

Ricardo Angora¹
Gonzalo Martínez-Alés²
Miguel Ángel Jiménez Arriero³
Mercedes Navío⁴
Enrique Baca-García⁵

Evaluación de un Programa Intensivo de Prevención de Reintento de Suicidio (PIPRS) en un Área de Salud de 430.000 personas

¹ Hospital Universitario Gregorio Marañón Madrid
² Escuela de Salud Pública de Mailman, Universidad de Columbia. Nueva York. EE. UU., Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España; CIBERSAM
³ Exjefe de Servicio del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid; Centro de investigación Biomédica de la Red de Salud Mental (CIBERSAM)
⁴ Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid; Centro de investigación Biomédica de la Red de Salud Mental (CIBERSAM)
⁵ Centro de investigación Biomédica de la Red de Salud Mental (CIBERSAM); Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid; Hospital Universitario Fundación Jiménez-Díaz de Madrid; Universidad Católica del Maule, Talca, Chile; Departamento de Psiquiatría del Centro Hospitalario Universitario de Nimes.

RESUMEN

Introducción. La prevención del suicidio es objetivo prioritario en salud mental. Tener un antecedente de intento de suicidio se considera factor de alto riesgo para la repetición. Este estudio persigue evaluar la efectividad de un programa de prevención de reintentos de suicidio en un área sanitaria de 430.000 habitantes.

Metodología. Se realizó un estudio de seguimiento de 12 meses con todas (871) las personas que entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015 habían realizado intentos de suicidio y solicitaron atención en salud mental del área. De estas, 292 recibieron tratamiento en un Programa Intensivo de Prevención de Reintentos de Suicidio (PIPRS) mediante terapia breve de solución de problemas y enfoque de gestión de caso y se compararon con 357 pacientes que recibieron tratamiento convencional (*Treatment as usual*, TAU).

Resultados. Repitieron intento de suicidio el 9,0% en el PIPRS frente al 23,3% del TAU (*Prueba exacta de Fisher* $p<0,001$) y un NNT=7, IC 95% (5-11). El análisis multivariante de Regresión de Cox mostró que el grupo que recibió TAU tenía una HR= 2,68, IC 95% (1,65-4,35) respecto al grupo PIPRS. La ventaja del PIPRS se mantuvo al controlar por las características no homogéneas de los grupos.

Conclusiones. La aplicación de un programa de prevención mediante psicoterapia breve y enfoque de gestión de caso, tras un intento de suicidio, reduce y retrasa en el tiempo la repetición de intentos durante el año siguiente. Destaca un esfuerzo clínico (NNT=7) muy rentable.

Palabras clave (MEDLINE, MeSH). *Intento de suicidio, repetición, prevención, programa*

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(3): 134-43

EVALUATION OF AN INTENSIVE-REATTEMPT-PREVENTION PROGRAMME BASED ON PROBLEM-SOLVING THERAPY IN A CATCHMENT AREA OF 430.000 PEOPLE IN MADRID, SPAIN

ABSTRACT

Background. Suicide prevention is a primary goal of mental health care and a past history of suicide attempts is considered a high-risk factor for subsequent attempts. This study aims to evaluate the effectiveness of an intensive suicide-reattempt-prevention program (ISRPP) in a health catchment area of 430.000 inhabitants.

Methods. A 12-month follow-up study was conducted with all individuals who, between 1 January 2013 and 31 December 2015, had attempted suicide and sought mental health care in the area. Out of a total of 871 patients treated, 292 received treatment as part of ISRPP using short-term problem-solving therapy and a case management approach. Results were compared to those of 357 patients who received treatment as usual (TAU).

Results. Attempted suicide was repeated by 9,0% in the ISRPP group, compared to 23,3% in the TAU (Fisher's exact test $p<0,001$). The number needed to treat (NNT) was=7; 95% CI 95% (5-11). A multivariate Cox regression analysis showed that the TAU group had a hazard ratio (HR)=2,68; 95% CI (1,65-4,35) compared to the ISRPP group. The advantage of ISRPP was maintained when controlling for the

* Autor de correspondencia:
Enrique Baca-García, Jefe de Servicio de Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, Av. de los Reyes Católicos, 2, 28040 Madrid, e-mail: enrique.baca@uam.es

non-homogeneous characteristics of the groups.

Conclusions. Applied after a suicide attempt, an intensive prevention programme based on brief cognitive behavioural therapy (CBT) and case management reduces and delays repeat suicide attempts at one-year follow-up. The clinical effort is remarkable (NNT=7).

Keywords (MEDLINE, MeSH). Suicide attempt, recurrent, prevention, program

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se objetiva un incremento de intentos de suicidio en países de nivel socioeconómico alto¹⁻⁴. Ante esta situación la Comisión Europea ha establecido la prevención del suicidio como una estrategia prioritaria en las políticas de salud⁵. Los factores que explican la conducta suicida son complejos y diversos⁶. Esto obliga a que las estrategias de prevención deban ser múltiples y dirigidas a diferentes niveles^{7, 8}. Dentro de la respuesta global, los servicios de salud mental suelen focalizar las intervenciones preventivas en personas de riesgo elevado⁹ y especialmente en aquellas que han realizado un intento previo, ya que se considera que presentan el riesgo más alto para una posterior repetición de intento¹⁰ y para el suicidio¹¹⁻¹⁴.

Los programas de prevención indicada para la conducta suicida son diversos^{15, 16}, y diferentes intervenciones terapéuticas han demostrado disminuir la recurrencia de intentos de suicidio en estudios clínicos¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, revisiones sistemáticas y metaanálisis ponen en duda este supuesto^{20, 21} y cuestionan la efectividad de este tipo de intervenciones²². Estas revisiones sistemáticas y metaanálisis hacen referencia a ensayos clínicos aleatorizados y no a programas asistenciales en medio real. Por tanto, presentan las limitaciones de realizarse con poblaciones especiales en medios concretos²³ y además no son concluyentes sobre la efectividad de los tratamientos.

En el campo de la conducta suicida es clásico el estudio realizado por Hampton en un área de 200.000 personas con varias medidas inespecíficas para la prevención de la conducta suicida²⁴. Existen pocos trabajos sobre la implementación de tratamientos específicos para la prevención de conducta suicida que involucren a un área sanitaria completa. En nuestro medio disponemos de un trabajo de seguimiento telefónico intensivo con una muestra de 514 pacientes en un área de 400.000 habitantes²⁵. Otros tres trabajos comprenden áreas asistenciales de menos de 250.000 habitantes, y muestras de menor tamaño con 191 pacientes²⁶, 163 pacientes²⁷, y 347 pacientes²⁸. En uno de los estudios se incluye la ideación suicida en el estudio lo que engloba un fenotipo más amplio²⁸. No hemos encontrado, en nuestro

medio, ningún trabajo con programa de intervención terapéutica para la prevención de la conducta suicida en un área de salud de más de 400.000 habitantes con seguimiento sistemático de todas las personas del área que han realizado un intento de suicidio y han solicitado atención.

Este estudio persigue evaluar la implementación de un programa de prevención de reintentos de suicidio utilizando terapia breve de solución de problemas junto a enfoque de gestión de caso. El programa está dirigido a quienes, tras la realización de un intento de suicidio, buscan atención en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AG-CPSM) del Hospital Universitario 12 de Octubre (HU120), en Madrid, España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación

Se incluyó a todas las personas residentes en la zona poblacional asignada al HU120, con un total de 431.325 habitantes²⁹ y que entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2015 habían solicitado atención clínica por un intento de suicidio.

Los criterios de asignación al Programa Intensivo de Prevención de Suicidio (PIPRS), establecido por el protocolo de actuación asistencial del AGCPSM, fueron: haber realizado un intento reciente de suicidio, solicitar atención, ser residente en la zona poblacional de referencia y no estar en seguimiento en los servicios de salud mental durante el año previo. Quienes estaban recibiendo atención eran derivados, como previamente ya se hacía, a los dispositivos asistenciales de referencia con los mismos profesionales para no alterar la relación terapéutica. Estos pacientes se consideraron para el estudio como grupo de Tratamiento Convencional o *Treatment as Usual* (TAU).

Se realizó un seguimiento de 1 año para valorar la evolución tras el intento de suicidio³⁰. Como variables de resultado se definieron repetición de intento, tiempo sin intentos y retención en los programas asistenciales (PIPRS y TAU). Como fuente de información se utilizó la historia clínica electrónica, donde figuraban los contactos telefónicos a los 6 y 12 meses llevados a cabo por parte del equipo del programa para monitorización telefónica de la evolución, visitas a la Unidad de Urgencias de Psiquiatría y a otros Servicios de salud.

Recursos e instrumentos utilizados

El diseño del PIPRS tiene como fundamento proporcionar un servicio flexible y adaptado a las circunstancias de cada persona, articulado en un sistema de gestión de caso³¹.

El programa comienza con la asistencia inicial en Urgencias, en la que se hace frente a la situación de crisis³². La evaluación que se hace en urgencias, independiente del equipo de investigadores, es la que determina las características clínico-patológicas, sociodemográficas, psicosociales del paciente y las concurrentes con el intento de suicidio, junto a la gravedad de la lesión, que lleva a la inclusión en el estudio.

Tras el alta de la Urgencia, se contacta precozmente para proporcionar una atención asistencial presencial en un máximo de una semana³³. En la visita inicial del programa se realiza una evaluación psiquiátrica para abordar el trastorno de salud mental³⁴ si lo hubiera. Esta evaluación no se incluye en el protocolo de investigación de recogida de datos. Seguidamente se realiza una intervención mediante terapia breve de base cognitivo conductual siguiendo la técnica de resolución de problemas³⁵. Durante todo el proceso de inclusión y seguimiento en el programa, una enfermera especialista en psiquiatría garantiza el enfoque de gestión de caso desde una actitud motivadora y de apoyo al paciente. Su acción se desarrolla mediante consultas presenciales programadas y mediante seguimiento telefónico³³.

El programa de terapia breve cognitivo conductual está estructurado en 8 sesiones de temporalidad semanal³⁶. En la primera se realiza evaluación psicológica y se analiza la idoneidad de la terapia para la persona adaptándola si es necesario³⁷, se explica el tratamiento y se realiza el encuadre y la planificación de la intervención. También se proporciona un plan ante situaciones críticas¹⁹. En la segunda sesión se tratan diferentes formas de hacer frente a la conducta suicida, mediante el fomento de estrategias de afrontamiento de pensamientos suicidas¹⁹. En la tercera sesión se inicia la intervención de resolución de problemas con base en la técnica original³⁸, se investiga el problema de base, se clarifica y se define. En esta sesión también se establecen las metas alcanzables con la terapia y se generan diferentes soluciones a la problemática³⁹. En la cuarta sesión se selecciona la solución preferida y se establecen los términos y ámbitos para la implementación, y se anima a ponerlo en práctica. En la quinta y sexta sesión se revisa la puesta en práctica de las estrategias para la solución de la problemática, se analizan las dificultades encontradas y se buscan soluciones a estas. En la séptima sesión se tratan aspectos de prevención de recaídas¹⁹. En la última sesión se realiza una evaluación de las estrategias puestas en marcha, de su funcionamiento y su modificación en caso necesario.

La atención a pacientes que conforman el grupo TAU se ha llevado a cabo de acuerdo con el tratamiento habitual en los centros asistenciales del área. Se mantuvo la continuidad asistencial y los profesionales que ya trataban previamente al paciente. El paciente era citado en un máximo de 7 días tras el intento de suicidio, según establece el plan ARSUI de

la Comunidad de Madrid⁴⁰. La intervención en estos casos no estaba condicionada en el tiempo ni limitada a un número determinado de sesiones.

Análisis estadístico

Este trabajo valora la implementación de un programa con pacientes en mundo real. Por tanto, no cabe hacer una asignación aleatoria a los grupos PIPRS y TAU. Por este motivo, se realizó un análisis de homogeneidad de los grupos PIPRS y TAU para identificar las características en las que se diferían. Para paliar la falta de homogeneidad entre los grupos PIPRS y TAU se recurrió a técnicas multivariantes (regresión logística y regresión de Cox) para controlar el efecto de las variables confusoras. Los análisis se estratificaron por sexo y edad por su influencia en la conducta suicida en cuanto a repetición y letalidad.

Para la comparación de las bivariantes categoriales se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado o el Test exacto de Fisher. Todas las probabilidades reportadas están basadas en pruebas de dos colas. El significado de los resultados de las pruebas se ha establecido basado en el nivel de probabilidad "significativo" $p < 0,05$.

Las tasas de supervivencia en los dos grupos se han calculado a través del modelo de Kaplan Meyer. Para la comparación de las curvas de supervivencia se ha utilizado la prueba de Log Rank.

Para el análisis de variables predictoras de repetición de intentos de suicidio se ha utilizado el modelo de Regresión de Cox. Se realizó análisis multivariante y se estratificó también por las variables potenciales fuente de confusión. La asociación de variables se ha medido con el Hazard Ratio (HR) con un intervalo de confianza del 95% y un grado de significación de $p = 0,10$.

Se ha utilizado el programa SPSS (versión 24) para realizar los cálculos estadísticos.

Consideraciones éticas

El Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del H120 autorizó la evaluación del programa de prevención puesto en marcha en el AGCPSM del área de salud del HU120 de Madrid con el nº de CEIC 11/024. Se desagregó la información identificadora de las personas en bases independientes de datos, de forma que quedaron anonimizados ya antes de su tratamiento estadístico. Para la confidencialidad de los datos, se ha garantizado el cumplimiento de lo establecido por la Ley de Protección de Datos 15/1999.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2015 se recogieron en este estudio 1151 intentos de suicidio atendidos, correspondientes a 871 personas residentes en la zona asistencial sanitaria asignada al HU120 de Madrid. Esto supone una tasa de 88,95 intentos de suicidio por 100.000 habitantes y año para esta área de salud.

De los 871 pacientes atendidos, se derivaron 363 pacientes al PIPRS y 508 pacientes fueron derivados para TAU. Iniciaron tratamiento 292 pacientes en el grupo PIPRS y 357 en el TAU. La figura 1 muestra el flujo de pacientes. Durante el seguimiento de los 649 pacientes que fueron atendidos en los dos programas, se produjo una pérdida para el seguimiento de 1 año, de 7 casos (2 PIPRS y 5 TAU).

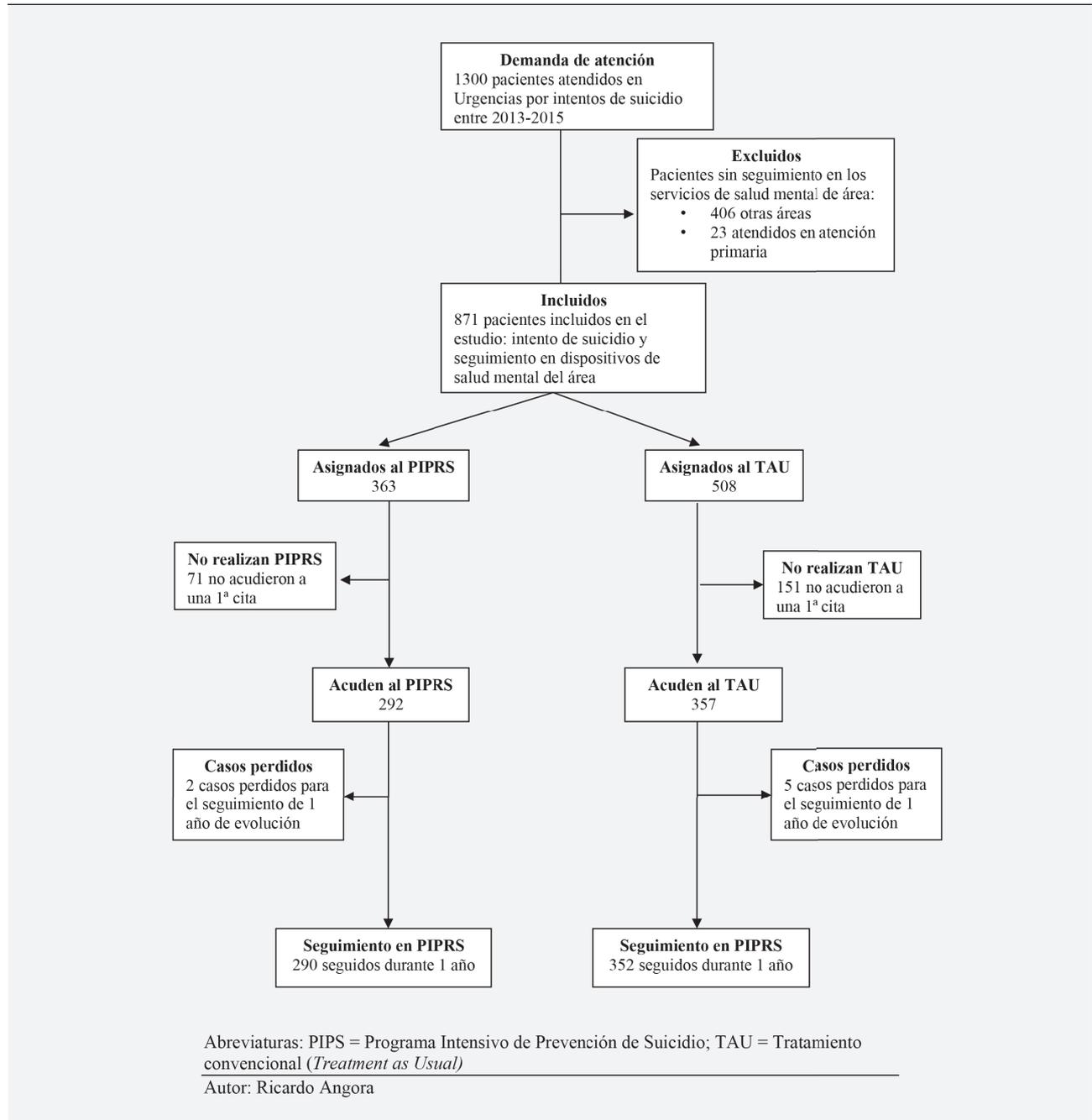


Figura 1

Diagrama de flujo de los casos a través de las dos modalidades de tratamiento Diagrama de flujo de los casos a través de las dos modalidades de tratamiento

Características de los grupos PIPRS y TAU

Los dos grupos eran homogéneos en características sociodemográficas como la distribución de género, tener pareja o tener hijos. También lo eran en características psicosociales como el apoyo familiar o social, la convivencia, el nivel de educación, y el empleo. Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a historia familiar de suicidio. Referente a los factores

concurrentes, los dos grupos eran homogéneos en cuanto a la ideación autolítica, y la crítica tras el intento. En cuanto a las características propias del intento de suicidio, los dos grupos eran homogéneos respecto al método de suicidio, la planificación, la probabilidad de descubrimiento, la indicación de rescate y la iniciativa propia para acudir a la urgencia. También eran homogéneos respecto a la gravedad de daño somático provocado por el intento de suicidio (ver tabla 1).

Tabla 1	Descripción de los grupos PIPRS y TAU			
Características ^a	Total n=649	PIPRS) n=292	TAU n=357	Test χ^2 o Fisher ^b
<i>Sociodemográficas</i>				
Mujer	451 (69,5)	206 (70,5)	245 (68,6)	p=0,608
Edad (años)				
<35	235 (36,2)	121 (41,4)	114 (31,9)	$\chi^2=8,168$
35-65	371 (57,2)	149 (51,0)	222 (62,2)	gl=2
>65	43 (6,6)	22 (7,5)	21 (5,9)	p<0,017
Sin pareja	367 (57,1)	158 (54,1)	209 (59,5)	p=0,174
Sin hijos	257 (39,7)	107 (36,6)	150 (42,3)	p=0,170
<i>Psicosociales</i>				
Convivencia solo	76 (11,8)	37 (12,8)	39 (11,0)	p=0,540
Migrante	159 (25,2)	94 (33,0)	65 (18,8)	p<0,001
Bajo apoyo social o familiar	104 (16,2)	54 (18,6)	50 (14,2)	p=0,162
Estudios primarios	262 (50,2)	133 (50,6)	129 (49,8)	p=0,930
Desempleo	216 (34,4)	99 (34,4)	117 (34,5)	p=1,000
<i>Clínico-patológicas</i>				
Diagnóstico ^c				
No criterio diagnóstico	28 (4,3)	18 (6,2)	10 (2,8)	
Trastornos del estado de animo	274 (42,2)	143 (49,0)	131 (36,7)	
Trastornos de ansiedad	62 (9,6)	24 (8,2)	38 (10,6)	$\chi^2=20,99$
Esquizofrenia y otras psicosis	25 (3,9)	5 (1,7)	20 (5,6)	gl=6
Trastornos por abuso de sustancias	83 (12,8)	34 (11,6)	49 (13,7)	p<0,002
Trastornos de personalidad	125 (19,3)	47 (16,1)	78 (21,8)	
Psicopatología no especificada	52 (8,0)	21 (7,2)	31 (8,7)	
Historia familiar de T. de salud mental	248 (51,5)	117 (45,0)	131 (59,0)	p=0,003
Intentos de suicidio previos	262 (43,2)	84 (29,1)	178 (56,0)	p<0,001
Autolesiones previas	117 (23,0)	36 (13,7)	81 (33,1)	p<0,001
Historia familiar de conducta suicida	81 (18,9)	48 (19,4)	33 (18,2)	p=0,435
<i>Factores concurrentes</i>				
Ideación de suicidio	245 (39,1)	122 (43,3)	123 (35,7)	p=0,058
No crítica del intento de suicidio	41 (6,4)	14 (4,8)	27 (7,7)	p=0,146
<i>Características propias del intento</i>				
Planificación de suicidio	81 (12,7)	42 (14,6)	39 (11,2)	p=0,232
Baja probabilidad de descubrimiento	241 (39,1)	106 (37,3)	135 (40,7)	p=0,409
Indicación de rescate por terceros	381 (61,0)	168 (58,5)	213 (63,0)	p=0,285
Lesiones graves (hospitalización)	54 (8,3)	31 (10,6)	23 (6,4)	p=0,063

a. Estado de partida= Situación previa a la intervención
 b. El valor de la p se obtiene de la prueba de χ^2 o del Test Exacto de Fisher para variables cualitativas categoriales
 c. Diagnostico= DSM IV-TR
 Abreviatura PIPRS=Programa Intensivo de Prevención de Reintento de Suicidio; TAU=Tratamiento Convencional

Los dos grupos diferían en características sociodemográficas como la edad, mientras que el grupo del PIPRS tenía mayor porcentaje de jóvenes (41,4%), el grupo de TAU contaba con un mayor porcentaje de adultos de mediana edad (62,2%) ($\chi^2=8,17$, $gl=2$, $p=0,017$), tabla (1). El grupo del PIPRS tenía mayor población de migrantes (33%) que el grupo de TAU (18,8%) (*Prueba exacta de Fisher* $p<0,001$). La distribución entre PIPRS y TAU era ligeramente diferente en ciertos diagnósticos, como trastornos del ánimo (49,0% vs. 36,7%), trastornos psicóticos (1,7% vs. 5,6%) y trastornos de personalidad (16,1% vs. 21,8%) ($\chi^2=20,99$, $gl=6$, $p=0,002$). Existía diferencia en cuanto a la historia familiar de patología psiquiátrica (PIPRS 45,0% vs. TAU 59,0%) (*Prueba exacta de Fisher* $p=0,003$). También se encontró diferencia respecto a los intentos de suicidio previos (PIPRS 29,1% vs. TAU 56,0%) (*Prueba exacta de Fisher* $p<0,001$) e historia de autolesiones previas (PIPRS 13,7% vs. TAU 33,1%) (*Prueba exacta de Fisher* $p<0,001$).

Retención en los programas asistenciales

La odds ratio para el PIPRS es de 1,74, IC 95% (1,26-2,40) frente al TAU (*Prueba exacta de Fisher* $p=0,001$).

Efecto de la intervención

Dentro del año de seguimiento, 108 personas, un 16,6% del total repitió el intento. Correspondían a 26 personas, un 9,0% en el grupo del PIPRS, mientras que en el grupo de TAU repitieron intento 82 personas un 23,3%. Con una odds ratio del TAU respecto al PIPRS de 3,08, IC 95% (1,92-4,95) (*Prueba exacta de Fisher* $p<0,001$). Se calculó el número necesario para tratar (NNT) que mostró un valor de 7, IC 95% (5-11).

El análisis de Kaplan Meyer mostró una media para el tiempo de supervivencia de 344 días en el grupo del PIPRS con un error estándar de 4, IC 95% (335-352), y de 312 días en el grupo de TAU con un error estándar de 6, IC 95% (301-323).

En la prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de intervención de Log Rank (Mantel-Cox) la $\chi^2=22,82$, $gl=1$, $p<0,001$. Las curvas de supervivencia se recogen en la figura 2.

Para controlar las características diferentes entre los grupos TAU y PIPRS, se realizó una regresión de Cox. Se introdujeron en el modelo, las variables que mostraban significación en el análisis univariante: emigración, diagnóstico (solo trastorno de personalidad), intentos de suicidio previos, historia de autolesiones, ideación suicida, y crítica del intento realizado, además del tipo de intervención.

Los resultados controlados por estas variables mostraron una asociación significativa para la repetición de intento de suicidio con el tipo de tratamiento recibido, con una HR de

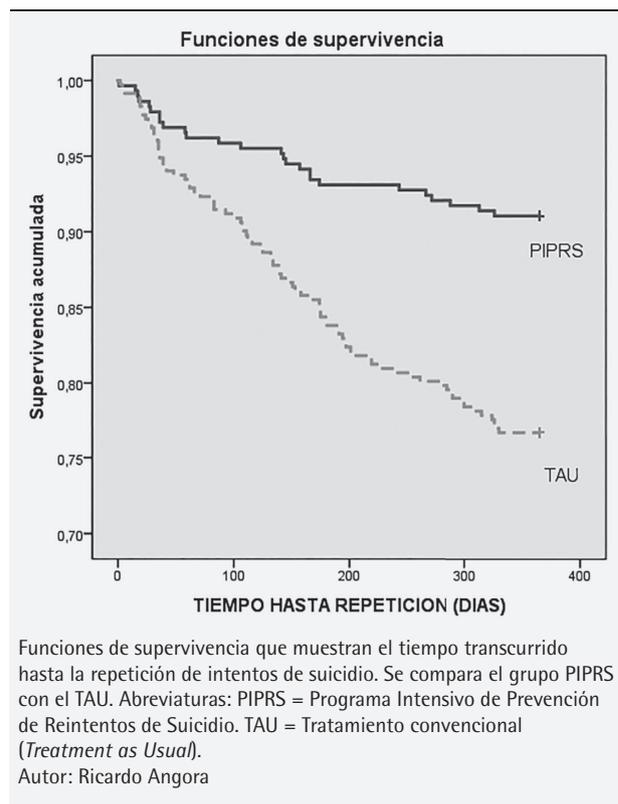


Figura 2

Función de Supervivencia de Kaplan Meyer

2,68, IC 95% (1,65-4,35) (χ^2 Wald= 16,032, $gl=1$, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. Del resto de variables la única que demostró efecto fue haber realizado intento de suicidio previo, con una HR de 3,08, IC 95% (1,88-5,05) (χ^2 Wald= 19,95, $gl=1$, $p<0,001$).

El análisis multivariante estratificado por edad-sexo mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con una HR de 2,78, IC 95% (1,69-4,55) (χ^2 Wald= 16,41, $gl=1$, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. La estratificación por haber tenido intentos de suicidio previos también mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con un HR de 2,68, IC 95% (1,65-4,34) (χ^2 Wald=15,96, $gl=1$, $p<0,01$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. La estratificación por ser migrante también mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con un HR de 2,63, IC 95% (1,61-4,29) (χ^2 Wald=15,05, $gl=1$, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. La estratificación por diagnóstico también mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con un HR de 2,70, IC 95% (1,66-4,38) (χ^2 Wald=16,30, $gl=1$, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. La estratificación por tener historia familiar de patología psiquiátrica también mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con un HR de 2,40,

IC 95% (1,44-4,01) (X^2 Wald=11,22, gl=1, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS. La estratificación por antecedentes de autolesiones también mantuvo las diferencias respecto a los dos tipos de intervención con un HR de 2,49, IC 95% (1,52-4,08) (X^2 Wald=13,12, gl=1, $p<0,001$) para el grupo de TAU respecto al grupo del PIPRS.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que una intervención precoz e intensiva mediante un programa de psicoterapia breve centrada en resolución de problemas y enfoque de gestión de caso tras la realización de un intento de suicidio, reduce y retrasa en el tiempo la repetición de intentos durante el año siguiente. El riesgo de repetición de intento de suicidio de los pacientes el grupo TAU es el triple que los pacientes que asistieron al Programa Intensivo de Prevención de Suicidio (PIPRS). Por otro lado, es necesario tratar a 7 personas en el PIPRS para evitar una repetición de intento de suicidio, una cifra que habla de su alta rentabilidad desde el punto de vista del esfuerzo clínico⁴¹.

Los resultados también permiten apreciar que se retrasa el tiempo de posteriores repeticiones de intentos. El análisis de supervivencia muestra una mayor supervivencia en el grupo PIPRS que en el TAU durante el año de seguimiento (figura 2). Por tanto, el programa tiene un doble efecto protector en cuanto al menor número de personas que repiten intento y en la mejor evolución en el tiempo. Además, estos resultados son independientes de las características sociodemográficas, psicosociales y clínico-patológicas de los sujetos, y de factores concurrentes o intrínsecos del intento, así como de la gravedad de la autolesión.

Los modelos multivariantes, que controlaban los posibles confusores, han mostrado que solo el antecedente de intentos de suicidio y el propio programa de prevención de conducta suicida, están relacionados con la repetición de intentos. Si bien cuando se estratificó por la variable intento de suicidio previo, se mantuvo la diferencia en el efecto protector del PIPRS sobre el TAU con una HR de 2,68. Este análisis revela un riesgo asociado a la repetición de intento casi 3 veces mayor para el grupo TAU. Por lo que se confirma la evidencia del efecto protector del programa sobre la repetición de intentos de suicidio.

Se han controlado las fuentes de no-comparabilidad entre grupos, y aun siendo posible que exista cierto grado de confusión residual, se ha ajustado por todos los confusores y también estratificado por edad-sexo y los resultados pueden considerarse robustos.

Comparación con otros estudios

Este estudio muestra la efectividad de un programa de tratamiento específico e intensivo de pacientes que han hecho un intento de suicidio en el mundo real.

Los resultados encontrados en este estudio respecto a la efectividad en la prevención de repetición de intentos de suicidio mediante un programa de terapia cognitivo conductual están en línea con otras investigaciones^{26,36}, aunque hay publicaciones que no encontraron diferencias entre el Grupo de Intervención y el TAU⁴². Los resultados son similares al estudio del Example Dreta de Barcelona²⁸ 11% para el Grupo de Intervención vs. 32% para el TAU, y algo superior al estudio del área de Orense²⁶ (10% vs. 20,6%).

Los resultados respecto al retraso en el tiempo de la repetición del intento y por tanto de mayor supervivencia conseguido con el PIPRS es similar a otros estudios publicados²⁶.

Analizando en detalle la intervención, si se compara la utilización de terapia breve, los resultados de este estudio están en consonancia con los publicados⁴³, al igual que sucede al comparar la técnica de terapia cognitivo conductual aplicada^{19,44,45}. Como en los estudios referidos, la terapia disminuyó el número de repetición de intentos en el periodo de un año, si bien con el programa evaluado la disminución fue más relevante.

Al comparar el enfoque de gestión de caso, los resultados encontrados permiten inferir su contribución a la efectividad del programa al igual que en estudios publicados⁴⁶, aunque difiere de otros en los que no se evidenció esta efectividad⁴⁷. El modelo de gestión de caso también ha podido contribuir a un mayor seguimiento de los casos con menos abandonos del programa, como igualmente reflejan otros estudios⁴⁸.

Limitaciones

Con este estudio se evalúa la efectividad de un programa de prevención de suicidio ya en funcionamiento. El criterio para recibir atención en el PIPRS tras el intento fue no estar en tratamiento durante el año previo en salud mental, para mantener la continuidad asistencial y la relación terapéutica con el profesional correspondiente. Este sesgo de selección podría condicionar los resultados obtenidos, sin embargo, los resultados del estudio contrastando todas aquellas variables que no son homogéneas en ambos grupos han mostrado que tan solo la tasa de intentos previos es un confusor. Con las estrategias de estratificación y análisis multivariante hemos podido controlar el efecto de este confusor en el estudio.

La evaluación inicial de los pacientes, que comprendía entre otras las características propias y el diagnóstico, es cie-

ga puesto que la asignación a los dos grupos es posterior a la valoración en urgencias. La valoración de las variables de resultados se hizo de una forma no ciega utilizando un procedimiento de revisión automatizado de las historias clínicas electrónicas, por tanto, no existe sesgo en la valoración del estudio.

Otra limitación es el tiempo de seguimiento de los casos durante 1 año^{28, 49}. Se puede argumentar que el efecto de reducción en la repetición de intentos de suicidio por el programa de prevención de suicidio frente al tratamiento convencional podría decaer con el paso del tiempo y llegar a converger perdiendo la ventaja adquirida en el primer año. Cabe preguntarse ¿cuál es la duración del efecto del PIPRS?, y si ¿sería conveniente hacer planes de tratamientos a largo plazo que incluyesen repetir esta terapia?

Haber realizado una intervención mediante psicoterapia junto a la gestión de caso no permite apreciar el efecto de cada una por separado. La evaluación del programa no permite conocer cuanto del efecto protector para la repetición de intento de suicidio se debe a la psicoterapia y cuanto al sistema de manejo de caso. Podría diseñarse un estudio nuevo separando ambas intervenciones.

Fortalezas

Se trata de un estudio en condiciones reales en un área de salud de 430.000 habitantes. Esta área tiene la particularidad de que el nivel socioeconómico es medio-bajo por lo que la mayoría de la población solo usa el sistema público de salud, donde se ha implementado el programa PIPRS.

El estudio cuenta con un alto número de casos que han sido seguidas durante al menos un año, lo que fortalece los resultados alcanzados.

EL PIPRS es un programa que engloba varias intervenciones con los pacientes: atención psiquiátrica, psicoterapia breve, terapia focalizada en resolución de problemas y enfoque de gestión de caso. Todo ello puede hacer que se potencien los beneficios de cada una por separado.

En relación con la gestión de caso, se puede considerar que aspectos como la motivación y el apoyo proporcionados al paciente, facilitó no solo la terapia, sino que influyó en la mejora y respaldo del entorno al mantener contacto con la familia y movilizar la red de soporte social. Esto se considera un aspecto deseable e importante en el apoyo a la persona en el momento crítico posterior a realizar un intento de suicidio.

Tabla 2		Descripción de los grupos PIPRS y TAU			
		Total n=871	PIPRS n=363	TAU n=508	TestX ² p ^b
Características^a de la tentativa					
<i>Método de la tentativa de suicidio</i>					
Sobreingesta de medicamentos con efecto sedante		449 (69.4)	201 (68.8)	248 (69.9)	
Sobreingesta de medicamentos sin efecto sedante		69 (10.7)	25 (8.6)	44 (12.4)	
Venoclisis		42 (6.5)	25 (8.6)	17 (4.8)	X ² =9,54 gl=9 p<0.389
Defenestración		20 (3.1)	12 (4.1)	8 (2.3)	
Ahorcamiento		12 (1.9)	5 (1.7)	7 (2.0)	
Atropello (tren; metro; coche)		5 (0.8)	3 (1.0)	2 (0.6)	
Herida por arma blanca		15 (2.3)	6 (2.1)	9 (2,5)	
Sobreingesta con sustancias de abuso		10 (1.5)	3 (1.0)	7 (2.0)	
Productos químicos		14 (2.2)	6 (2.1)	8 (2.3)	
Otros (arma de fuego; ahogamiento; gas; fuego; electrocución)		11 (1.7)	6 (2.1)	5 (1.4)	
a. Estado de partida= Situación previa a la intervención					
b. El valor de la p se obtiene de la prueba de X ² o del Test Exacto de Fisher para variables cualitativas categoriales					
Abreviaturas: PIPRS=Programa Intensivo de Prevención de Reintentos de Suicidio; TAU=Tratamiento Convenciona					

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés relacionados con la publicación de este artículo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los componentes del equipo del PIPRS su contribución para llevar a cabo este estudio.

Bibliografía

- Hawton, K.; Harriss, L.; Hall, S.; Simkin, S.; Bale, E.; Bond, A. Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics, *Psychol Med.* **2003**, *33*, 987-995.
- Nock, M. K.; Borges, G.; Bromet, E. J.; Cha, C. B.; Kessler, R. C.; Lee, S. Suicide and suicidal behavior, *Epidemiol Rev.* **2008**, *30*, 133-154.
- Kolves, K.; Crompton, D.; Turner, K., et al. Trends and repetition of non-fatal suicidal behaviour: analyses of the Gold Coast University Hospital's Emergency Department, *Australasian Psychiatry.* **2018**, *26*, 170-175.
- Martínez-Alés, G.; Keyes, K. M. Fatal and Non-fatal Self-Injury in the USA: Critical Review of Current Trends and Innovations in Prevention, *Curr Psychiatry Rep.* **2019**, *21*, 104.
- OECD/EU *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Revised version, February 2019. edn. Paris: OECD Publishing, 2018.
- Hawton, K.; Pirkis, J. Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation, *Br J Psychiatry.* **2017**, *210*, 381-383.
- Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *Lancet Psychiatry.* **2016**, *3*, 646-659.
- Mann, J. J.; Apter, A.; Bertolote, J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review, *JAMA.* **2005**, *294*, 2064-2074.
- Motto, J. A.; Bostrom, A. G. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention, *Psychiatr Serv.* **2001**, *52*, 828-833.
- Cedereke, M.; Ojehagen, A. Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months, *Eur Psychiatry.* **2005**, *20*, 101-109.
- Bostwick, J. M.; Pabbati, C.; Geske, J. R.; McKean, A. J. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew, *Am J Psychiatry.* **2016**, *173*, 1094-1100.
- Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review, *Br J Psychiatry.* **2002**, *181*, 193-199.
- Yoshimasu, K.; Kiyohara, C.; Miyashita, K.; Hygiene, S. R. G. o. t. J. S. f. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies, *Environ Health Prev Med.* **2008**, *13*, 243-256.
- Olfson, M.; Wall, M.; Wang, S.; Crystal, S.; Gerhard, T.; Blanco, C. Suicide Following Deliberate Self-Harm, *Am J Psychiatry.* **2017**, *174*, 765-774.
- O'Connor, E.; Gaynes, B. N.; Burda, B. U.; Soh, C.; Whitlock, E. P. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force, *Ann Intern Med.* **2013**, *158*, 741-754.
- Ghanbari, B.; Malakouti, S. K.; Nojomi, M.; Alavi, K.; Khaleghparast, S. Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review, *Glob J Health Sci.* **2015**, *8*, 145-153.
- Martínez-Ales, G.; Angora, R.; Barrigon, M. L., et al. A Real-World Effectiveness Study Comparing a Priority Appointment, an Enhanced Contact Intervention, and a Psychotherapeutic Program Following Attempted Suicide, *Journal of Clinical Psychiatry.* **2019**, *80*, 10.
- Miller, I. W.; Camargo, C. A.; Arias, S. A., et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study, *JAMA Psychiatry.* **2017**, *74*, 563-570.
- Brown, G. K.; Ten Have, T.; Henriques, G. R.; Xie, S. X.; Hollander, J. E.; Beck, A. T. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial, *Jama.* **2005**, *294*, 563-570.
- Riblet, N. B. V.; Shiner, B.; Young-Xu, Y.; Watts, B. V. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials, *Br J Psychiatry.* **2017**, *210*, 396-402.
- Crawford, M. J.; Thomas, O.; Khan, N.; Kulinskaya, E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide, *Br J Psychiatry.* **2007**, *190*, 11-17.
- Carroll, R.; Metcalfe, C.; Gunnell, D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis, *J Affect Disord.* **2014**, *168*, 476-483.
- Sherman, R. E.; Anderson, S. A.; Dal Pan, G. J., et al. Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us?, *N Engl J Med.* **2016**, *375*, 2293-2297.
- Hampton, T. Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate, *JAMA.* **2010**, *303*, 1903-1905.
- Cebrià, A. I.; Parra, I.; Pàmias, M., et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population, *J Affect Disord.* **2013**, *147*, 269-276.
- Reijas, T.; Ferrer, E.; González, A.; Iglesias, F. Evaluation of an intensive intervention program in suicidal behaviour, *Actas Esp Psiquiatr.* **2013**, *41*, 279-286.
- Fernández-Artamendi, S.; Al-Halabi, S.; Burón, P., et al. Prevention of recurrent suicidal behavior: Case manage-

- ment and psychoeducation, *Psicothema*. 2019, 31, 107-113.
28. Tejedor, C.; Diaz, A.; Faus, G.; Perez, V.; Sola, I. Outcomes of a suicide prevention program in the general population. Barcelona dreta eixample district, *Actas Espanolas De Psiquiatria*. 2011, 39, 280-287.
29. Madrid, H. d. O. d. Memoria del año 2015 del hospital 12 de Octubre. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, 2015.
30. TARRIER, N.; Taylor, K.; Gooding, P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis, *Behav Modif*. 2008, 32, 77-108.
31. Holloway, F.; McLean, E. K.; Robertson, J. A. Case management, *Br J Psychiatry*. 1991, 159, 142-148.
32. Salkovskis, P. M.; Atha, C.; Storer, D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial, *Br J Psychiatry*. 1990, 157, 871-876.
33. Chen, W. J.; Chen, C. C.; Ho, C. K.; Lee, M. B.; Lin, G. G.; Chou, F. H. Community-based case management for the prevention of suicide reattempts in Kaohsiung, Taiwan, *Community Ment Health J*. 2012, 48, 786-791.
34. APA *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2005.
35. Hatcher, S.; Sharon, C.; Parag, V.; Collins, N. Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial, *Br J Psychiatry*. 2011, 199, 310-316.
36. Raj M, A. J.; Kumaraiah, V.; Bhide, A. V. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm, *Acta Psychiatr Scand*. 2001, 104, 340-345.
37. De Bruyn, E. E. J. A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making, *European Journal of Psychological Assessment*. 1992, 8, 163-171.
38. D'Zurilla, T. J.; Goldfried, M. R. Problem solving and behavior modification, *J Abnorm Psychol*. 1971, 78, 107-126.
39. McAuliffe, C.; Corcoran, P.; Keeley, H. S., et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study, *Psychological Medicine*. 2006, 36, 45-55.
40. Jiménez-Sola, E.; Martínez-Alés, G.; Román-Mazuecos, E., et al. Implementation of a suicide risk prevention program in the Autonomous Community of Madrid. The AR-SUIC experience, *Actas Esp Psiquiatr*. 2019, 47, 229-235.
41. Chatellier, G.; Zapletal, E.; Lemaitre, D.; Menard, J.; Degoulet, P. The number needed to treat: a clinically useful nomogram in its proper context, *BMJ*. 1996, 312, 426-429.
42. Hepp, U.; Wittmann, L.; Schnyder, U.; Michel, K. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies, *Crisis*. 2004, 25, 108-117.
43. Fleischmann, A.; Bertolote, J. M.; Wasserman, D., et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries, *Bull World Health Organ*. 2008, 86, 703-709.
44. Ajtay, G.; Bérdis, M.; Szilágyi, S.; Perczel, F. D. [An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population], *Psychiatr Hung*. 2012, 27, 92-102.
45. Ghahramanlou-Holloway, M.; Bhar, S. S.; Brown, G. K.; Olsen, C.; Beck, A. T. Changes in problem-solving appraisal after cognitive therapy for the prevention of suicide, *Psychological Medicine*. 2012, 42, 1185-1193.
46. Furuno, T.; Nakagawa, M.; Hino, K., et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study, *J Affect Disord*. 2018, 225, 460-465.
47. Kawanishi, C.; Aruga, T.; Ishizuka, N., et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial, *Lancet Psychiatry*. 2014, 1, 193-201.
48. Mouaffak, F.; Marchand, A.; Castaigne, E.; Arnoux, A.; Hardy, P. OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention, *Psychiatry Res*. 2015, 230, 913-918.
49. Hawton, K.; Sinclair, J. The challenge of evaluating the effectiveness of treatments for deliberate self-harm, *Psychol Med*. 2003, 33, 955-958.