



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021/2022

Convocatoria de Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Programa de prevención de recaídas en pacientes con conducta suicida y trastorno por consumo de sustancias

Autora: Ariadna Arques Sansano

Tutor: José Luís Carballo Crespo

Elche a 3 de junio de 2022

ÍNDICE

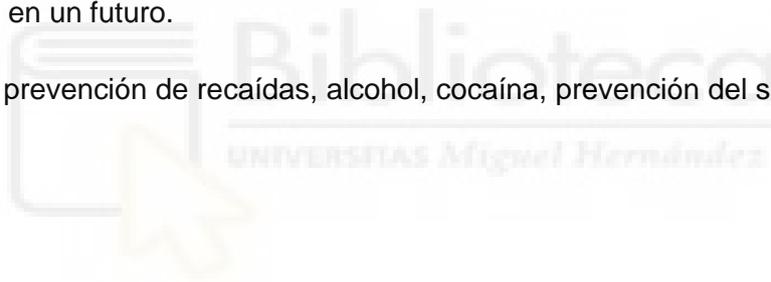
| | |
|--|----|
| 1. Resumen..... | 1 |
| 2. Introducción..... | 2 |
| 3. Método..... | 5 |
| 3.1. Población diana..... | 5 |
| 3.2. Variables e instrumentos de evaluación..... | 5 |
| 3.3. Procedimiento..... | 8 |
| 3.4. Propuesta de intervención..... | 10 |
| 4. Discusión y conclusiones..... | 18 |
| 5. Referencias bibliográficas..... | 19 |



1. Resumen

La literatura científica sostiene que el trastorno por consumo de sustancias, especialmente el consumo de alcohol y cocaína, actúa no solo como un factor de riesgo para el suicidio sino también como un factor precipitante del mismo. Otros estudios apuntan que las ideas suicidas podría incitar al consumo de sustancias. Pese a la elevada correlación existente, ningún programa de tratamiento plantea el abordaje de forma conjunta en un mismo plan de tratamiento. La propuesta de intervención que en este trabajo se expone está diseñada para implementarse en las Unidades de Conductas Adictivas de Alicante de forma complementaria al tratamiento por consumo de sustancias vigente de los pacientes. Con una duración de 7 semanas, se trabajará a lo largo de las sesiones formas de detección de señales, estrategias de afrontamiento para la prevención de recaídas, psicoeducación sobre el proceso de deshabitación y sobre el suicidio. Se espera conseguir aumentar la autoeficacia y autoconcepto de los participantes para el logro del mantenimiento de la abstinencia y de esta forma, reducir significativamente la probabilidad de episodios de conducta suicida en un futuro.

Palabras clave: prevención de recaídas, alcohol, cocaína, prevención del suicidio



2. Introducción

La conducta adictiva presenta fluctuaciones a lo largo del tiempo al igual que cualquier otra conducta, así pues, forma parte de los hábitos y estilos de vida de la persona (Mavrou, 2012) además de estar dirigidas por las mismas leyes que controlan el comportamiento (reforzamiento, contingencias...) (Secades-Villa et al., 2007; Secades-Villa et al., 2021; Vallejo, 2018). Esta cuestión hace que se considere la adicción como una conducta recidivante (Fernández-Rodríguez et al., 2016; Grau-López, 2014; Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2020). Pese al progreso que ha habido en cuanto a la intervención con personas drogodependientes, la tasa de recaídas y la falta de adhesión a los tratamientos durante el período de deshabituación sigue siendo muy elevado (Calvo et al., 2018; Castellana, 2016; Valles, 2016).

Hay autores que señalan que la recaída no supone un retroceso, sino al contrario, forma parte del proceso de recuperación de la adicción y requiere de la puesta en marcha de una serie de procesos para superarla (Marlatt, 1993; Prochaska y DiClemente, 1982).

Dentro de los factores de riesgo que pueden desencadenar una recaída en pacientes drogodependientes, Marlatt (1993) estableció una serie de determinantes que podían ser precipitantes de una recaída (interpersonales e intrapersonales) como la experimentación de estados emocionales displacenteros, conflictos interpersonales, estados físicos negativos, realce de estados emocionales positivos, presión social directa o indirecta en relación con el consumo de sustancias entre otros (Becoña et al., 2008). Autores posteriores diferenciaron entre factores de tratamiento e individuales entre los que se encuentran antecedentes criminales o problemas con la justicia, policonsumo, comorbilidad psiquiátrica, recaídas previas, gravedad y mayor duración del consumo así como características personales de inestabilidad emocional e impulsividad (Becoña et al., 2008; Consejo General de Psicología de España, 2018; Grau-López, 2014; Grau-López et al., 2012; Llanos et al., 2019).

Por un lado, ha sido evidenciada la relación entre el consumo de sustancias (tanto legales como ilegales) y la comorbilidad psiquiátrica (Fernández-Quintana et al., 2018; Peacock et al., 2018) donde el suicidio cobra un papel protagonista en la población adicta contando con un elevado riesgo de suicidio (Pérez-Gálvez, 2014; Vázquez, et al., 2018), multiplicándose por 17 el riesgo de su consumación en esta población frente a la población no clínica (Pérez-Gálvez, 2014). Es más, según el Informe 2021 sobre alcohol tabaco y drogas ilegales en España (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones [OEDA], 2021) de las muertes asociadas al consumo en 2019, se sospechaba que el 23,2% se debía a muerte por suicidio. Un estudio forense llevado a cabo por Aiartzaguena y Morentin (2022) obtuvieron datos similares.

Por otro lado, existen autores (Espandian et al., 2021; Fernández-Quintana et al., 2018; Jiménez et al., 2014; Rodríguez-Cintas et al., 2018; Valdevila-Figueira et al., 2021; Wilcox et al., 2004) que destacan el consumo de sustancias como un factor de riesgo de suicidio en pacientes con conducta suicida.

Esta bidireccionalidad entre la conducta suicida y el consumo de sustancias viene planteada en el estudio de Zhang y Wu (2014), los cuales detectaron en su muestra que la aparición de ideación suicida provocaba un aumento de consumo de sustancias que podía acabar provocando una sobredosis (letal o no letal). Conner y colaboradores (2008) en su teoría plantean que la probabilidad de aparición de un comportamiento suicida en una persona con trastorno por consumo de sustancias se presenta debido a un factor estresante y a una diátesis. Estos autores entienden que la dependencia de sustancias es un factor predisponente mientras que la intoxicación aguda o recaída es un factor precipitante de conducta suicida (Lamis y Malone, 2013; Yourdelis-Flores y Ries, 2015). Por lo tanto, de la misma forma que la aparición de ideación suicida puede inducir al consumo de sustancias, los graves efectos cognitivos y comportamentales del consumo pueden hacer aparezca ideación suicida o incluso la consumación del suicidio (Jung, 2019; Jiménez et al., 2014).

La vuelta al consumo tras un periodo abstinentes a nivel anímico se caracteriza por una disminución de la autoeficacia y autocontrol, liderado por sentimientos de culpa, un gran conflicto interno y una autoatribución de fracaso (Becoña et al., 2008). Esta situación la acuñó Marlatt (1993) como Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) en pacientes adictos que consumían tras un período de abstinencia. Los efectos cognitivos mencionados anteriormente y los comportamentales como el aumento de la probabilidad de realizar conductas de riesgo (Jordá, 2018) producidos tanto por el consumo de la sustancia en si misma como por los efectos de la violación de la abstinencia, pueden hacer que aumente considerablemente el riesgo de suicidio (Pérez-Jiménez, et al., 2014) en la población indicada.

Tal es el impacto del suicidio en la comunidad drogodependiente que supone una de las principales causas de muerte en personas con una adicción a sustancias (Pérez-Gálvez, 2014) junto con la muerte por sobredosis (Fernández-Quintana et al., 2018).

De entre todas las drogas (legales e ilegales), el consumo de alcohol se encuentra relacionado con mayor intensidad al riesgo suicida (Jiménez et al., 2014; Pavarin et al., 2021; Yuordelis-Flores y Ries, 2015; Zhang y Wu, 2014). De hecho, los trastornos por consumo de alcohol se asocian con una frecuencia más elevada a las conductas suicidas y suicidios consumados de lo que se espera en la población general no clínica, estando presente estas conductas en un 66% de dicha población. Si habláramos de la población

juvenil, la cifra sería considerablemente mayor (Louzán y López, 2021). También existe evidencia de que la dependencia a la cocaína puede suponer un factor de riesgo ante el suicidio debido a que es común que las personas que beben mucho también consuman cocaína (Bailey et al., 2021).

Teniendo en cuenta las implicaciones de ambas problemáticas coexistiendo, es necesario abordarlas en su conjunto (NIDA, 2019) pero si el abordaje terapéutico del suicidio resulta complejo debido a la presencia de muchos factores (cognitivos, psicológicos, sociales, fisiológicos....) interactuando entre sí (Espandian et al., 2021; Al-Halabí y García, 2021; Jiménez et al., 2014; Klonsky et al., 2016), trabajarlo en personas que presenten un trastorno por consumo de sustancias supone una dificultad añadida cuya prevención ha sido poco efectiva en la población general no clínica, debido a las elevadas tasas existentes en la actualidad (Navarrete et al., 2019) y casi nula trabajada en la población indicada (Espandian et al., 2021).

Aún así, se han planteado algunas estrategias para abordar la prevención del suicidio que han sido efectivas. Para ello, se deben basar en la evaluación y tratamiento del riesgo de suicidio mediante el uso de intervenciones dedicadas al desarrollo de habilidades sociales y el uso de grupos de apoyo entre otras estrategias (Al-Halabí y Fonseca, 2021). Además, en el estudio de Fernández-Artamendi y colaboradores (2019), las estrategias basadas en proporcionar información y el manejo de casos de forma combinada resultaron ser más eficaces para la prevención de un primer intento suicida y en la reducción de la ideación frente a otras técnicas empleadas en el estudio.

Los tratamientos que cuentan con mayor respaldo empírico para el tratamiento de las adicciones así como para el suicidio, se encuentran dentro del marco cognitivo-conductual (Al-Halabí y García, 2021; Ávila et al., 2012; Becoña et al., 2008; Consejo General de la Psicología de España, 2022; Espada et al., 2012; Secades-Villa et al., 2021; Turecki et al., 2019). El tratamiento cognitivo-conductual cuenta con un nivel de evidencia 1++ y un grado de recomendación A para el tratamiento de los trastornos debido al consumo de sustancias como el alcohol, estimulantes u opiáceos, así como para el tratamiento de la conducta suicida (Fonseca et al., 2021) reflejando una reducción considerable de los intentos de suicidio, ideación y sentimientos de desesperanza (D'Anci et al., 2019). La terapia basada en la prevención de recaídas, modalidad de tratamiento cognitivo-conductual, ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento favoreciendo la adquisición de habilidades de afrontamiento, aumentando la autoeficacia de la persona con adicción, fomentando así la recuperación terapéutica (Ávila et al., 2012; Becoña et al., 2008; Castellana, 2016; Martínez-González, et al., 2009). Además, por el tipo de intervención, la terapia basada en la

prevención de recaídas permite combinar estrategias de prevención de recaídas con aquellas para la prevención del suicidio ya que presentan principios comunes.

Debido a la relación establecida entre la probabilidad de recaídas y el riesgo de suicidio en esta población así como la ausencia de tratamientos que aborden ambas problemáticas, resulta necesario trabajarlas en un plan de tratamiento único por lo que en el presente trabajo plantea una propuesta de intervención basada en un programa de prevención de recaídas en pacientes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias cuyo historial clínico refleje antecedentes de conducta suicida.

3. Método

3.1. Población diana

La propuesta de intervención que en este trabajo se presenta está planteada para desarrollarse en las Unidades de Conductas Adictivas de los Centros de Salud/Hospitales de la provincia de Alicante (España) dentro de los programas de tratamiento, específicamente en aquellos programas dirigidos a pacientes con trastorno por consumo de alcohol y/o cocaína debido a la elevada relación hallada entre el consumo de estas sustancias y la conducta suicida. Por lo tanto, la intervención está diseñada para que se lleve a cabo de forma complementaria al tratamiento farmacológico y/o psicológico por trastorno por consumo como un componente adicional al mismo.

Para la participación en el programa, resulta imprescindible ser mayor de edad y encontrarse en la fase de deshabituación con un período de abstinencia de mínimo 1 mes.

Además, la población con la que se trabajaría ha debido tener algún episodio de conducta suicida en algún momento de su vida (esta terminología englobaría cualquier pensamiento suicida, tentativa o suicidio consumado fallido).

3.2. Variables e instrumentos de evaluación

Las variables que será necesario evaluar para conocer el estado de los usuarios del programa serán las siguientes:

- *Variables sociodemográficas*, se obtendrá información sobre la edad, el sexo, estado civil, estudios finalizados, situación laboral. Para ello, se elaborará un cuestionario ad-hoc de 5 preguntas donde se preguntarán las variables en cuestión.
- *Gravedad de la adicción*, se busca conocer la gravedad del consumo de la sustancia así como la interferencia del mismo en las diferentes áreas de la vida de los usuarios

con la finalidad de poder elaborar una intervención ajustada al contexto bio-psico-social del paciente (Bobes et al., 2007). Para su evaluación, se utilizará el *Índice Europeo de Gravedad de la Adicción* (EuropASI; McLellan, 1992), versión europea de la quinta versión del instrumento original *Adicction Severity Index* (ASI) creado por McLellan (1980). El *EuropASI* es una entrevista estructurada estandarizada que proporciona información sobre aspectos del paciente que han podido contribuir al abuso de sustancias y evalúa la necesidad de tratamiento en función de la gravedad del consumo. Evalúa 6 áreas en total, que son: salud física, situación laboral y financiera, consumo de alcohol y otras drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales y salud mental. Cada área evaluada consta de la misma estructura y está compuesta por ítems objetivos, una escala de autovaloración del paciente que utiliza una escala tipo Likert del 0 a 4, donde "0" significa nada/ninguna y "4" extrema, una escala de evaluación por parte del entrevistador donde evalúa la gravedad del problema del 0 al 9, donde una puntuación de 0-1 significa que no hay problema y no requiere de tratamiento, ayuda o diagnóstico y una puntuación de 8-9 indica que hay un problema extremo donde el tratamiento, ayuda o diagnóstico es muy necesario y por último una puntuación de validez de la información obtenida formada por dos ítems dicotómicos de "SÍ" o "NO". En cuanto a la validez del EuropASI, presenta una alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach superior a 0,70 (Bobes et al., 2007).

- *Recaídas*, definida por Marlatt (1993) como la vuelta al consumo habitual tras un período de abstinencia, generando una alteración en la vida del paciente. La existencia de recaídas previas o intentos fallidos de abandono de sustancias es una variable que el EuropASI (McLellan, 1992) mide en sus escalas.
- *Psicopatología*, se evaluará la sintomatología del paciente con el objetivo de conocer la posible existencia de características psicopatológicas comorbidas, ya que es muy común la presencia de las mismas junto con el trastorno por consumo (NIDA, 2019). Para ello se utilizará el *Symptom Checklist-9-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1975) en su versión española (González de Rivera et al., 1989). Es un cuestionario estructurado autoaplicado que consta de 90 ítems cuya contestación se presenta en forma de escala tipo Likert de 5 puntos donde "0" significa ausencia del síntoma y "4" significa presencia total del síntoma. Su corrección da lugar a 9 escalas sintomáticas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y 3 índices de malestar psicológico (Índice global de severidad (GSI), Índice de malestar

sintomático positivo (PSDI), Total de Síntomas positivos (PST). Presenta una fiabilidad adecuada con un Alfa de Cronbach que varía en el intervalo de 0,69 a 0,88 según escalas. El Índice Global de Severidad (GSI) cuenta con un Alfa de Cronbach de 0,97 (Caparrós-Caparrós et al., 2007).

- *Conducta suicida*, se evaluará el riesgo de suicidio, mediante la evaluación la gravedad de los pensamientos suicidas, la planificación así como los intentos de suicidio previos ya que suponen un continuo en la conducta suicida (Yourdelis-Flores y Ries, 2015). Para ello se empleará la *Escala de Riesgo Suicida de Plutchik* (SRS; Plutchik y Van Praag, 1989) en su versión adaptada al español (Rubio et al., 1998). Es un cuestionario autoaplicado diseñado para discriminar entre sujetos no clínicos de aquellos con intencionalidad o antecedentes de conducta suicida. Este cuestionario consta de 15 ítems con una escala de respuestas dicotómicas de “SÍ” o “NO”. Cada respuesta afirmativa se valora con un punto y las respuestas negativas con 0 puntos. A mayor número de puntos obtenidos en el sumatorio final, mayor riesgo suicida. El punto de corte se encuentra en un 6 (Rubio et al., 1998). Presenta una alta consistencia interna al contar con un Alfa de Cronbach de 0,81 (Tomás-Sábado y Monforte-Royo, 2010). De forma complementaria, se empleará la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS; Posner et al., 2011) en su versión traducida y validada en español (Sp-C-SSRS, Al-Halabí et al., 2016). El Sp-C-SSRS es una entrevista semiestructurada que evalúa la aparición, gravedad y frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio. Mide un total de 4 constructos que son: Ideación Suicida, Intensidad de la Ideación Suicida, Conducta Suicida y Letalidad de la Conducta que se responden mediante una escala dicotómica de “SÍ” o “NO” y luego se describe la conducta. Cuenta con una adecuada sensibilidad al cambio y una consistencia interna de 0,53, considerada como aceptable en la escala de Intensidad de la ideación (Al-Halabí et al., 2016), dato inferior al Alfa de Cronbach encontrada por Posner et al., (2011) que variaba entre 0,73 y 0,93 en sus escalas. Aún así, se considera un instrumento fiable y válido para utilizarlo en la práctica clínica (Al-Halabí et al., 2016; Al-Halabí y García, 2021; Fonseca y Pérez, 2020; Interian et al., 2018).
- *Autoeficacia*, se evaluará la autoeficacia definida por Bandura (1993) como la creencia en las propias capacidades para llevar a cabo las conductas necesarias para conseguir unos resultados deseados (como puede ser el mantenimiento de la abstinencia), así como las *Situaciones de riesgo*, que son aquellas situaciones consideradas de alto riesgo en cuanto al consumo de la sustancia, es decir,

situaciones que menoscaben la sensación de control ante el consumo de la sustancia deseada en los pacientes (Castilla, 2016). Para la evaluación de ambas variables, se utilizará el *Brief Situational Confidence Questionnaire* (BSCQ; Breslin et al., 2000) versión abreviada del *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ; Annis, 1986) ya que el BSCQ ha resultado ser una herramienta válida y fiable para evaluar la autoeficacia para la abstinencia en personas con trastornos (O'Hare et al., 2014). Consiste en un cuestionario basado en el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) compuesto por 8 ítems que recogen situaciones que son más representativas como precipitantes de una recaída, cuya contestación se realiza mediante una escala de puntuación donde "0" significa que la persona no se sentiría confiada para no tomar la droga en esa situación mientras que una puntuación de "100" significa que la persona se sentiría completamente confiada para no tomar la droga en dicha situación. Este instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, con un Alfa de Cronbach de 0,85 (Breslin et al., 2000).

- *Habilidades de afrontamiento*, se evaluará aquellas respuestas, actitudes y estrategias de los sujetos dependientes a la hora de enfrentar una posible recaída o situación de riesgo (García y Alonso, 2002) así pues, Marlatt (1993) plantea que la falta de habilidades de afrontamiento puede suponer un determinante en el proceso de recaída. Para ello se empleará el *Coping Behaviours Inventory* (CBI; Litman et al., 1983) en su adaptación al español por García y Alonso (2002). Es un cuestionario diseñado para evaluar el comportamiento y los pensamientos para evitar o controlar el consumo. Consta de 36 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos donde una puntuación de "0" significa que normalmente llevas a cabo esa conducta y una puntuación de "3" significa que nunca has realizado dicha conducta. Las estrategias de afrontamiento se clasifican en 4 tipos: Pensamiento Positivo, Pensamiento Negativo, Evitación y Apoyo social (Constant et al., 2018). Presenta una consistencia interna elevada, con un Alfa de Cronbach de de 0,93 (Torrents et al., 2011).

3.3. Procedimiento

Fase 1: Contacto inicial

El programa se llevará a cabo en las Unidades de Conductas Adictivas de la provincia de Alicante por lo que la autora de este trabajo se pondrá en contacto con los directores de las Unidades ofertando el programa de tratamiento. El programa va dirigido a todos aquellos pacientes que participen en programas de tratamiento por trastorno por consumo de alcohol

y/o cocaína en la Unidad, que se encuentren en la fase de deshabituación y lleven abstinentes como mínimo 1 mes. Una vez se obtengan los permisos necesarios para la puesta en práctica del programa, se seleccionará a los pacientes que estén interesados en participar en base a los criterios expuestos anteriormente. Seguidamente, se contactará con ellos y se les solicitará el consentimiento informado. Además, se les proporcionará un folleto que recoge de forma resumida la estructura del programa y un teléfono de contacto para resolver dudas. Cuando se obtenga el consentimiento de todos los participantes, se pondrá en marcha el programa.

Fase 2: Evaluación inicial

La sesión de evaluación inicial (sesión 0) irá dirigida a la recogida de datos sobre los asistentes. En primer lugar, se recogerán algunos datos sociodemográficos. Posteriormente, se explicará la estructura del programa y todo lo relacionado con el mismo. Y, en último lugar, se llevará a cabo el pase de cuestionarios para evaluar las variables pertinentes que se trabajarán a lo largo del programa. Esta sesión tendrá una duración menor que el resto de sesiones debido a su carácter expresamente informativo y evaluativo.

Fase 3: Intervención

El programa está planteado de tal forma que puede integrarse como un componente más dentro de los programas de tratamiento ofertados, por lo tanto, se irá implementando a lo largo de un año en las UCAs de la provincia de Alicante aunque este tenga una duración de 7 semanas.

Durante las sesiones se utilizará una metodología principalmente interactiva con la cual se busca favorecer el aprendizaje cooperativo, favorecer los procesos de identificación social y la puesta en práctica de habilidades sociales y de regulación emocional. Al final de cada sesión, se les propondrá tareas para hacer en casa para practicar lo trabajado en la sesión y ayudar a consolidar lo aprendido en esta. Desde el inicio del programa, los usuarios del mismo dispondrán de un teléfono de contacto y un correo electrónico mediante los cuales podrán consultar dudas y comentar cualquier aspecto relativo al programa.

Fase 4: Evaluación final y seguimiento

La sesión final se dedicará a la evaluación de las variables trabajadas y a la revisión de los autorregistros y planes de acción planteados durante el desarrollo del programa.

Con motivo de evaluar la eficacia del programa, se hará un seguimiento pasados los 6 y 12 meses desde la finalización del programa a aquellos que hayan acudido a todas las

sesiones. Dicho seguimiento se realizará mediante el teléfono de contacto proporcionado por los usuarios del programa al inicio del mismo.

3.4. Propuesta de intervención

La relación claramente establecida entre el suicidio y el consumo de sustancias (Bready et al., 2017; Pérez-Gálvez, 2014) y la falta de abordaje necesario de ambas problemáticas en un tratamiento único (Yordelis-Flores y Ries, 2015) proporciona una línea de investigación que se explora en este trabajo.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el programa que se presenta en este trabajo tendrá una duración de 7 semanas, en formato grupal, ya que se ha demostrado su eficacia (Gil y Rodríguez-Zafra, 2022) reduciendo la probabilidad de abandono del tratamiento, aspecto crucial en el tratamiento de las drogadicciones (Castillana, 2016), permitiendo la identificación con otras personas que presentan situaciones similares. Además, existe literatura que apoya que las terapias cognitivo-conductuales en formato grupal para el tratamiento de la conducta suicida pueden ser efectivas (Méndez-Bustos et al., 2019).

El programa tendrá una frecuencia de 1 sesión por semana con una duración de 1 hora y 30 minutos, desarrollándose a lo largo de 2 meses. El grupo estará compuesto entre 6 y 8 personas.

El apoyo social/familiar es considerado un factor protector ante el consumo así como ante el suicidio (Al-Halabí y García, 2021; Espandian et al., 2021; NIDA, 2020; Secades-Villa et al., 2021) por lo que se considerará implicar de forma activa a la familia o personas significativas en la propuesta de intervención. Para ello, si los usuarios del programa dan su consentimiento, la autora de este trabajo se pondrá en contacto con los familiares/personas significativas para que acudan a una sesión con sus relativos con la intención de sensibilizar a las familias sobre el proceso de deshabitación y las recaídas.

En las sesiones se utilizarán las estrategias basadas en el Modelo de Prevención de Recaídas (PR), propuesto por Marlatt y Gordon (1985), junto con estrategias para la prevención del suicidio (Espandian et al., 2021) empleándose de forma complementaria a lo largo del programa. De forma adicional, se usarán técnicas de relajación progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973), estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving (González, 2009), técnicas de comunicación asertiva, técnicas de activación conductual (Jacobson et al., 2001) con las aplicaciones clínicas propuestas por Barraca (2016) entre otras.

SESIONES

Sesión 0: Nos conocemos

Objetivos:

- Presentación del programa
- Recogida de datos sociodemográficos
- Evaluación inicial de los participantes

Descripción:

Al inicio de la sesión, se explicará en qué consiste el programa, cómo va a estar estructurado (número de sesiones, frecuencia, duración de las sesiones...) y se les entregará una hoja donde deberán rellenar algunos datos sociodemográficos. Además, se les pedirá el consentimiento para ponernos en contacto con sus familiares/personas significativas con la intención llevar a cabo una sesión conjunta, en la que se abordarán aspectos relacionados con las recaídas, detección de señales y psicoeducación sobre el proceso de deshabituación en adicciones.

Una vez expuesto en qué consiste el taller, con los datos sociodemográficos recogidos y las dudas planteadas resueltas, se les explicará que para poder conocer cuál es su estado y en qué punto se encuentran al inicio del programa, es necesario que rellenen una serie de cuestionarios. Por lo tanto, en el tiempo restante de sesión, se les administrará los cuestionarios siguientes: EuropASI, SCL-90-R, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, C-SSRS, BSCQ y el CBI.

Sesión 1. Desafíos de la actualidad

Objetivos:

- Sensibilizar a los usuarios del programa y familiares sobre las recaídas y el craving
- Aprender a detectar situaciones que propician el consumo
- Aprender a elaborar un plan de acción ante situaciones de riesgo
- Fomentar una buena comunicación familiar

Descripción:

Esta sesión está pensada para llevarse con los asistentes del programa y aquellos familiares o personas significativas que hayan accedido a venir a la sesión.

La sesión estará estructurada en 3 partes en las que se abordarán diferentes aspectos en cada una. La primera parte se iniciará con una breve exposición sobre la diferenciación entre caída y recaída en adicciones. Para ello, nos ayudaremos de la metáfora de la montaña: Se empezará explicando que existen 2 caminos en el en el proceso de abandono del consumo. Un camino directo, sin obstáculos pero también hay otro camino, que es igual de válido y con el mismo objetivo. Este camino consta de una serie de peldaños por los que tendremos que trepar hallando zonas más sinuosas (situaciones de riesgo) que pueden hacernos tropezar (caída) cayendo al peldaño anterior pero eso no implica volver al principio de la ruta (consumo habitual anterior). Además, se debe tener en cuenta el gran oleaje (preocupaciones, frustración; contexto), que está ahí siempre, y puede hacernos flaquear, pero eso no va a impedir que lleguemos a nuestro objetivo (mantenimiento de la abstinencia).

Una vez se ha realizado esta breve exposición, pasaremos a explicar en qué consiste el *craving* y cuál es su implicación en el consumo de sustancias y por qué es un componente tan importante en el tratamiento de las drogodependencias. Además, se proporcionarán una serie de estrategias para el manejo del *craving* (González, 2009) como las técnicas de distracción (leer un libro, iniciar una conversación con un amigo...) o técnicas de imaginación (visualizarte a ti mismo evitando el consumo o asociar en la imaginación el *craving* con una imagen negativa).

A continuación, se explicarán los determinantes de una recaída más comunes según la literatura científica y se ayudará a los usuarios del programa a que aprendan a identificar cuáles pueden ser las situaciones/emociones que pueden provocar una recaída (experimentación de emociones displacenteras, estados físicos negativos...). La participación de los familiares en la sesión les permitiría conocer en qué situaciones su relativo es probable que pueda caer en el consumo permitiéndoles tener conocimiento sobre estas y así poder prevenirlas o aceptarlas si suceden. Una vez se establezcan cuáles son las situaciones de alto riesgo (ir a un estanco, pasar por delante de un bar, reuniones familiares...), se deben describir lo más detalladamente posible en una hoja para poder elaborar un plan de actuación ante esas situaciones con algunas indicaciones expresas de actuación.

La última parte de la sesión irá enfocada trabajar la comunicación familiar. Para ello, cada participante se pondrá enfrente de la persona con la que ha venido acompañado y establecerán un diálogo de forma abierta y honesta sobre cómo se sienten acerca de esta

situación y cuáles son sus expectativas con respecto al futuro. Durante el transcurso de la conversación se hará hincapié en la omisión de reproches o críticas, intentando focalizar la conversación en el aquí y el presente (y no en el pasado), intercambiando comentarios del estilo de “es lo mismo de siempre” o “a ver cuánto dura” por “te apoyo en la decisión que tomes” o “estoy aquí para lo que necesites”.

Para finalizar, se les planteará que rellenen para el próximo día un autorregistro de craving

Tareas para casa:

- Rellenar el autorregistro de craving.

Sesión 2. Vamos a relajarnos

Objetivos:

- Aumentar la autoeficacia de los integrantes del programa
- Entrenar en técnicas en el manejo del estrés en los integrantes del programa.

Descripción:

Al inicio de la sesión, se revisará el autorregistro de craving para identificar las situaciones que ponen en riesgo la abstinencia de los participantes del programa. Una vez terminada la revisión del autorregistro, se comenzará con la sesión.

Para poder conocer el nivel de autoeficacia de los participantes, se les pedirá que por un lado escriban en una hoja un evento de sus vidas que haya supuesto un éxito para ellos y cómo lo consiguieron y, por otro lado, un evento que ellos percibieron como fracaso, cómo lo afrontaron y qué aprendieron con ello.

Teniendo en cuenta qué supone para ellos un logro o fracaso, se establecerá con ellos una serie de metas en orden jerárquico con dificultad ascendente que puedan resultarles atractivas y desafiantes pero realistas relacionándolas con el consumo de sustancias. Estas metas pueden ser a corto plazo “tirar todas las botellas de alcohol de casa”, a medio plazo “salir de fiesta con amigos y no consumir nada” o a largo plazo “mantenerse abstinentes durante 1 año entero”.

Para poder afrontar el estrés, frustración o ansiedad que pueden experimentar en momentos puntuales, se les entrenará en técnicas de relajación empleando la técnica de relajación progresiva de Bernstein y Borckovec (1983). Para su entrenamiento, se les pedirá

que se sienten en una posición cómoda, pueden estar sentados o tumbados en el suelo. Una vez estén cómodos se les proporcionará una serie de instrucciones en las que deberán tensar y destensar los músculos y focalizar su atención en los momentos de tensión/relajación durante un tiempo determinado. Para ello, nos serviremos de instrucciones tales como: “cuando yo os de la señal, tensad los músculos de vuestras manos, cerrando y apretando el puño con fuerza”, “Notad las sensaciones de tensión asociadas a la rigidez y la dureza y focalizad vuestra atención en ello hasta que yo os avise”, “Ahora, poco a poco iréis relajando los músculos de vuestra mano”.

Para finalizar la sesión, se les pedirá que vuelvan a rellenar el autorregistro de craving para revisarlo en la sesión siguiente.

Tareas para casa:

- Autorregistro de craving
- Practicar las técnicas de relajación trabajadas en la sesión

Sesión 3. ¡NO, gracias!

Objetivos:

- Aprender estrategias de afrontamiento y resistencia presión grupo.
- Aprender estilos comunicacionales que favorezcan la resistencia a la presión de grupo.

Descripción:

Al inicio de la sesión, se revisará el autorregistro con las situaciones que hayan supuesto un riesgo para la vuelta al consumo para identificar los factores que ponen en riesgo la abstinencia de los participantes del programa y reforzar la puesta en marcha de las estrategias que hayan empleado, además, se repasarán las técnicas de relajación entrenadas en la sesión anterior de forma breve.

En la segunda parte de la sesión, se les explicará que existen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, dirigidas a las **emociones** o al **problema**. Según la valoración que se haga de la situación, se pondrán en marcha unas o las otras. En esta sesión nos basaremos en técnicas centradas en la resolución del problema.

Para entrenarles en estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se trabajará la técnica de resolución de problemas. Por parejas, deberán emplear la técnica de

resolución de problemas aplicándola a una historia de un caso de consumo de sustancias que se les proporcionará. Esta técnica cuenta con 5 pasos (orientación hacia el problema: “¿Qué está pasando?”, definición y formulación del problema: “Ha vuelto a consumir porque se ha quedado en paro”, generación de soluciones alternativas mediante brainstorming: “ir a un psicólogo” o “ir a una UCA”, toma de decisión: “ir a Desintoxicación” y puesta en práctica de las decisiones tomadas: “la mujer le acompañará a tratamiento por su adicción”). Una vez hayan resuelto la situación, deberán exponerlo al resto para que todos puedan beneficiarse de las soluciones planteadas por los compañeros.

La última parte de la sesión irá dirigida al entrenamiento en estilos de comunicación y aplicación de las técnicas asertivas (como la del disco rayado, banco de niebla, aplazamiento asertivo...), haciendo énfasis en aquellas dirigidas a la resistencia al consumo de sustancias para responder de forma empática. Se explicará en qué consiste cada técnica y nuevamente por parejas, deberán representar en un role-playing una situación típica de presión de grupo (estar de fiesta con tus amigos y estos te ofrecen consumir, comidas o cenas familiares con alcohol en la sobremesa, ir al bar...) y deberán aplicar la técnica que les haya parecido más útil.

Se finalizará la sesión explicando que es normal que no en todas las ocasiones seamos asertivos pero hay que pensar que la expresión de sentimientos, emociones, opiniones de forma asertiva y educada nos puede ayudar a ser más efectivos en aquello que queremos expresar y conseguir.

Tareas para casa:

- Identificar una situación problemática en su día a día y poner en marcha la técnica de resolución de problemas
- Continuar realizando las técnicas de relajación
- Practicar las técnicas de comunicación asertiva
- Rellenar autorregistro de craving

Sesión 4. ¿Cómo me siento?

Objetivos:

- Proporcionar estrategias de afrontamiento dirigidas al control de emociones displacenteras
- Trabajar el autoconcepto de los asistentes
- Enseñar a los integrantes de programa formas de control de pensamientos rumiantes

Descripción:

Al inicio de la sesión, se revisará el autorregistro de craving de los participantes del programa, además, se repasarán las técnicas de relajación y de comunicación asertiva entrenadas en las sesiones anteriores.

Seguidamente, se les propondrá hacer una campaña publicitaria donde deben intentar venderse como si fueran un producto al resto del equipo. Para ayudarles a elaborar la campaña publicitaria se les proporcionará unas preguntas (¿qué cosas se hacer bien? ¿qué piensan mis seres queridos de mí? ¿en qué cosas puedo mejorar?), que les puede servir de orientación. Luego se expone al resto el spot publicitario y se destacan las cualidades de todos los trabajos.

La segunda parte la sesión irá dirigida al aprendizaje de otras estrategias de afrontamiento, esta vez, dirigidas a las emociones, que buscan paliar la respuesta emocional desagradable experimentada durante una situación estresante. Se les pedirá que elaboren un listado con situaciones que suelen suscitar pensamientos desagradables sobre ellos mismos y de esta forma elaborarán un autorregistro para identificar en qué momentos se producen, qué tipo de pensamientos suelen aparecer, ante qué situaciones aparecen, cómo se sienten cuando se experimentan y qué interpretación le dan a ese pensamiento. Después, se practicarán técnicas cognitivas como la técnica de detención del pensamiento (interrumpir de forma inesperada la corriente de pensamientos mediante la verbalización de una orden: ¡Alto! o ¡Para!) o técnicas de imaginación (ya trabajadas en sesiones anteriores) para que las apliquen ante la aparición de los pensamientos.

Tareas para casa:

- Autorregistro de craving
- Puesta en práctica de estrategias de afrontamiento y control de los pensamientos
- Continuar practicando la técnicas de relajación y comunicación asertiva

Sesión 5. Hablemos del SUICIDIO

Objetivos:

- Sensibilizar sobre el suicidio y su relación con el consumo
- Enseñar a establecer planes de gestión del riesgo/intervención en crisis ante un episodio de conducta suicida
- Enseñar a elaborar rutinas para fomentar un equilibrio en el estilo de vida

Descripción:

Esta sesión irá dirigida a abordar de forma exclusiva el tema de la conducta suicida.

Primeramente se realizará una exposición sobre la importancia de hablar sobre el suicidio, cuáles son los factores comunes que pueden propiciar un intento de suicidio (historial previo de episodios de conducta suicida, planificación del mismo), haciendo hincapié en la relación existente con el consumo de sustancias (el mismo actúa como factor de riesgo también) y en la importancia de poner en marcha las estrategias de afrontamiento trabajadas a lo largo de las sesiones. Se animará a los participantes a compartir su historia con el suicidio al resto.

A continuación, se elaborará con los asistentes un plan de intervención en crisis, para gestionar el riesgo de tentativa de suicidio (López et al., 2016). Este plan debe contener personas a las que puede acudir (profesionales, familiares, amistades u otros contactos), lugares a los que acudir y su ubicación y un teléfono de contacto (centros de atención especializada: USM, urgencias...). Además, se incluirá en este una descripción de algunas situaciones que podrían desencadenar algún comportamiento suicida (“pensar que no sirvo porque he vuelto a consumir”) y alguna una estrategia para enfrentarlo (“llamar a mi amigo Carlos”).

Al final de la sesión, se dará una serie de consejos para ayudar a los asistentes a estructurar su tiempo y elaborar una rutina, cuestión que ayuda mucho a organizar la vida de las personas. Se les proporcionará una hoja con un horario vacío y deberán rellenarlo incluyendo las horas de las comidas y las horas de sueño, actividades gratificantes, recados, entre otros.

Tareas para casa:

- Poner en práctica el horario
- Continuar practicando las técnicas empleadas en las sesiones anteriores

Sesión 6. Partimos para reencontrarnos

Objetivos:

- Evaluación final de los asistentes
- Revisión de los planes de acción y gestión del riesgo de comportamiento suicida

Descripción:

Al inicio de la sesión, se revisará los planes de acción que se han ido planteando a lo largo de las sesiones, modificándose en el caso de que fuese necesario para su correcta aplicación. Se reforzará la participación de los pacientes durante el programa.

Una vez se haya hecho la revisión de los planes de acción y haber evaluado su utilidad en la vida real de forma oral, se volverán a administrar los cuestionarios que cumplimentaron en la sesión de evaluación inicial con el objetivo de evaluar el progreso de los participantes durante el programa.

4. Discusión y conclusiones

El presente trabajo tiene como objetivo el diseño de un programa de tratamiento dirigido a pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de alcohol y/o cocaína con conducta suicida que se encuentren en la fase de deshabitación tras un periodo de abstinencia.

La propuesta de intervención busca enseñar a los asistentes a identificar las señales de posible una posible recaída y dotar de estrategias de afrontamiento a los mismos, ya que se ha demostrado que el éxito para el mantenimiento de la abstinencia y el aumento de la autoficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales basados en la prevención de recaídas se basa en estos principios (Ávila et al., 2012; Becoña et al., 2008; Castellana, 2016; Martínez-González, et al., 2009). Por ello, las técnicas empleadas a lo largo del programa constan de evidencia científica suficiente como para demostrar su eficacia en el campo de las drogadicciones (Fonseca et al., 2021; Becoña et al., 2008; Castellana, 2016) y en el tratamiento y prevención de la conducta suicida (Espandian et al., 2021; Al-Halabí y García, 2021). Además, la incorporación de la familia en el proceso de deshabitación puede ayudar a incrementar la empatía y la confianza en el paciente, actuando de esta forma como un factor protector ante una recaída (Al-Halabí y García, 2021; Espandian et al., 2021; Secades-Villa et al., 2021).

Este trabajo pone de relieve un tema significativo entre la población drogodependiente, como es la existencia de un elevado riesgo de suicidio y el poco abordaje en dicha población indicada debido la dificultad para la aplicación de estrategias preventivas (Goldstone, Bantjes y Dannatt, 2018). Pese a que en muchas ocasiones el tratamiento para la adicción supone una mejoría en la sintomatología suicida, a día de hoy, se considera necesario trabajar en un mismo plan de tratamiento ambas problemáticas coexistentes (NIDA, 2019; Yourdelis-Flores y Ries, 2015).

Si bien es cierto que el programa de tratamiento cuenta con muchas ventajas, esta propuesta de intervención no está exenta de inconvenientes. Tal y como se ha comentado anteriormente, la falta adhesión a los tratamientos en adicciones es una realidad, por lo que es probable que los participantes no finalicen el tratamiento una vez creen que tengan suficientes estrategias para hacer frente cualquier situación. Otro inconveniente que puede hacer que se entorpezca la comunicación reside en la propia naturaleza de los temas abordados, ya que a día de hoy existe un taboo alrededor del tema del suicidio (Louzán y López, 2021) que dificulta la expresión de emociones y sentimientos de los asistentes reduciendo su participación.

De las limitaciones mencionadas anteriormente, se plantea para propuestas futuras que se incorpore programas de formación para los profesionales sanitarios sobre el suicidio y cómo trabajarlo en el ámbito preventivo y de tratamiento (Goldstone et al., 2018). De esta forma, se adoptaría a lo largo del tratamiento un estilo terapéutico eficaz, generando una buena alianza terapéutica con los pacientes para crear un ambiente de confianza e intimidad, proclive a la expresión de sentimientos y experiencias vitales.

Para resolver el problema de la adhesión, se podría implementar un sistema de incentivos basados un programa de reforzamiento continuo para posteriormente pasar a un programa de reforzamiento intermitente a medida que va progresando en el tratamiento.

5. Referencias bibliográficas

- Aiartzaguena, M. y Morentin, B. (2022). Risk factors for completed suicide in young people and middle-aged adults: Population forensic study. *Revista Española de Medicina Legal*, 48(2), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.132>
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Crevilla, 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). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Al-Halabí, S. y Fonseca, E. (2021). Suicidal behaviour prevention: Time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>

- Al-Halabí, S. y García, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca (Ed.) *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos*. (pp. 639-670). Pirámide.
- Annis, H. M. (1986). A Relapse Prevention Model for Treatment of Alcoholics. En H. M. Annis (Ed.). *Treating Addictive Behaviours* (pp.407-433). Pergamon Press.
- Ávila, J. J., Marcos, M., Pastor, I y Laso, E. J. (2012). Tratamiento de la dependencia del alcohol. *Medicine*, 11(23), 1412-1420. [https://doi.org/S0304-5412\(12\)70484-5](https://doi.org/S0304-5412(12)70484-5)
- Bailey, J., Kalk, N. J., Andrews, R., Yates, S., Nahar, L., Kelleher, M. y Paterson, S. (2021). Alcohol and cocaine use prior to suspected suicide: Insights from toxicology. *Drug and Alcohol Review*, 40(7), 1195-1201. <https://doi.org/10.1111/dar.13260>
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148. https://dx.doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(166), 15-33. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Sociodrogalcohol. <https://sociodrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Research Press.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E., Florez, G., García-Portilla, M. A. y Sáiz, P. A. (2007). Monografía Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Breslin, C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 38(12), 1211-1220. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00152-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00152-7)
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giral, C. y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>

- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Castillana, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0006>
- Conner, K., McCloskey, M. y Duberstein, P. (2008). Psychiatric risk factors for suicide in the Alcohol Dependent patient. *Psychiatric Annals*, 38(11), 742-748. <https://doi.org/10.3928/00485713-20081101-04>
- Consejo General de Psicología de España (27 de septiembre de 2018). *¿Cómo hablar del suicidio con los jóvenes? Recomendaciones de la APA*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7667.
- Consejo General de Psicología de España (30 de marzo de 2022). *La terapia cognitivo-conductual, eficaz en la lucha contra la adicción a la metanfetamina, según la DGPNSD*. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=20862.
- Constant H. M. R. M., Moret-Tatay, C., Benchaya, M. C., Oliveira, M. Ds., Barros, H. M. T. y Ferigolo, M. (2018). CBI-20: Psychometric Properties for the Coping Behaviors Inventory for Alcohol Abuse in Brazil. *Frontiers in Psychiatry*, 9(585), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00585>
- D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G. y Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334-342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- Derogatis, L. R. (1975). The SCL-90-R. *Clinical Psychometric Research*.
- Espada, S., Fernández-Rodríguez, F. y Laporte, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 449-460.
- Espandian, A., Flórez, G., Peleteiro, L. F., Tajés, M., Sáiz, P. A., Villa, R. y Bobes, J. (2021). Estrategias de intervención en la prevención de comportamiento suicida en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en tiempos de COVID-19. *Adicciones*, 33(3), 185-192. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1717>
- Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Burón, P., Rodríguez-Revuelta, J., Garrido, M., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., García-Portilla, P. y Bobes, J. (2019). Prevention of recurrent

suicidal behavior: Case management and psychoeducation. *Psicothema*, 31(2), 107-113.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2018.247>

Fernández-Quintana, A., Arias, M. y Pereiro-Gómez, C. (2018). Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas. *Revista de Toxicología*, 35(1), 37-44.

Fernández-Rodríguez, V., Fernández-Sobrino, A. M. y López, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.004>

Fonseca, E. y Pérez, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115.
<https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Fonseca E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez, A., Molina, B. L., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González, D., Díez-Gómez, A., García, J. M., García, L., Osma, J., Peris, O., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>

García, R. (1994). Evaluación en los dependientes del alcohol. En J. L. Graña (ed.) *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 99-131). Debate.

García, R. y Alonso, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455- 463. <https://doi.org/10.20882/adicciones.476>

Gil, G. y Rodríguez-Zafra, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>

Goldstone, D., Bantjes, J. y Dannat, L. (2018). Mental health care provider's suggestions for suicide prevention among people with substance use disorders in South Africa: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 13(47), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s13011-018-0185-y>

González, I. D. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del *craving*. *Revista de Toxicomanía*, 2(57), 12-17.

- González de Rivera, J. L., Derogatis L. R., De las Cuevas, C., García-Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Clinical Psychometric Research.
- Grau-López, L. (2014) Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. [Tesis doctoral, Universidad de Granada] <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283644/lgl1de1.pdf;sequence=2>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A. y Casas, M (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. <https://doi.org/10.20882/adicciones.103>
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A. y Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) to classify suicidal behaviours. *Archive of Suicide Research*, 22(2), 278-294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (23 de agosto de 2019). *Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2 de septiembre de 2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. El uso indebido de drogas y la adicción*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jiménez, K., Carballo, J. L, Cano, M. A. y Marín-Villa, M. (2014). Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Health and Addictions*, 14(2), 37-46. <https://doi.org/10.21134/haaj.v14i2.228>
- Jordá, A. (2018). Trastorno por uso de sustancias: tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una unidad de conductas adictivas. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <https://Aránzazu%20Jordá%20Jordá%20Tesis%20Doctoral.pdf>

- Jung, M. (2019). The relationship between alcohol abuse and suicide risk according to smoking status: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 244, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.077>
- Klonsky, E. D., May, A. M. y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 1-14. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Lamis, D. y Malone, P. (2013). Alcohol Use and Suicidal Behaviours among Adults: A Synthesis and Theoretical Model. *Suicidology Online*, 3, 4-23.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, B. M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *Addiction*, 78(3), 269-276. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02511.x>
- Llanos, A. B., Moya, L. y Sánchez, M. (2019). Factores de riesgo y prevención de recaídas en personas drogodependientes. En Lima-Serrano, M., Cordero, R. y Lima-Rodríguez, J. S. (Coords). *Uso y abuso de drogas y otros adictivos: jóvenes, vulnerabilidad y activos para la salud: I Jornadas Internacionales de Trabajo* (pp. 108-109). Egregius.
- López, J. A., Frades, B., Pena, J., Oltra, A. y Font, A. (2016). *Vivir es la vida. Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida* de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CA_S.pdf
- Louzán, M. F. y López, J. L. (2021). Tentativa de suicidio y consumo de alcohol. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 17, 5-13. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2021.17.5>
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 137-160). Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Guildford Press.
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R. y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>

Mavrou, I. (2012). *Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: análisis socioeducativo del programa de comunidad de Proyecto Hombre en Granada y del programa de Pyksida en Nicosia*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada].

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/23278/21007020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

McLellan A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(92\)90062-s](https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90062-s)

McLellan A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33. <https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006>

Méndez-Bustos, P. I., Calati, R., Rubio, F., Olie, E., Courtet, P. y López-Castromán, J. (2019). Effectiveness of psychotherapy on suicidal risk: a systematic review of observational studies. *Frontiers in Psychology*, 10(277), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00277>

Navarrete, E. M., Herrera, J. y León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100011>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>

O'Hare, T., Shen, C., Sherrer, M. (2014). Lifetime trauma and suicide attempts in people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 50(6), 673-680. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9658-7>

Pavarin, R. M., Sanchini, S., Tadonio, L., Domenicali, M., Caputo, F. y Pacetti, M. (2021). Suicide mortality risk in a cohort of individuals treated for alcohol, heroin or cocaine abuse: Results of a follow-up study. *Psychiatry Research*, 296, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113639>

Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, A., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, J. A., Grebely, J., Farrel, M. y

- Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Pérez-Gálvez, B. (2014). Suicidios: Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. En A. Anseán (Coord.). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, (pp.597-610). FEPS.
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M. y Mann, J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-278. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Álvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodríguez-Martos, L., Abad, A. C. y Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 262, 440-445. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Secades-Villa, R., González-Roz, A., Weidberg, S. y García-Fernández, G. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias. En E. Fonseca (Ed.). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 505-527). Pirámide.

- 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>
- Tomás-Sábado, J. y Monforte-Royo, C. (1 de marzo de 2010). *Propiedades métricas de la Escala Suicida de Plutchik en profesionales de enfermería*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010. Seminari Permanent de Recerca i Comunicació. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. San Cugat del Vallès, Barcelona.
- Torrents, O., Mora, A., Massana, L., Robert, A. y Tejero, A. (2011). Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día. *Trastornos Adictivos*, 13(4), 135-143. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(11\)70029-0](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(11)70029-0)
- Valdevila-Figueira, J. A., Ruíz-Bazola, O., Orellana-Román, C., Valdevila-Santiesteban, Fabelo-Roche, J. R. e Iglesias-Moré, S. (2021). Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Revista Información Científica*, 100(5), 1-15.
- Vallejo, E. N. (2018). ¿Drogadicción o Drogodependencia? *Revista Española de Drogodependencias*, 43(4), 5-15.
- Valles, J. M. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 67-82.
- Vázquez, M. A., La Rosa, M. Y. y Pablos, A. T. (2018). Sintomatología depresiva en adictos a drogas ilegales. *MultiMed*, 22(1), 153-166.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R. y 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, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>
- Youdelis-Flores, C. y Ries, R. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
- Zhang, X. y Wu, L. T. (2014). Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: a bidirectional relation? *Drug Alcohol Dependence*, 142, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.025>