paso a mirada radicalmente psicológica, focalizado en la persona (ser-en-el-mundo) y sus capacidades, basado en los

procesos de cambio y en un enfoque colaborativo donde se ofrezca la posibilidad de hablar detalladamente de las experiencias y dar sentido a la biografía, elaborando una visión compartida y comprensiva de los problemas psicológicos o las razones por las que la persona ha decidido buscar ayuda para abordarlos con los tratamientos psicológicos con apoyo empírico que han sido descritos en la literatura (Fonseca Pedrero, 2021a, 2021b).

La conducta suicida y las conductas adictivas se pueden prevenir, pero faltan estrategias sólidas y multisectoriales para la prevención. Se reclama para nuestro país un Plan Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que contemple, en línea con lo señalado por la OMS (2014), políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol o el seguimiento y apoyo comunitario a las personas con problemas por uso de sustancias. Y todo ello, como fenómeno social con calado estructural, requiere una respuesta holística, colectiva, comunitaria y gubernamental que no se agote en medidas individualistas, simplistas o cortoplacistas y que, dese luego, deben ir más allá del sistema sanitario.

El nivel de comprensión del comportamiento humano y el acceso a las intervenciones preventivas y los tratamientos psicológicos han mejorado, al igual que se ha reducido el estigma y tabú asociado. No obstante, si lo miramos desde otro prisma, la respuesta a esta realidad es bien distinta, pues aún relucen por su ausencia los avances en liderazgo, gobernanza y financiación en materia de servicios sociales y salud mental.

Es nuclear que a medida que las intervenciones de prevención basadas en la evidencia evolucionan y se consolidan, se garantice que las intervenciones eficaces se implementen de forma eficiente en la práctica y se traduzcan en programas y cuidados de calidad que beneficien a las personas con sufrimiento psíquico.

Se hace necesario implementar actuaciones accesibles, inclusivas, públicas, oportunas, multisectoriales y basadas en la evidencia empírica. La meta es generar esperanza y recursos sociales y sanitarios. El objetivo es construir un andamiaje colectivo en el que las personas vulnerables, como las personas con conductas adictivas y suicidas, puedan pedir ayuda cuando la necesiten.

## Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia y del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Proyecto PID2021-127301OB-I00, financiado por MCIN /AEI /10.13039/501100011033 / FEDER, UE).

## Referencias

- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behaviour prevention: The time to act is now. *Clinica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (Eds.) (2023). *Manual de Psicología de la Conducta Suicida*. Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J. y González-González, M. (2023). La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 317-352). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Rodríguez Otero, J. E. y Fonseca Pedrero, E. (2024). Tratamiento de la conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad. En J. A. Díaz Garrido, S. Al-Halabí, J. A. Cangas y F. Rodríguez Otero (Eds.), *Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad. I. Fundamentos, características y persona* (pp. 149-184). Pirámide
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Ayer, L., Stevens, C., Reider, E., Sims, B., Colpe, L. y Pearson, J. (2023). Preventing Youth Suicide: Potential “Crossover Effects” of Existing School-Based Programs. *Prevention Science*, 24(2), 382-392. <https://doi.org/10.1007/S11121-022-01473-2>
- Bahji, A., Crockford, D., Brasch, J., Schutz, C., Buckley, L., Danilewitz, M., Dubreucq, S., Mak, M. y George, T. P. (2024). Training in Substance use Disorders, Part 1: Overview of Clinical Practice Recommendations. *Canadian journal of psychiatry*, 69(6), 428-456. <https://doi.org/10.1177/07067437241231128>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Calvo, F., Alfranca, R., Carbonell, X., Molina, E. y Font-Mayolas, S. (2023). The health of individuals experiencing homelessness: A 15-year retrospective cohort study. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 32(2), 189-199.
- Calvo, F., Carbonell, X., Johnsen, S., Panadero, S., Vázquez, J. J., Calvet, A., McInnes, K. y Font-Mayolas, S. (2024). Mortality and suicide among persons experiencing homelessness: A seven-year follow-up study. Advance online publication. *Psicothema*.
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D. y Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2ª ed.). American Psychiatric Association.
- Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M. y Joiner, T. E., Jr (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive behaviors*, 32(7), 1395-1404. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.012>
- Coppersmith, D. D. L., Millgram, Y., Kleiman, E. M., Fortgang, R. G., Millner, A. J., Frumkin, M. R., Bentley, K. H. y Nock, M. K. (2023). Suicidal thinking as affect regulation. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(4), 385-395. <https://doi.org/10.1037/abn0000828>
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N. y Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: A review. *Substance abuse and rehabilitation*, 10, 1-12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>
- Dowling, N. A., Rodda, S. N. y Merkouris, S. S. (2023). Applying the Just-In-Time Adaptive Intervention Framework to the Development of Gambling Interventions. *Journal of gambling studies*. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10250-x>
- Eslava, D., Martínez-Vispo, C., Villanueva-Blasco, V. J., Errasti, J. M. y Al-Halabí, S. (2023). Family Conflict and Suicidal Behaviour in Adolescence: The Mediating Role of the Assertive Interpersonal Schema. *Sustainability*, 15(6), 5149. <https://doi.org/10.3390/su15065149>
- Espinete, S., Corrin, T., Baliunas, D., Quilty, L., Zawertailo, L., Rizvi, S. J., deRuiter, W., Bonato, S., De Luca, V., Kennedy, S. y Selby, P. (2019). Predisposing and protective factors influencing suicide ideation, attempt, and death in patients accessing substance use treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews*, 8(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1028-2>
- Fartacek, C., Kunrath, S., Aichhorn, W. y Plöderl, M. (2023). Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide. *Journal of affective disorders*, 323, 793-798. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.028>
- Fernández-Miranda, J. J., Fontoba-Díaz, J., Díaz-Fernández, S. y Pascual-Pastor, F. (2024). Co-occurrence of substance use disorders and other mental disorders in people undergoing specific treatment for any of them in Spain. *Adicciones*, 36(1), 31-40. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1692>
- Fonseca-Pedrero, E. (Ed.) (2021a). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y Adolescencia*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (Ed.) (2021b). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. y Calvo, P. (2023). Profesionales de la Psicología en Contextos Educativos: Una Necesidad Ineludible. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 112-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A. y Al-Halabí, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: Creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psi-*

- cólogo*, 43(3), 173-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Maalouf, W., Fernández-Hermida, J. R. y Al-Halabí, S. (2023). Protocol for a Trial Assessing the Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Addictive Behaviors. *Psicothema*, 35(1), 41-49. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.251>
- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41, 35-42. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- García-Haro, J., González-González, M., Fonseca-Pedrero, E. y Al-Halabí, S. (2023). Conceptualización de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 31-68). Pirámide.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. y Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet. Psychiatry*, 9(11), 922-928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J. y Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(4), 1203-1235. <https://doi.org/10.1002/cpp.2726>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2023). Defunciones según la causa de muerte. INE. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2022\\_d.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf)
- Jenkins, T.A., Robison, M. y Joiner, T. E. (2023). Dehumanization and mental health: Clinical implications and future directions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 50, 101257. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>
- Jobs, D. A., Mandel, A. A., Kleiman, E. M., Bryan, C. J., Johnson, S. L. y Joiner, T. E. (2024). Facets of Suicidal Ideation. *Archives of suicide research*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2299259>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C. y Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 726-738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y. y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Kreitchmann, R. S., Nájera, P., Sanz, S. y Sorrel, M. A. (2024). Enhancing content validity assessment with Item Response Theory modeling. *Psicothema*, 36(2), 145-153. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.208>
- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J. y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: Evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych bulletin*, 41(3), 160-163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., y Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Leza, L., Haro, B., López-Goñi, J. J. y Fernández-Montalvo, J. (2024). Substance use disorder and lifetime suicidal behaviour: A scoping review. *Psychiatry research*, 334, 115830. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115830>
- Mann, J. J., Michel, C. A. y Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2020.20060864>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Mitchell, S. M., Brown, S. L., Görgülü, T., Conner, K. R. y Swogger, M. T. (2021). Substance use, current criminal justice involvement, and lifetime suicidal thoughts and behaviors history: The moderating role of thwarted belonging. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(2), 237-246. <https://doi.org/10.1111/sltb.12699>
- McDaid, D., Kennelly, B., Ahren, S. y McElroy, B. (2021). An economic perspective on suicide across the five continents. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 409-419). Oxford University Press.
- Mughal, F., Burton, F. M., Fletcher, H., Lascelles, K., O'Connor, R. C., Rae, S., Thomson, A. B. y Kapur, N. (2023). New guidance for self-harm: An opportunity not to be missed. *The British journal of psychiatry*, 223(5), 501-503. <https://doi.org/10.1192/bjpp.2023.113>
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. World Health Organization. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: Un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 161-173

- Pirkis, J., Gunnell, D., Hawton, K., Hetrick, S., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Yip, P. S. F. y Robinson, J. (2023). A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 44(2), 85-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902>
- Platt, S., Arensman, E. y Rezaeian, M. (2019). National suicide prevention strategies - Progress and Challenges. *Crisis*, 40(2), 75-82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587>
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. y Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of public health*, 38(3), e282-e291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
- Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S. y Stanley, B. (2021). Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Current addiction reports*, 8(2), 194-207. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>
- Roos, C. R. y Witkiewitz, K. (2017). A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clinical psychology review*, 57, 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.008>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Stanley, B. y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Strickland, J. C. y Acuff, S. F. (2023). Role of social context in addiction etiology and recovery. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 229, 173603. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2023.173603>
- Walsh, E. H., McMahon, J. y Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(8), 836-845. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13598>
- Wasserman, D. (Ed.) (2021). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E. y Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
- Yuodelis-Flores, C. y Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz,
- P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)