

Teresa Reijas¹
Ernesto Ferrer²
Amparo González³
Fernanda Iglesias²

Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida

¹Psicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

²Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

³DUE especialista en Salud Mental. Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública. El suicidio consumado asciende a 1 millón de casos al año en el mundo y se estima que el número de intentos de suicidio es 10 o 20 veces superior. El objetivo del presente trabajo es la evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio en un Programa de prevención de conducta suicida: el Programa de Intervención Intensiva (PII).

Metodología: Se realiza un estudio en el que se compara una cohorte de pacientes expuestos a la intervención en PII con otra cohorte de pacientes expuestos a terapia convencional. La muestra está formada por un total de 191 pacientes, 89 del grupo de tratamiento en PII y 102 pacientes del grupo de tratamiento convencional. Con un seguimiento de 12 meses.

Resultados: un 20,6% de los pacientes que recibe tratamiento convencional recaen frente al 10% del grupo de tratamiento en PII ($p=0,047$). Los pacientes atendidos en el programa presentaron un riesgo menor 2,88 veces de recaída ($p=0,015$), esto es independiente del número de intentos previos, edad, sexo, necesidad de ingreso tras el intento índice y diagnóstico agregado.

Conclusiones: Los resultados muestran que los sujetos que reciben tratamiento en el PII tiene menos reintentos, necesitan ingresar menos, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento es mayor.

Palabras clave: Suicidio, Intento de suicidio, Reintento, Prevención, Terapia cognitivo-conductual

Actas Esp Psiquiatr 2013;41(5):279-86

Evaluation of an Intensive Intervention Program in Suicidal Behaviour

Introduction: Suicide is a public health problem. Consumed suicides reach 1 million cases per year worldwide and it is estimated that the number of suicide attempts is 10 to 20 times higher. The aim of this study was to evaluate the effectiveness in reducing repeat suicide attempts in a program for the prevention of suicidal behavior: Intensive Intervention Program (IIP).

Methods: We performed a study that compared a cohort of patients exposed to IIP intervention with another cohort of patients exposed to conventional therapy. The sample was made up of 191 patients, 89 in the treatment group and 102 patients in conventional treatment group, with a 12-month follow-up.

Results: Relapse occurred in 20.6% of patients receiving conventional treatment relapse compared with 10% in the treatment group ($p=0.047$). Patients treated in the program had a 2.88 times lower risk of relapse ($p=0.015$), this being independent of the number of previous attempts, age, gender, need for admission after the index attempt and aggregated diagnosis.

Conclusions: The results show that subjects who are treated in the IIP relapse less, need fewer admissions and the time elapsed between the treatment and the first repeat suicide attempt is greater.

Keywords: Suicide, attempted suicide, Repeat suicide attempts, Prevention, Cognitive behavioral therapy

Correspondencia:

Unidad de Salud Mental A Ponte, Rúa Ribera de Canedo, 8

CP: 32002, Ourense

Correo electrónico: treijas@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una complicación grave de un buen número de trastornos psiquiátricos y debería considerarse como un problema de salud pública. Alrededor del 90%^{1,2-4} de las personas que se suicidan tienen un trastorno mental, el diagnóstico más frecuente es el de depresión^{1,5}. La Organización de la Salud (OMS), en 1976, definió suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener cambios" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico"⁶.

Cada año mueren en el mundo por suicidio alrededor de 1 millón de personas,^{1,7} lo que representa una tasa anual de 14,5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones⁷. Estas cifras aumentan hasta 10 o 20 veces más cuando hablamos de intentos de suicidio⁸. Distintos organismos, tanto internacionales como nacionales, establecen como área de actuación prioritaria la prevención de la conducta suicida⁹⁻¹².

Actualmente los tratamientos psicoterapéuticos están adquiriendo cada vez más importancia en la prevención de la conducta suicida y las consecuencias derivadas de la misma, sobre todos aquellos de corte cognitivo-conductual¹³⁻²⁰. Según evidencia de diferentes estudios reflejada en la Guía de Práctica Clínica de prevención y conducta suicida, éstos son más efectivos cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto asociado a la conducta suicida (ideación autolítica, autolesiones, desesperanza...) y cuando las sesiones son, al menos al principio, de frecuencia semanal¹⁴. Aquellos estudios en los que incluyen como variable de resultado los intentos de suicidio obtienen resultados más significativos en la eficacia del tratamiento. En adultos la terapia cognitivo-conductual en formato individual o en combinación con la terapia grupal obtiene mejores resultados y en adolescentes la terapia grupal es más eficaz^{13,21}. En pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad con historia de conducta suicida crónica la terapia dialéctica conductual muestra mayor efectividad que otras terapias²²⁻²⁶. La terapia interpersonal en pacientes mayores de 60 años con depresión mayor e ideación autolítica reduce ésta última^{27,28}. No existe evidencia suficiente de la eficacia de la terapia familiar en la reducción de la conducta suicida¹⁴. En aquellos tratamientos en los que se incluye un seguimiento telefónico la reducción de la conducta suicida es más significativa^{16,30}.

Es frecuente, tanto en quienes realizan un intento de suicidio como en quienes tienen ideación autolítica, presentar déficit en habilidades de resolución de problemas y/o la autopercepción de ser incapaz para ello, el incremento y/o

adquisición de dichas habilidades y el entrenamiento en la generalización de las mismas es eficaz en la reducción de la conducta suicida²⁹⁻³². También se ha observado que el manejo de la impulsividad, la regulación de las emociones y la activación conductual orientada a un objetivo juegan un papel importante en la reducción de la conducta suicida^{5,33,34}.

Hasta el año 2009 no existía una intervención específica para los pacientes con conducta suicida en el Servicio Galego de Saúde, siendo éstos derivados a su Unidad de Salud Mental de referencia. Como respuesta a las necesidades de este grupo de pacientes se diseñó el Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida (PII), un programa asistencial y preventivo de la conducta suicida, cuyo objetivo es intervenir en personas con ideación de suicidio expresada o no, detectadas en la consulta de atención primaria y en aquellos que hayan realizado un intento de suicidio y son atendidos en el centro de atención primaria o en urgencias del hospital general. La actividad del programa se inicia en noviembre de 2008 impartiendo formación en la detección y valoración de pacientes en riesgo de suicidio, en los centros de Atención Primaria del área de referencia a especialistas en medicina de familia y al personal de enfermería. El equipo asistencial está formado por un psiquiatra, un psicólogo clínico y una enfermera especialista en salud mental. La asistencia a pacientes se inicia en abril de 2009 hasta la actualidad. El programa tiene como objetivos: a) incrementar la detección de pacientes en riesgo y subsidiarios de recibir la asistencia específica: pacientes con ideas de suicidio de riesgo y pacientes que hagan un intento de suicidio; b) mejorar la asistencia ofreciendo el mejor tratamiento disponible en base a la evidencia científica, garantizando además que sean atendidos en el menor tiempo posible; c) prevenir intentos o reintentos de suicidio en pacientes con ideas de riesgo o intentos de suicidio reciente respectivamente.

El objetivo del presente estudio es la evaluación de la efectividad en la reducción de reintentos de suicidio tras un intento índice en pacientes a seguimiento en el Programa de Intervención Intensiva en conducta suicida.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio en el que se compara una cohorte de pacientes expuestos a la intervención en PII con otra cohorte de pacientes no expuestos y sometidos a terapia convencional.

Los sujetos que forman parte del estudio son los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), tras un intento de suicidio, que han necesitado o no ingreso hospitalario y que fueron posteriormente derivados para tratamiento ambulatorio y acudieron al menos a la primera consulta. La muestra está formada por una cohorte de pacientes a tratamiento en PII entre abril de 2009 y junio de 2010 con un total de 89 pacientes, y otra cohorte de pacientes que reciben tra-

tamiento convencional desde enero de 2007 a diciembre de 2007, con un total de 102 pacientes.

Para ambos grupos de estudio se siguió la definición de Silverman^{35,36} de intento de suicidio recogiendo todos aquellos casos que se ajustan a los tipos: con o sin intencionalidad, con o sin lesiones, pero sin resultado fatal. Entrando en el estudio las autolesiones, conducta suicida no determinada y los intentos de suicidio.

El grupo de pacientes con tratamiento convencional se reclutaron de los pacientes que fueron atendidos en urgencias generales tras un intento de suicidio y valorados por el psiquiatra de guardia, según consta en el registro de urgencias del servicio de psiquiatría. Los datos de este grupo se recogieron de forma retrospectiva, se revisa la historia clínica en un intervalo de un año tras el intento de suicidio por el que fue derivado a tratamiento a su Unidad de Salud Mental de referencia. En los pacientes del grupo de tratamiento en el PII que también fueron atendidos en urgencias generales tras un intento de suicidio se recogió la información de forma prospectiva, durante el periodo de tratamiento de 6 meses y en la consulta de revisión al año de haber iniciado el tratamiento en el programa. Cuando no fue posible recoger la información porque el paciente no acude a la cita anual, se hizo una revisión de la historia clínica, considerándose que había un reintento de suicidio si figuraba una urgencia por este motivo.

En terapia convencional el paciente es visto inicialmente por enfermería en una entrevista de acogida, posteriormente es visto por psiquiatra y/o psicólogo clínico. El tiempo de tratamiento no tiene un tiempo límite determinado, no hay una frecuencia de consultas de seguimiento establecida y se decide tratamiento en función de cada caso.

El tratamiento en el PII la derivación fue a través del psiquiatra de urgencias con el programa, la citación para una primera consulta no fue superior a 15 días. Cuando el paciente acude por primera vez al programa es visto por la enfermera y el psiquiatra. La enfermera realiza una valoración de enfermería y establece el plan de cuidados individualizado. El psiquiatra realiza la evaluación, diagnóstico e inicio y/o seguimiento de tratamiento psicofarmacológico. A la semana siguiente el paciente es citado para iniciar el tratamiento psicoterapéutico, con una media de 10 sesiones. Éste consiste en una intervención específica para pacientes con intentos de suicidio de corte cognitivo-conductual, siguiendo el modelo de tratamiento que el grupo de Berk, Henriques et. al. viene desarrollando en la Universidad de Pennsylvania^{19,37,38}. El tratamiento se distribuye en tres fases:

- Primera fase (sesiones 1 a 3): en la que se realiza una conceptualización cognitiva del caso (identificar creencias, pensamientos automáticos, emociones y conductas que surgen antes del intento autolítico), se crea un plan de crisis (se confecciona una lista de estrategias de afrontamiento que a medida que va avanzando la tera-

pia se van incorporando nuevas estrategias, incluye también números de teléfono donde el paciente pueda llamar y los dispositivos donde acudir cuando tenga una crisis y no pueda manejarla por sí mismo).

- Segunda fase (sesiones 4 a 7): el objetivo es la conducta autolítica, ayudar al paciente a desarrollar estrategias tanto cognitivas como conductuales para un mejor manejo del malestar, mejorar de esta forma su nivel de funcionamiento y afrontamiento a situaciones estresantes y modificar sus pensamientos y creencias disfuncionales sobre el mundo, los demás y sí mismo, para ello aplicamos técnicas cognitivas y estrategias conductuales de afrontamiento que ayuden al paciente al manejo de la ideación autolítica en una situación de crisis y poder prevenir de este modo un intento autolítico. En esta fase se desarrolla el "kit de esperanza", éste consiste en elegir un objeto significativo para el paciente de forma que en un momento de crisis observarlo le conecte con la vida.
- Tercera fase (sesión 8-10): esta es la fase de prevención de recaída. Evaluamos los mecanismos de afrontamiento aprendidos en terapia mediante la discusión sobre los mismos en tres situaciones distintas: intento índice, situación hipotética similar al intento índice y una tercera situación ¿qué sería lo peor que le podría pasar y cómo lo afrontaría, como manejarías las ideas de suicidio que pudieran aparecer?

Hay dos tipos de consultas, las consultas presenciales con psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera, y consultas telefónicas realizadas por enfermería entre sesiones con el objetivo de supervisar las pautas dadas en consulta presencial. La frecuencia, número de consultas totales y distribución de las mismas de los tres profesionales se pueden observar en la Tabla 1. Así mismo se realiza seguimiento asertivo mediante llamada telefónica a los pacientes cuando no acuden a consulta. La duración del tratamiento es de 6 meses, con una consulta de seguimiento al año de inicio del tratamiento. El programa cuenta con un teléfono de apoyo a los profesionales de atención primaria y servicio de urgencias para la evaluación del riesgo de suicidio así como su manejo inicial. El paciente dispone de un teléfono directo para llamar, a lo largo de la mañana de lunes a viernes, en caso de urgencia; fuera de este período los pacientes pueden acudir a los servicios de urgencias del CHUO.

Se creó una base de datos para la recogida de la información en la que se registraron las siguientes variables de estudio:

- Variables sociodemográficas (edad al intento índice, sexo).
- Tipo de tratamiento recibido (convencional / PII).
- Diagnóstico CIE-10.
- Número de intentos previos en el momento de la inclusión en el estudio.
- Número de intentos de suicidio en el año siguiente al

Tabla 1	Tipo y frecuencia de consultas																			
	Semana																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	20	24	52	
Psiquiatra	+		+					+											X	A
Psicólogo		+	+	+		+		+		+			+			+	+		X	A
Enfermera	+	+		+	*	+	*		*	+		*	+		*		+		X	A

+ Consulta presencial, *Consulta telefónica, X Consulta de alta y A Consulta anual

inicio del tratamiento.

- Necesidad de ingreso en cada reintento.
- Suicidio consumado a lo largo del seguimiento.
- Método de suicidio empleado.

Este estudio cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de (CEIC), con número de expediente 2010/473.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento de los datos se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Las variables cualitativas se describen como frecuencias y porcentajes y las variables continuas como media y desviación estándar. Para la comparación de las variables categóricas de ambas cohortes se utilizó el test Chi cuadrado. Para determinar la normalidad de las variables continuas se realizó el test de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov. En la comparación de las variables continuas en relación con expuestos y no expuestos se utilizó la t de Student para las variables gaussianas y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las variables no gaussianas.

Para el análisis de la recurrencia del intento de suicidio se realizó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier y un modelo de Regresión de Cox.

Se consideró estadísticamente significativo aquellos valores de $p < 0,005$. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa SPSS 15.0 para Windows.

Se hace un análisis por intención de tratar, en donde se incluyen los datos de la historia clínica en aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento en ambos grupos y todos los intentos de suicidio que aparecieron en consultas de urgencias realizadas por estos pacientes.

RESULTADOS

Se registraron un total de 191 pacientes (89 del grupo PII y 102 del grupo de tratamiento convencional). La edad media global de los pacientes fue de 39,63 (+16,21) años.

La mayoría eran mujeres 143 (74,9%) y no habían realizado ingreso en el intento índice 150 (78,5%). El método de suicidio más empleado fue intoxicación medicamentos en 146 pacientes (76,4%).

Al comparar ambos grupos (Tabla 2) se observó que no existían diferencias significativas en cuanto a sexo, edad al intento índice, método empleado y necesidad de ingreso. Si existían diferencias significativas en el diagnóstico ($p < 0,001$) y en el número de intentos previos. En el grupo de tratamiento convencional la media de intentos previos es de 0,69 (+ 1,34) y en el grupo de tratamiento en PII la media es de 1,07 (+ 1,4) ($p = 0,013$). En este último grupo el 62,9 % de los paciente recibieron como diagnóstico trastorno adaptativo.

En el grupo que realizó el tratamiento convencional, recayeron al menos una vez un total de 21 pacientes (20,6%), en 6 de ellos se necesitó ingreso, mientras que en la cohorte

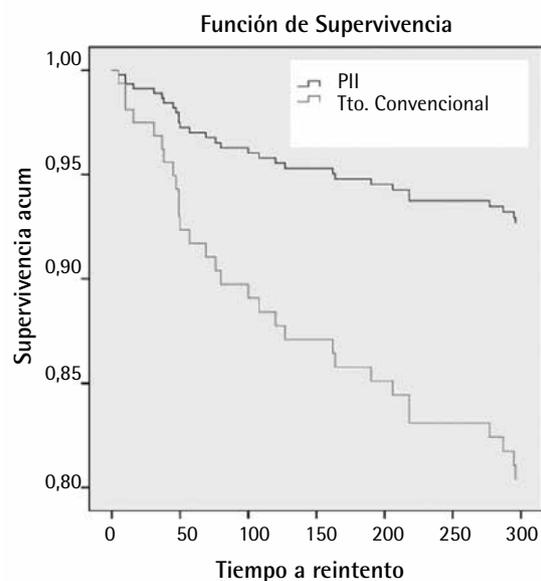


Figura 1

Diferencias significativas en aspectos bipolares entre grupos diagnósticos

Tabla 2

Comparación entre ambos grupos en las variables de estudio: datos demográficos (edad y sexo), ingreso al intento índice, método empleado, diagnóstico CIE-10, intentos previos y recaídas tras inicio de tratamiento

	Tto. PII (n=89)	Tto. Convencional (n=102)	Total (n=191)	p
Sexo (%)				0,260
Mujeres	70 (78,7%)	73 (71,6%)	143 (74%)	
Hombres	19 (21,3%)	29 (28,4%)	48 (25,1%)	
Ingresan	17 (19,1%)	24 (23,5%)	41 (21,5%)	0,457
Edad media (DE)	39,66 (14,71)	39,62 (17,50)	39,63 (16,21)	0,987
Método (%)				0,124
Fármaco	64 (71,9%)	82 (80,4%)	146 (76,4%)	
Agente químico	1 (1,1%)	1 (1,0%)	2 (1,0%)	
Arma Blanca	8 (9,0%)	12 (11,8%)	20 (10,5%)	
Arma Fuego	0 (0,0) %	1 (1,0%)	2 (0,5%)	
Ahorcamiento	5 (5,6%)	4 (3,9%)	9 (4,7%)	
Precipitación	9 (10,1%)	1 (1,0%)	10 (5,2%)	
Otros	2 (2,2%)	1 (1,0%)	3 (1,6%)	
Dx (%)		19 (25,0%)		<0,001
T. Afectivo	16 (18,0%)	24 (31,6%)	35 (21,2%)	
T. personalidad	12 (13,5%)	17 (22,4%)	36 (21,8%)	
T. Adaptativo	56 (62,9%)	16 (15,8%)	73 (44,2%)	
Otros	5 (5,6%)		21 (10,9%)	
Intentos previos media (DE)	1,07 (1,4)	0,69 (1,3)	0,87(1,4)	0,013
Recaen (%)	9 (10,1%)	21 (20, %6)	30 (15%)	0,047

que recibió tratamiento en PII sólo 9 (10%) recayeron y aunque uno de ellos fue un intento consumado ninguno necesitó ingreso. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de recaídas ($p=0,047$). (Tabla 2)

Mediante la estimación de la curva de supervivencia de Kaplan-Meier (Figura 1) se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2=3,99$; $p=0,046$). La media del tiempo a la recaída en el primer reintento del grupo PII fue mayor 340,30 (+8,32) días frente a los que siguieron tratamiento convencional 312,89 (+10,99) días ($p<0,001$). Además se observó que del grupo PII, el 50% de los pacientes que recayeron lo hicieron antes de los 90 días, frente a los 54 días que tardaron en recaer el 50% de los pacientes del grupo de tratamiento convencional.

Posteriormente se realizó un modelo multivariante de regresión de Cox (Tabla 3), para determinar la efectividad del tratamiento ajustado por número de intentos previos, edad, sexo, necesidad de ingreso tras el intento índice y diagnóstico agregado, se observó que la única variable predictiva de recaída era el tipo de tratamiento recibido: los pacientes que han sido atendidos en el programa tienen 2,88 veces menos riesgo de recaer ($p=0,015$).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que los sujetos que recibieron tratamiento en el Programa de Intervención Intensiva (PII) recaen menos, necesitan ingresar menos, y el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento y el primer reintento -caso de producirse- es mayor. Estos resultados son consistentes con los encontrados en otros estudios en los que se evalúa la efectividad de la misma terapia cognitiva breve¹⁶ en la prevención de la conducta suicida: los pacientes que recibieron dicha terapia tenían el 50% menos de probabilidad de recaída durante el periodo de seguimiento frente a los que recibían tratamiento convencional. En España, en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona se viene llevando a cabo desde hace años el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (tratamiento con psiquiatra, psicólogo clínico y enfermería), un programa basado en la educación sanitaria. Un total de 219 pacientes de los que el 67% completaron el seguimiento al año, éste grupo de pacientes fue comparado con un grupo de pacientes de otro distrito que recibía tratamiento convencional, los resultados van en la misma dirección que los nuestros, realizando los pacientes del programa menos intentos de suicidio, el tiempo transcurridos desde el inicio de tratamiento y el primer reintento es mayor, así como necesitaron menos hospitalizaciones³⁹.

Tabla 3 Análisis Multivariante de Cox para determinar factores predictores de intento suicida

	B	Sig.	Exp(B)	95,0% IC para Exp(B)	
				Inferior	Superior
Cohorte (PII)	-1,058	0,015	0,347	0,148	0,814
Sexo(Hombre)	0,366	0,437	1,443	0,572	3,636
Edad (años)	-0,002	0,869	0,998	0,972	1,024
nº intentos previos	0,134	0,221	1,143	0,922	1,417
Ingreso	-0,413	0,363	0,661	0,272	1,611
Diagnóstico		0,344			
Personalidad	-0,028	0,957	0,972	0,347	2,723
Adaptativo	-0,501	0,367	0,606	0,204	1,799
Otros	-1,238	0,124	0,290	0,060	1,402

Cohorte (PII): Pacientes tratados en el programa de intervención intensiva (Variable de referencia no tratados con programa PII); Sexo (Hombre): Sexo del paciente (Variable de referencia Mujer); Edad: Edad en años al inicio del tratamiento; Ingreso: Pacientes que necesitaron ingreso tras intento índice (variable de referencia pacientes sin ingreso); Diagnóstico psiquiátrico según CIE 10 del paciente al inicio del tratamiento (Variable de referencia diagnóstico afectivo)

La eficacia de la intervención en términos de proporción de pacientes que recaen es independiente del sexo, edad, ingreso tras el intento índice, el número de intentos previos y el diagnóstico (aun habiendo diferencias significativas entre ambos grupos en las dos últimas variables). Se convierte de esta manera como único factor predictor de supervivencia el recibir tratamiento específico en el PII. A diferencia del estudio anteriormente mencionado¹⁶ en el que no encontraron diferencias cuando, al aplicar el modelo de regresión de Cox, controlan la edad y sexo.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que es obligado comentar. Por un lado al tratarse de un estudio retrospectivo para el grupo de tratamiento convencional y prospectivo para el grupo de tratamiento en PII, se pueden esperar diferencias y sesgos al recoger información. Sin embargo, en este caso esto favorece a los pacientes de tratamiento convencional pues es de esperar una tendencia a recoger menos recaídas, al ser retrospectiva la recogida de información en el seguimiento de un año y por tanto podrían aparentar una mejor evolución. A pesar de esto los datos favorecen al grupo del programa.

Los diagnósticos fue necesario agruparlos en cuatro grupos, debido a la diversidad y al reducido tamaño de la muestra, para permitir un nivel mínimo de análisis (Tabla 2). Las diferencias por diagnósticos encontradas podrían hacer sospechar que ambas muestras no fueran homogéneas, pero hemos incluido a todos los pacientes atendidos en ambos grupos y que cumplieran con los criterios de inclusión y por tanto creemos que no es un problema de sesgo en el muestreo. Analizando el proceso de recogida de información se vio que las diferencias se podrían deber al diferente momento de recogida del diagnóstico. En urgencias, para el grupo de tratamiento convencional, y en la primera consulta, para

el grupo del programa. Por tanto no se puede concluir que las muestras no fueran homogéneas en cuanto al diagnóstico. Lamentablemente, esta diferencia nos impide alcanzar conclusiones fiables en cuanto al diagnóstico.

Otra limitación del estudio, debido a su carácter retrospectivo en los que reciben tratamiento convencional, es no disponer de datos de abandono debido a la dificultad de identificar pacientes que hubieran abandonado el tratamiento en este grupo. Por tanto, solo se dispone de datos de abandono en el grupo de tratamiento, lo cual si bien no perjudica los datos de eficacia, limita la información concerniente a aceptabilidad y capacidad de adherencia de los pacientes al tratamiento. Los datos de eficacia no se ven afectados al realizarse un análisis por intención de tratar, incluyendo a todos los pacientes reclutados, con la ventaja de conocer además la variable principal en todos los pacientes, completaran el tratamiento o no. Esta diferencia es una vez más un sesgo que favorece la evolución del grupo de tratamiento y hace pensar que las diferencias en eficacia podrían ser aún mayores de las encontradas.

El intento previo de suicidio se identifica de forma consistente en la literatura como uno de los factores de riesgo más importantes para suicidio^{1,3,40-43}. Vemos que el grupo de tratamiento en PII parte con una mayor carga en antecedentes de conducta de suicidio y por tanto se puede considerar como una muestra más grave. A pesar de esta desventaja el programa consigue demostrar eficacia, siendo de esperar entonces en pacientes de igual riesgo una mayor efectividad.

Por tanto podemos afirmar que una intervención específica, sencilla y económica, pues no requiere de grandes tecnologías, orientada a grupos de riesgo, previene la reincidencia en conducta suicida^{13,14,17-19,44-46}. La tasa de muertes

por suicidio es una variable importante y obligada en este tipo de estudios, pero su infrecuencia hace necesario el uso de muestras mucho más amplias, cosa que quedaba muy lejos de nuestro alcance. Consideramos de vital importancia el desarrollo de estudios multicéntricos que permitan evaluar la eficacia de intervenciones similares en suicidio consumado y predecir con mayor precisión qué factores influyen en la prevención del suicidio.

AGRADECIMIENTOS

Subdirección Xeneral de Xestión Socio-sanitaria e Saúde Mental, Unidad de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Este programa ha sido financiado por los fondos de cohesión interterritoriales del sistema nacional de salud, que fueron cedidos por la subdirección Xeneral Socio-sanitaria e Saúde Mental del Servicio Galego de Saude (SERGAS).

BIBLIOGRAFÍA

- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37):1-11.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
- Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. In: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies an Evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
- Oquendo M, Curruier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiatría: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Mental*. 2009;2(2):63-5.
- Bille Brahe U. Suicidal Behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 (citado 31 enero 2011). Disponible: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicatonsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: departamento de salud Mental y Toxicología, Organización mundial de la Salud (citado el 10 de mayo de 2010). Disponible in: www.who.int/entity/mental-health/media/primaryhealthcare-workers-spanish.pdf.
- World report on violence and health. Genova: WHO; 2002 (citado 18 ene 2010). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7-eng.pdf.
- European Commission: European Pact for Mental Health and Well-being. 2008.
- Estrategia de Salud Mental del Sistema nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Plan Estratégico de Saude Mental de Galicia 2006-2011. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org>
- Terrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008;32(1):77-108.
- Grupo de Trabajo sobre la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2011. Informe 2010/02.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe N°: 16.
- Brown GK, Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollanderr JE, Beck AT. Cognitive Therapy for the prevention of Suicide Attempts. A randomized Controlled Trial *Journal Am. Medical Association*. 2005(294):563-270.
- Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: results from de Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BO SCOT) Trial. *J Pers Disord*. 2006;20(5):450-65.
- Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):202-11.
- Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications. American Psychological Association, Washington. 2009.
- Baca Barcia E. En: Bobes J, Giner J, Sáiz PA, editores. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela; 2011: P. 145-61.
- Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1246-53.
- Van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43:1231-41.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-66.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:922-28.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1365-74.
- Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Randomized Controlled Trial in Depressed Older Primary Care Patients: A Reducing Suicidal Ideation and Depressive and Depressive Symptoms. *JAMA*. 2004;291(9):1081-91
- Alexopoulos GS, Reynolds CF, 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(8):882-90.
- Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a Problem-Solving

- Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cogn Ther Res*. 2008;32:227-45.
30. Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Jr., Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(10):1550-6.
 31. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a suicidal prevention centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *Eur Psychiatry*. 2005;20:121-8.
 32. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
 33. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15:205-16
 34. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33:395-405.
 35. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life threat Behav*. 2007;37(3):248-63.
 36. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life threat Behav*. 2007;37(3):264-277.
 37. Berk MS, Henriques GR, Warman DM, Brown GK, Beck AT. A cognitive therapy intervention for suicide attempters: an overview of the treatment and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2004;11:265-77.
 38. Henriques G, Beck AT, Brown GK. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American behavioral scientist*. 2003;46(9):1258-68.
 39. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solá I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp. Psiquiatr*. 2011;39(5):280-287.
 40. Hawton K, Harriss L, Hall S, et al. Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*. 2003;33(6):987-95.
 41. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70(7):271-85.
 42. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Internet]. American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
 43. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
 44. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Technol Assess*. 2008;12(14).
 45. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):284-90.
 46. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(6):662-70.