

Carmen Tejedor<sup>1</sup>  
Ana Díaz<sup>1</sup>  
Gustavo Faus<sup>2</sup>  
Víctor Pérez<sup>1</sup>  
Ivan Solà<sup>3</sup>

# Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
UAB, Barcelona

<sup>2</sup>Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample  
Centre Psicoteràpia Barcelona  
Serveis de Salut Mental

<sup>3</sup>Servei d'Epidemiologia i Salut Pública  
Institut d'Investigació Biomèdica (IIB)  
Sant Pau, Barcelona

**Fundamento y objetivo:** el suicidio y las conductas autodestructivas son en parte un problema sanitario pero también social y personal. En este sentido, la actuación desde la salud pública y comunitaria es importante para aumentar la supervivencia de las personas en riesgo suicida. El objetivo de este trabajo es mostrar algunos resultados de un programa basado en la educación sanitaria de la población general y el establecimiento de circuitos asistenciales específicos para el seguimiento de esta población de riesgo.

**Material y método:** El Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), llevado a cabo en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona, incluyó a 219 pacientes de los que 148 (67,5%) completaron el seguimiento al año. Se seleccionó un grupo de comparación de 180 pacientes, procedentes de otros distritos colindantes en los que no se realizaba el PPCS, 167 de los cuales completaron el seguimiento.

**Resultados:** en las comparaciones de ambos grupos las principales diferencias significativas fueron que los pacientes que entran en el PPCS consultaron más frecuentemente por ideas suicidas que el de comparación (36 % vs 25%), presentaron menos ingresos hospitalarios (6% vs 36%), repitieron menos tentativas suicidas al año de seguimiento (11% vs 32%) y el tiempo hasta la repetición fue mayor.

**Conclusiones:** La detección precoz de las ideas suicidas y la adherencia a la terapia post-tentativa, como se observa en los pacientes del PPCS, disminuye las recidivas. Se requieren nuevos estudios más prolongados que reduzcan también la mortalidad suicida.

**Palabras clave (de acuerdo al DeCS):**

Suicidio, Intento de suicidio, Conducta de reducción del riesgo, Educación en salud, Estudios de seguimiento, "Evaluación de procesos y resultados (Atención de salud)"

*Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(5):280-7

**Correspondencia:**

Dra. C. Tejedor  
Servicio de Psiquiatría Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona.  
Calle Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret 167., 08025 Barcelona. España.  
FAX 93 2919399  
Correos electrónicos: ctejedor@santpau.cat

## Outcomes of a suicide prevention program in the general population. Barcelona dreta eixample district

**Background and objective.** Suicide and self-destructive behaviors are not only health problems but are also related to social and personal aspects. Public health and community action can play an important role in increasing survival among those at risk. We present the results of a program based on health education among the general population and in a specific health care setting to monitor the at risk population.

**Subjects and Method.** The Suicide Behavior Prevention Program (SBPP) developed in the Dreta de l'Eixample district in Barcelona city included 219 patients, 148 (67.5%) of whom completed a 12-month follow-up. We selected a comparison group from a neighboring district that did not have a SBPP. This group was made up of 180 patients, 167 of whom completed the 12-month follow-up.

**Results.** Main differences between the two groups were that patients who were enrolled in the SBPP consulted more often for suicidal thoughts than those in the comparative group (36% vs 25%), had fewer hospital admissions (6% vs 36%), presented fewer repeated suicide attempts over the 12-month follow-up (11% vs 32%) and showed longer time to repeat attempt.

**Conclusions.** Early detection of suicidal ideation and adherence to post-suicide attempt treatment reduce the risk of recurrent suicide attempts. Further studies with longer follow up may help to reduce suicide mortality.

**Key words (MEDLINE MeSH):**

Suicide, "Suicide, attempted", Risk reduction behavior, Health education, Follow-up studies, "Outcome assessment (Health care)"

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es posiblemente la muerte más desoladora, tanto para el suicida como para los que le sobreviven; ignorada frecuentemente por el medio social. En España es la primera causa de muerte por agentes externos desde 2009. Cada año se suicidan en el mundo casi un millón de personas, 163.000 europeos, lo que representa una tasa de 17,5 suicidios por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. En España la tasa de suicidios es inferior<sup>2</sup>, situándose alrededor del 8 por 100.000 habitantes en 2006, con una mayor frecuencia entre los varones (12,6) que entre las mujeres (3,5).

Por cada suicidio consumado se realizan entre 20 y 30 intentos suicidas, con lo que el riesgo de recidiva es importante. Hasta un 35-50% repiten el intento, sobre todo mediante intoxicaciones medicamentosas voluntarias. Entre los muertos por suicidio un 40% han realizado previamente un intento suicida y por ello el intento se convierte en un riesgo elevado de posterior consumación. Entre el 10 y el 15% de las tentativas iniciales consuman el suicidio en los 10 años posteriores. El riesgo de recidiva del intento suicida ha ido aumentando con el tiempo, y se ha observado la aparición de los "grandes repetidores", que realizan múltiples tentativas de baja intención letal, dando lugar al concepto de para-suicidio o suicidio crónico<sup>3</sup>.

Las autoridades sanitarias han abordado este problema con propuestas para reducir la mortalidad suicida hasta en un 20%<sup>1,4,5</sup>.

En la literatura científica se ha evaluado la eficacia de numerosos programas, los resultados son moderados cuando persiguen la disminución de la mortalidad, pero con un efecto notable en la disminución de la repetición y la supervivencia tras los intentos suicidas. No obstante, las críticas fundamentales a estos estudios se centran en destacar la brevedad de los mismos, la exclusión de estos pacientes por los límites éticos ligados a los ensayos clínicos aleatorizados, o bien la exclusión de estos pacientes en estudios que evalúan la eficacia de antidepresivos<sup>6-9</sup>.

Los programas de educación y sensibilización han mostrado su relevancia en la asistencia primaria. En este ámbito, hasta un 25% de enfermos atendidos presentan sintomatología psiquiátrica, y se ha mostrado que el 60% de los suicidas fueron visitados durante el mes anterior a su muerte sin que se detectara el riesgo. Además, hasta un 30% de los suicidas mayores de 65 años no están vinculados a los Centros de Salud Mental siendo asistidos únicamente por los médicos de familia. El adecuado conocimiento de estos profesionales sobre los trastornos depresivos y los factores de riesgo suicida, especialmente la detección de ideas suicidas, son decisivos para la prevención<sup>10-12</sup>.

Por otro lado, los "gatekeepers" o catalizadores de la red social también tienen un papel importante en la detección de signos de alarma y conductas de riesgo<sup>13</sup>.

Para la población general, el suicidio continúa siendo un tabú en casi todas las sociedades. Por ello en los programas de prevención comunitaria, ya desde 1960, se publicitaron una serie de mitos y prejuicios sobre el suicidio para la población general cuya vigencia continúa<sup>14</sup>. La educación médica permite identificar planes pre-suicidas reales, disminuye la censura social y facilita comunicar las ideas autodestructivas.

Los trastornos mentales<sup>15</sup> y los antecedentes suicidas son los factores de riesgo de mayor relevancia, por lo que algunos programas han analizado distintos síntomas y tiempos evolutivos con mayor riesgo<sup>16,17</sup>.

La evaluación de intervenciones dirigidas a disminuir la conducta suicida ha mostrado resultados dispares. La comparación entre diferentes antidepresivos no presenta resultados concluyentes, ya que algunos estudios han señalado que en los países donde se prescriben con mayor frecuencia antidepresivos ha decrecido la tasa de conductas suicidas, pero no en otros países<sup>18-21</sup>. Los resultados son mejores si se administra litio a pacientes bipolares respondedores<sup>22</sup>, o si se tratan con clozapina los pacientes esquizofrénicos crónicos<sup>23</sup>.

Por otro lado, los enfoques psicoterapéuticos cognitivo-conductuales han mostrado una reducción de recidivas de los intentos suicidas, en los trastornos o rasgos de la personalidad que facilitan el descontrol de los impulsos<sup>24-26</sup>.

Los programas de intervención y seguimiento de las tentativas suicidas, han demostrado que entre los 12 y los 24 meses posteriores se agrava el riesgo tanto de repetición, como de consumación<sup>27,28</sup>.

El riesgo de provocar una imitación de la conducta suicida ha derivado en una prudencia, a veces excesiva, que hace silenciar la problemática del suicidio y sus condicionantes; sin embargo, los medios también son eficaces para la adecuada información sobre la realidad suicida. Internet merece un comentario especial, sobre todo de cara a la población adolescente y joven<sup>29-32</sup>.

En Cataluña, el Departament de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat de Catalunya promovió un programa de prevención del suicidio en el distrito de la Dreta del Eixample de Barcelona<sup>4</sup>.

El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados de ese programa, dirigido a comprobar si la detección precoz de la ideación suicida disminuye la proporción de actos suicidas, y si también repercute sobre la repetición de la conducta suicida.

## METODOLOGÍA

El Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), se ha desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de

Barcelona. Está coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) y el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample – Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis de Salut Mental (CSMA.CPB.SSM). El PPCS se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008.

En la primera fase, de septiembre 2005 a abril 2006, se creó un equipo multidisciplinar para tomar contacto con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos sociales en los que se debía asentar el PPCS. Se consensuó un protocolo de recogida de datos y se diseñaron los circuitos asistenciales para los pacientes desde los diferentes dispositivos implicados.

En la segunda fase se elaboró un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas adaptadas a cada grupo, y se elaboraron una serie de materiales audiovisuales (trípticos, DVD) para informar y alertar sobre el tema del suicidio<sup>34</sup>. También se creó un sitio web ([www.suicidioprevention.com](http://www.suicidioprevention.com)) para la identificación precoz de los signos de alerta, que ofrece la posibilidad de consulta directa con profesionales adscritos al PPCS a través de una dirección de correo electrónico<sup>31</sup>.

A nivel comunitario la actividad de psicoeducación sobre el riesgo suicida se extendió a las áreas básicas de salud, "gatekeepers": servicios de bienestar social, dispositivos de asistencia geriátrica, servicios de urgencias hospitalarias, asociaciones cívicas del distrito, comerciantes, familiares de enfermos mentales, comisión de pastoral diocesana, fuerzas de seguridad y bomberos, gestores de transporte público, y medios de comunicación.

La tercera fase del PPCS, entre abril 2006 y diciembre 2007, se destinó a la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida. Los diferentes recursos asistenciales se dirigieron a la atención preferente en un máximo de 48 horas para asegurar la continuidad asistencial. Se diseñó un plan terapéutico individualizado, en el que se asignaba un psiquiatra de referencia encargado de coordinar la asistencia durante los 3-6 meses en que el paciente era atendido en el PPCS. Después de dicho periodo el paciente se integraba en el circuito asistencial de salud mental. También se organizaron grupos de psicoterapia cognitivo conductual y de intervención en crisis, así como de ayuda a los supervivientes. A partir de la interconsulta hospitalaria se atendía a los pacientes ingresados que requerían cuidados médico-quirúrgicos.

Los pacientes acudían al PPCS derivados de los servicios de urgencias de psiquiatría, de los médicos de familia del sector y de la interconsulta hospitalaria. Todos los pacientes derivados al programa fueron evaluados por un psiquiatra, éste determinaba la inclusión definitiva al mismo. Los criterios de inclusión fueron:

1. ser mayor de 18 años,
2. haber realizado un intento de suicidio o presentar ideación suicida activa en el momento de la evaluación inicial,
3. que el paciente accediera a participar en el PPCS voluntariamente.

El protocolo de estudio incluía variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, convivencia y situación laboral), antecedentes familiares psiquiátricos y de conductas suicidas, antecedentes personales psiquiátricos y de conductas suicidas, diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM IV-TR, si realizaba tratamiento previamente, valoración de la conducta suicida actual según las recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales RTM-III<sup>33</sup> (tipo, método, gravedad somática, impulsividad, existencia de tentativa previa y número de tentativas previas), valoración de la ideación suicida con el ítem de suicidio de la escala Hamilton para la depresión y con el ítem de suicidio de la escala autoaplicada para la depresión de Beck, tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico indicado, derivación.

Los datos del protocolo fueron recogidos por el psiquiatra, mediante entrevista semi-estructurada estandarizada.

Durante el tiempo que los pacientes estuvieron en el PPCS se les realizaron visitas con psiquiatra, psicoterapia individual o grupal con psicólogo clínico y enfermería, consultas a asistente social si precisaban.

En la cuarta y última fase se realizó el seguimiento, durante el año 2008. Se evaluaba a los pacientes a través de entrevistas protocolizadas presenciales o telefónicas a los 6 y 12 meses, realizadas por el psiquiatra o la enfermera, recogiendo datos sobre la repetición de la conducta suicida, si habían requerido ingreso hospitalario por conducta suicida, el seguimiento en el programa o la mortalidad.

Los resultados que se presentan a continuación comparan a los pacientes que realizan el programa en el sector de estudio con otros pacientes que han consultado por el mismo motivo y que residen en sectores diferentes, fuera del área de influencia del PPCS.

La Dreta del Eixample es un barrio con 125.000 habitantes cuyas características sociodemográficas son similares a las de los barrios colindantes de la ciudad de Barcelona. La mayoría de población la forman jóvenes (34%) y adultos (34%), mientras que el 22% son mayores de 65 años. El 55% son mujeres y el 15 % viven solos.

Se trataron los datos a través de un análisis estadístico descriptivo. La descripción de las variables categóricas se realizó mediante tablas de contingencia, comprobando la inferencia (p valor) mediante la prueba de chi cuadrado o del test exacto de Fischer según correspondiera. Para las

variables cuantitativas se calcularon medias y sus respectivas desviaciones estándar (DE) para cada grupo, y en este caso la inferencia se calculó con la prueba de t de Student de datos independientes. La aproximación en todos los casos fue bilateral, con valor de significación del 5% ( $\alpha = 0,05$ ). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.15.0.

## RESULTADOS

Entre septiembre de 2005 a diciembre de 2007 se atendieron 1.316 pacientes con conducta o ideación suicida. Desde el inicio del Programa asistencial en abril de 2006 a su final en diciembre de 2007, se asistieron 325 sujetos de la Dreta de l'Eixample y 664 de otras zonas. En la figura 1 se muestran las sub-poblaciones en función del sector de procedencia y del inicio del programa asistencial (antes y después de abril 2006). A continuación se describen los resultados observados en las poblaciones atendidas después del inicio del programa asistencial en abril 2006.

De los 325 pacientes de la Dreta de l'Eixample, sólo se incluyeron en el Programa 219. El resto no participó y fueron remitidos a su psiquiatra habitual (60%), estaban vinculados a programas de drogodependencias (20%), o no participaron por otros motivos (20%).

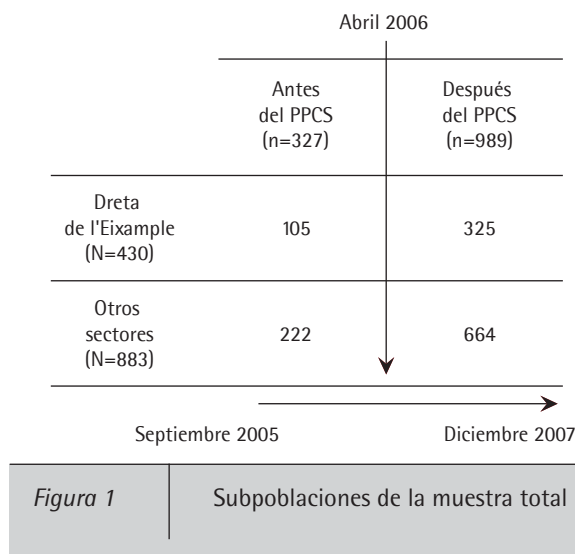
De los 664 pacientes de otras zonas, sólo se incluyeron 180 en el grupo control, pertenecientes a un mismo barrio, que recibieron asistencia de manera contemporánea a los pacientes del PPCS y que accedían voluntariamente a realizar los controles a los 6 y 12 meses.

Así, los datos de 219 pacientes de la Dreta de l'Eixample incluidos en el PPCS se compararon con los 180 pacientes del grupo control.

De los 219 pacientes incluidos en el PPCS, 152 realizaron el seguimiento hasta los 6 meses y 148 finalizaron y se evaluaron al cabo de los 12 meses (en estos 6 meses 2 pacientes consumaron el suicidio y otros 2 se perdieron). De los 67 pacientes que no finalizaron, 44 de ellos fueron dados de alta al cabo de 2 o 3 visitas ya que no persistía la ideación suicida, o se había resuelto su situación de crisis. Los 23 restantes abandonaron el seguimiento.

De los 180 pacientes del grupo control, completaron el seguimiento telefónico a los 6 meses un total de 172 pacientes y 167 lo hicieron a los 12 meses. Un paciente consumó el suicidio entre los 6 y los 12 meses, y el resto (4) no fueron localizados. En definitiva, 148 pacientes completaron el PPCS, y se pudo comparar su resultado con el de 167 pacientes de otros sectores al año de seguimiento.

Los datos sociodemográficos son similares entre el grupo PPCS y el de control en cuanto a edad, distribución por



sexo y convivencia (tabla 1). Se observó una diferencia de mayor porcentaje en el grupo control de solteros y pensionistas adultos jóvenes.

La tabla 2 muestra diferencias en la distribución diagnóstica (ejes del DSM-IV) entre las dos poblaciones, principalmente en el eje I. En el grupo PPCS predominan los Trastornos afectivos y de la adaptación, en cambio en el grupo control hay más Trastornos psicóticos y Trastornos de dependencia a tóxicos. Respecto al eje II, la proporción entre los diagnósticos fue similar. En cuanto al nivel de adaptación social en el último año (eje V), la puntuación es la misma en ambos grupos.

Merecen especial atención las características de la conducta suicida (tabla 3). La distribución de las tentativas suicidas y la ideación fue inversa en ambos grupos, con un mayor porcentaje de ideas suicidas en el grupo PPCS (55% vs 39%;  $p < 0,0001$ ) y mayor porcentaje de tentativas en el grupo control (31% vs 57%;  $p < 0,0001$ ). El método autolítico utilizado, la gravedad somática y la impulsividad de la conducta fueron similares en ambos grupos. En el grupo control hubo más pacientes con tentativas previas, pero el número de tentativas previas fue similar.

Es muy significativa la menor proporción de ingresos hospitalarios en el grupo PPCS (6,5%) comparada con la del resto de participantes (36,5%) (tabla 4).

A pesar de haber realizado un seguimiento a los 6 meses, no presentamos dichos resultados porque están en la misma línea que los de los 12 meses.

A los 12 meses de seguimiento el 32 % del grupo control repitió la tentativa suicida, porcentaje que fue únicamente

Tabla 1	Datos sociodemográficos, comparativa PPCS vs grupo Control		
Datos Sociodemográficos	PPCS n=219	Grupo Control n=180	
Sexo			
Hombres	31%	39%	p=n.s.
Mujeres	69%	61%	
Edad			p=n.s.
Media (DE)	41,6 (14,2)	41,9 (15,6)	(IC -3,26, 2,73)
Estado civil			p=0,029
Solteros	35%	49%	
Casados	33%	27%	
Otros	32%	24%	
Convivencia			p=n.s.
Viven solos	18%	17%	
Viven acompañados	82%	83%	
Situación laboral			p=0,001
Trabaja	60%	43%	
Parado	16%	15%	
Pensionista	17%	32%	
Otros	7%	10%	

Tabla 2	Diagnóstico DSM-IV TR, comparativa PPCS vs grupo Control		
Diagnóstico DSM-IVTR	PPCS n=219	Grupo Control n=180	
Eje I			
T Afectivo	48%	32%	p<0,0001
T Psicótico	4%	15%	
T Adaptativo	32%	15%	
T Ansiedad	7%	6%	
T Dep. tóxicos	3%	15%	
Sin diagnóstico	6%	17%	
Eje II			p=n.s.
Cluster B	36%	40%	
Otro	6%	5%	
Sin diagnóstico	58%	55%	
Eje V			p=n.s.
Media (DE)	62 (8,7)	62 (11,7)	(IC -2,27, 2,27)

del 11% entre los pacientes que siguieron en el PPCS. Éstos últimos también realizaron una media inferior de repeticiones (1,5 vs 2,9; p=0,001). El número de ingresos durante el seguimiento fue la mitad en el grupo PPCS que en el grupo control (9% vs 18%; p=0,03) (tabla 5).

Cinco pacientes que vivían en el sector Dreta de l'Eixample consumaron el suicidio durante el periodo de es-

Tabla 3	Conducta suicida, comparativa PPCS vs grupo Control		
Conducta suicida	PPCS n=219	Grupo Control n=180	
Tipo de Conducta Suicida			
Tentativa	31%	57%	p<0,0001
Suicidio Frustrado	6%	1%	
Autolesión	4%	5%	
Ideas suicidas	59%	37%	
Método			p=n.s.
Intoxicación Fármacos	73%	81%	
Violento	18%	10%	
Otros	9%	9%	
Gravedad Somática			p=n.s.
Leve	75%	84%	
Moderada	15%	12%	
Grave	10%	4%	
Tiempo entre idea y acto (impulsividad)			p=n.s.
Menos de 1 h	63%	70%	
Más de 1 h	37%	30%	
Existencia de tentativa previa			p<0,0001
Si	33%	54%	
No	67%	46%	
Nº tentativas previas			p=n.s.
Media (DE)	3,19 (3,1)	3,44 (3,6)	(IC -1,35, 0,85)

Tabla 4	Tratamiento previo y derivación, comparativa PPCS vs grupo Control		
Tratamiento y derivación	PPCS n=219	Grupo Control n=180	
Realiza tratamiento previo			p=n.s.
Si	72%	78%	
No	28%	22%	
Derivación			p<0,0001
Ingreso	6,5%	36,5%	
Hospital de día	2,5%	3%	
Ambulatorio	89,5%	56,5%	
Alta sin seguimiento	1,5%	4%	

tudio, de ellos 2 mujeres estaban vinculadas al programa de prevención, los otros 3 (1 mujer y 2 varones) tenían vinculación con su dispositivo de asistencia primaria.

Tabla 5			
Seguimiento 12 meses, recaída conducta suicida. Comparativa PPCS vs grupo Control			
Seguimiento 12 meses	PPCS n=148	Grupo Control n=167	
Repiten T suicidio a los 12 meses			
Sí	11,5%	32%	p<0,0001
No	88,5%	68%	
Nº de repeticiones 12 m			p=0,001
Media (DE)	1,59 (0,79)	2,92 (2,49)	(IC -2,12, -0,55)
Tiempo en meses hasta la 1ª repetición			p=0,049
Media (DE)	5,29 (4,2)	3,38 (3,07)	(IC 0,006, 3,81)
Requiere ingreso por riesgo suicida 12 meses			
Sí	9,5%	18%	p=0,034
No	90,5%	82%	

## CONCLUSIONES

La importancia de este trabajo está en la significativa reducción de la recidiva de la conducta suicida y de las hospitalizaciones, así como la necesidad de una detección correcta y precoz de las ideas suicidas que confirman la efectividad del PPCS.

También es interesante señalar la novedad de la experiencia en nuestro entorno, por ser un programa preventivo y comunitario dirigido a la población general, basado en la educación sanitaria de las conductas autodestructivas y la coordinación de los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales, para una asistencia inmediata, intensiva, y que garantiza el seguimiento y la adherencia a los dispositivos de salud mental.

La información sanitaria realizada a través de medios audiovisuales, divulgando los recursos de atención inmediata para las personas en riesgo, no provocó una "epidemia de tentativas de suicidio" ni una sobredemanda asistencial. Este hecho se confirma en otras experiencias previas<sup>34-36</sup>.

Entre los pacientes atendidos por conducta suicida que pertenecen al sector Dreta de l'Eixample hubo un porcentaje mucho mayor de ideas autolíticas que en el grupo control, debido posiblemente a que la fase del programa dirigida a la psicoeducación determinó la detección de dichas ideas en una fase más temprana, ya sea por la intervención de asistencia primaria o por la iniciativa de los pacientes o su familia. Los resultados son indicativos de que la informa-

ción razonada sobre el riesgo suicida facilita la petición de ayuda<sup>35</sup>.

Un marcador de la eficacia del programa se refleja en que los pacientes que realizaron el PPCS repitieron menos tentativas de suicidio que los del grupo control al año de seguimiento. En este periodo, descrito como de mayor riesgo de recidiva, la intervención pluridisciplinar (psiquiátrica, psicológica individual o grupal, trabajo social) se ha mostrado altamente eficaz para la disminución de la recidiva<sup>37-39</sup>.

Asimismo, disponer de circuitos ambulatorios de atención inmediata y con una gestión individualizada de los casos, hacen que disminuya la necesidad de ingresos hospitalarios. En distritos donde no se dispone de asistencia ambulatoria específica, el número de hospitalizaciones para la contención del riesgo suicida es mayor durante las situaciones de descompensación clínica o crisis del paciente<sup>40</sup>.

Las diferencias sociodemográficas encontradas entre los pacientes del PPCS y los del grupo control señalan que en éste existe mayor porcentaje de solteros y pensionistas. Esto podría deberse a que en el grupo control hay más pacientes con diagnóstico de Trastorno psicótico y Trastorno por dependencia a tóxicos.

Por otra parte, la evaluación de los resultados se ha realizado prospectivamente, en un diseño longitudinal y con grupo de control, siguiendo el diseño de otros estudios disponibles en la literatura<sup>8</sup>.

Entre las limitaciones, está en primer lugar la dificultad para delimitar cuál de las fases del programa tiene mayor eficacia respecto a las otras (educación sanitaria, asistencia individualizada o coordinación de los recursos). En segundo lugar, la diferencias sociodemográficas y diagnósticas entre los dos grupos de estudio podrían relativizar algunos resultados. Esta situación podría resolverse con un diseño de estudio con casos apareados. En tercer lugar, la mortalidad por suicidio no ha podido ser evaluada por la ausencia de datos estadísticos en cada sector de población. Los casos conocidos han sido reseñados por información de los propios vecinos. En cuarto lugar, el riesgo suicida, al mantenerse a lo largo del tiempo, sugiere la conveniencia de un seguimiento a más largo plazo. No obstante, el mayor riesgo se ha observado durante el primer año de seguimiento en otros estudios<sup>41</sup>.

Siempre es una urgencia psiquiátrica la valoración del riesgo de suicidio y una necesidad la existencia de circuitos asistenciales específicos para el tratamiento de este síndrome. La detección de la idea suicida y la adherencia a la terapia después de una tentativa, como se observa en el PPCS, disminuye las recidivas y las hospitalizaciones. Se requieren nuevos estudios más prolongados que permitan aumentar el tiempo de supervivencia y reducir la mortalidad suicida.

## AGRADECIMIENTOS

Proyecto financiado por el Departament de Salut Mental de la Conselleria de Sanitat de Catalunya. Directora del Pla de Salut Mental: Sra. Cristina Molina

Equipo de trabajo del PPCS:

Hospital de Sant Pau: Servei d'Epidemiologia i Salut Pública: Ignaci Gich, Teresa Puig. Judit. Farré DUE, Carmen Gómez Trabajo Social, Joaquin. Soler, Psicologo, Gloria. Bages Secretaria médica, Montserrat Borrás DUE.

Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample Centre Psicoteràpia Barcelona Serveis de Salut Mental.: Montserrat. Puig Psiquiatra, David. Closas Psicologo, Roser. Blanquer Psicologo, Ana Gabaldá. Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

- WHO Europe. Mental Health: facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva, World Health Organization, 2005; p. 195.
- Fageda A, Panicali F, Pujiula J, Farrés C, Sánchez Moreno J, Vieta E. Mortalidad por suicidio en Olot desde 1936 hasta 2000. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(5):282-8.
- Kreitman, N. Parasuicide. London: Wiley, 1977.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut pe a l'any 2010. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-74.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
- Rodgers PL, Sudak H S, Silverman MM, Litts DA. Evidence-Based Practices Project for Suicide Prevention. *Suicide Life-Threat Behav* 2007;37(2):154-64.
- Goldney RD. Suicide Prevention. A Pragmatic Review of Recent Studies. *Crisis* 2005;26(3):128-40.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-4.
- Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36(9):1225-33.
- Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A Suicide Prevention Program in a Region With a Very High Suicide Rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(8):914-20.
- Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry* 2007;190:11-7.
- Farberow NL, Shneidman ES (eds). *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.1961.
- Acosta Artilles F, Aguilar Garcia-Iturraspe E, Cejas Méndez M, Gracia Marco R, Caballero Hidalgo A, Siris S. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):42-8.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:1635-43.
- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:822-35.
- Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001;10:525-30.
- Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2005;65:165-72.
- Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;330:396.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyond blue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:248-54.
- Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes J. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomised trials. *Am J Psychiatry* 2005;162:1805-19.
- Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R et al. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
- Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-70.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001764.
- Tejedor MC, Díaz A, Castellón JJ, Pericay JM. Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:205-11.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317:441-7.
- Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales en los medios de comunicación. OMS. Ginebra 2000.
- Pirkins J, Blood RW, Beautrais A, et al. Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis* 2006;27:82-7.
- Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and internet. *BMJ* 2008;336:800-2.
- Crane C, Hawton K, Simkin S, Coulter P. Suicide and the Media: Pitfalls and Prevention. *Crisis* 2005;26(1):42-7.
- Tejedor C, Sarró B, et al. Conducta Suicida. En: *Recomendaciones Terapéuticas de los Trastornos Mentales RTM-III, 3ª Edición*. Coordina: Soler P, Gascón J. Barcelona: Ars Medica, 2005; p. 431-47.
- Bryan CJ, Dhillon-Davis LE, Dhillon-Davis KK. Emotional Impact of a Video-Based Suicide Prevention Program on Suicidal Viewers and Suicide Survivors. *Suicide Life-Threat Behav* 2009;39(6): 623-32.
- Tsai JF. The Media and Suicide: Evidence-Based on Population

- Data over 9 years in Taiwan. *Suicide Life-Threat Behav* 2010;40(1):81-6.
36. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry* 1993;163:111-2.
  37. Gunnell D, Frankel S. Prevention of Suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994;308:1227-33.
  38. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al. Cognitive Therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294:563-70.
  39. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm. The POPMACT study. *Psychological Medicine* 2003;33:969-76.
  40. Hall DJ, O'Brien F, Stark C, Pelosi A, Smith H. Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. *Br J Psychiatry* 1998;172:239-42.
  41. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.