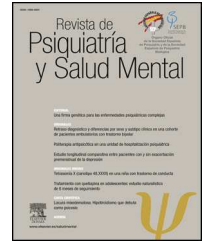


Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)



Pilar A. Sáiz^{a,b,c,d,*}, Julia Rodríguez-Revuelta^{c,d}, Leticia González-Blanco^d,
Patricia Burón^{b,c}, Susana Al-Halabí^{b,c}, Marlen Garrido^c, Leticia García-Alvarez^{b,c},
Paz García-Portilla^{a,b,c,d} y Julio Bobes^{a,b,c,d}

^a Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España

^c Instituto Universitario de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Oviedo, España

^d Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, España

Recibido el 28 de octubre de 2013; aceptado el 14 de enero de 2014

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio;
Prevención de
recurrencia;
Manejo de casos;
Psicoeducación

Resumen

Introducción: La prevención del comportamiento suicida es una prioridad en la salud pública de la Unión Europea. La tentativa suicida previa es el mejor predictor de riesgo de futuras tentativas suicidas y de suicidio consumado. El principal objetivo de este artículo es describir el protocolo de un estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo, en comparación con la intervención clínica habitual (PSyMAC).

Métodos: Se monitorizó con un protocolo que incluye variables sociodemográficas y evaluación psiquiátrica y psicosocial a los pacientes que, desde enero de 2011 a junio de 2013, acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, tras haber realizado una tentativa suicida. Los pacientes se asignaron de manera aleatoria a un grupo que recibía una atención continuada basada en el manejo de casos incluyendo participación periódica en un programa psicoeducativo (grupo experimental) o a un grupo control que recibía los cuidados clínicos habituales. El objetivo principal es determinar si el período de tiempo hasta la recurrencia del comportamiento suicida es significativamente diferente en el grupo experimental y en el grupo control.

Conclusión: El PSyMAC propone intervenciones de bajo coste y fácilmente adaptables al entorno clínico habitual que pueden ayudar a suplir la carencia de protocolos específicos de actuación y de programas preventivos de comportamiento suicida existente en nuestro país. La evaluación de resultados del PSyMAC permitirá determinar su efectividad real en el manejo y reducción del riesgo de suicidio.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: frank@uniovi.es (P.A. Sáiz).

KEYWORDS

Suicide attempt;
Prevention
of repetition;
Case management;
Psychoeducation

Study protocol of a prevention of recurrent suicidal behaviour program based on case management (PSyMAC)

Abstract

Introduction: Prevention of suicidal behaviour is a public health priority in the European Union. A previous suicide attempt is the best risk predictor for future attempts, as well as completed suicides. The primary aim of this article is to describe a controlled study protocol designed for prevention of recurrent suicidal behaviour that proposes case management, and includes a psychoeducation program, as compared with the standard intervention (PSyMAC).

Methods: Patients admitted from January 2011 to June 2013 to the emergency room of the Hospital Universitario Central de Asturias were evaluated using a protocol including sociodemographic, psychiatric, and psychosocial assessment. Patients were randomly assigned to either a group receiving continuous case management including participation in a psychoeducation program (experimental group), or a control group receiving standard care. The primary objective is to examine whether or not the period of time until recurrent suicidal behaviour in the experimental group is significantly different from that of the control group.

Conclusion: PSyMAC proposes low cost and easily adaptable interventions to the usual clinical setting that can help to compensate the shortcoming of specific action protocols and suicidal behaviour prevention programs in our country. The evaluation of PSyMAC results will determine their real effectivity as a case-management program to reduce suicidal risk.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, por lo que el suicidio constituye uno de los problemas más importantes de salud pública mundial¹. En España, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística sitúan, desde el año 2008, al suicidio como la primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico y esta situación se mantiene invariable hasta el 2012, año del que se disponen los últimos datos oficiales². No obstante, las cifras podrían ser incluso más elevadas, ya que es sobradamente conocida la tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países incluida España, debido a la existencia de una gran dificultad para la cuantificación de los datos reales de suicidio, existiendo claras discrepancias entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, sin que ninguna de las 2 fuentes pueda considerarse como la más fiable³.

En el momento actual, la preocupación es aun mayor si se tienen en cuenta los alarmantes datos, procedentes de algunos países, acerca de la influencia de la crisis económica sobre el comportamiento suicida⁴. Concretamente, en España, un reciente análisis realizado en este sentido nos muestra una potencial asociación entre la pérdida de empleo y el aumento del número de suicidios. De modo que, durante el período 2008-2012, cada 10% de crecimiento anual del desempleo se acompaña de un incremento de 1,22% del número medio de suicidio⁵.

En el caso de las tentativas de suicidio, las dificultades para el conocimiento de la magnitud real del problema son aun más evidenciables, careciéndose de cifras oficiales y habiéndose sugerido que pueden llegar a ser hasta 10-20 veces superiores en número a los suicidios consumados. En este sentido, hay que tener presente que el cómputo de los

intentos de suicidio entraña numerosas dificultades metodológicas. La principal es que se trata de un grupo heterogéneo de pacientes en relación con aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida o la utilización de diferentes definiciones de lo que constituye una tentativa suicida⁶. Por tanto, desde un punto de vista preventivo, para el conocimiento de la magnitud real del problema del comportamiento suicida es fundamental la correcta evaluación de las personas que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios tras haber realizado un intento autolítico⁷ y de aquellos que son hospitalizados por esta causa⁸.

En nuestro ámbito hemos monitorizado, durante los últimos 5 años, las tentativas de suicidio que son atendidas en el Servicio de Urgencias del hospital de referencia del área IV de Salud de Asturias (Oviedo), el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y hemos podido establecer una tasa de tentativas autolíticas de 99,1 por 100.000 habitantes (hombres: 69,1; mujeres 129,1). El método más utilizado fue la sobredosificación farmacológica (un 90% de los pacientes)⁹. Es importante señalar que el porcentaje de pacientes que habían realizado tentativas suicidas previas fue muy elevado (un 55,4% de los casos) y más concretamente el 30,1% habían realizado alguna tentativa en el año previo.

Múltiples estudios señalan el antecedente de tentativa de suicidio como uno de los factores de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado^{10,11}. Es fundamental, por tanto, un adecuado reconocimiento¹² y manejo terapéutico a medio y largo plazo de estos pacientes¹³ para lograr disminuir el posterior riesgo de suicidio¹⁴.

El comportamiento suicida es complejo por la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales; no obstante, resultados de estudios de autopsia psicológica indican que alrededor del 90% de los pacientes que completaron el suicidio podrían ser diagnosticados

de un trastorno psiquiátrico potencialmente susceptible de intervención y tratamiento¹⁵.

Hasta la fecha son muy escasos los ensayos aleatorizados y controlados basados en la intervención sobre personas que han realizado tentativas suicidas previas. En este sentido, se ha demostrado que los programas que potencian el incremento de la adherencia al tratamiento ambulatorio posttentativa se acompañan de un descenso significativo en la tasa de repetición de las tentativas suicidas¹⁶. Ejemplos específicos de intervenciones favorecedoras de la adherencia terapéutica, que ya han demostrado su eficacia en la prevención de comportamientos suicidas, serían el seguimiento telefónico sistemático intensivo con utilización de «tarjetas de crisis»¹⁷, el contacto intensivo a través del correo postal¹⁸ o el manejo de casos de orientación psicosocial¹⁵. Por tanto, el desarrollo del manejo de casos como un método de intervención específico en pacientes con tentativas suicidas previas puede constituir una herramienta de intervención adecuada, ya que facilita una aproximación terapéutica multidimensional y comprehensiva que incluye seguimiento continuado del paciente para facilitar la adherencia, tratamiento individualizado de los casos y una coordinación más adecuada para la utilización de recursos sociales de la comunidad¹⁹.

En este artículo se describe el protocolo PSyMAC, un estudio controlado diseñado para prevenir la recurrencia de comportamientos suicidas que propone el manejo de casos, e incluye un programa psicoeducativo, en comparación con la intervención clínica habitual.

Dicho protocolo pretende ser un modelo integrador en el que se incluyen varias de las intervenciones previamente mencionadas, añadiendo la psicoeducación grupal como una aportación novedosa complementaria. El motivo de la inclusión de un programa psicoeducativo se basa en su efectividad, ya demostrada, en diversos trastornos mentales como la esquizofrenia²⁰, trastorno bipolar^{21,22} o trastorno depresivo recurrente²³, si bien hay que señalar que esta estrategia no ha sido utilizada como instrumento terapéutico específico en la prevención del comportamiento suicida de personas con tentativas autolíticas previas, siendo uno de los objetivos del presente estudio demostrar o no su efectividad.

Método

Diseño

Estudio abierto, controlado y multicéntrico para examinar la efectividad de un protocolo de intervención, centrado en el manejo de casos, en pacientes que demandan atención en un servicio de urgencias tras haber realizado una tentativa suicida.

Sujetos del estudio

Se ofreció participar en el estudio a todos los pacientes que acudieron, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de junio de 2013, al Servicio de Urgencias del HUCA, hospital de referencia del área IV de Salud de Asturias (Oviedo), tras haber realizado una tentativa suicida.

Criterios de inclusión: i) ser mayor de 18 años; ii) acudir al Servicio de Urgencias del HUCA tras haber realizado una tentativa suicida durante el período de tiempo mencionado; iii) pertenecer al área IV de Salud de Asturias que incluye 5 centros de salud mental (CSM) independientes; iv) aceptación de participación en el estudio y firma del correspondiente consentimiento informado. **Criterios de exclusión:** i) no cumplir todos los criterios de inclusión; ii) ser incapaz de comprender el significado o consecuencias del acto realizado.

Para la definición de «tentativa suicida» se utilizaron los criterios WHO/EURO²⁴: acto cuyo resultado no es la muerte, en el cual un individuo de modo deliberado y sin intervención de otros se causa daño o ingiere una sustancia a más dosis de la reconocida como terapéutica, cuyo objetivo es realizar cambios por medio de las consecuencias físicas esperadas o derivadas de dicho acto. Incluye: actos interrumpidos por otros antes de que el daño ocurra. Excluye: actos realizados por personas que no alcanzan a comprender el significado o consecuencias de su acto.

Aleatorización

Los pacientes que cumplían los criterios establecidos se asignaron al grupo experimental (manejo de casos) o al grupo control en función de su disponibilidad y preferencias personales.

Intervención

Todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio, independientemente del grupo al que fueron asignados, recibieron en el momento de la aceptación un tríptico centrado en la prevención del comportamiento suicida. En la [figura 1](#) se resume el procedimiento de actuación en cada uno de los 2 grupos de estudio.

Grupo experimental: manejo de casos

Las actividades del manejo de casos incluyeron: i) entrevistas periódicas con los pacientes. El responsable del manejo de casos contactó periódicamente con las personas asignadas al grupo experimental (días 2, 7 y 15, meses 1, 3, 6 y 12 tras la firma del consentimiento informado, y posteriormente cada 6 meses hasta la finalización del estudio). Los contactos se realizaron preferentemente a través de la entrevista personal, utilizando la entrevista telefónica como segunda opción. ii) Recolección de información sobre situación terapéutica en el momento de la entrevista; iii) estimular la adherencia terapéutica (a su CSM y a su terapeuta habitual); iv) coordinar las citas periódicas con el psiquiatra de referencia; v) fomentar el retorno terapéutico de aquellos pacientes que han cesado voluntariamente su tratamiento; vi) facilitar el contacto con los recursos sociales existentes en la comunidad de aquellos pacientes que lo precisen; vii) del mismo modo, los pacientes asignados a este grupo recibían el tratamiento considerado como más adecuado por su psiquiatra, y participaron periódicamente en un programa psicoeducativo (basado en directrices de la Organización Mundial de la Salud e International Association for Suicide Prevention).

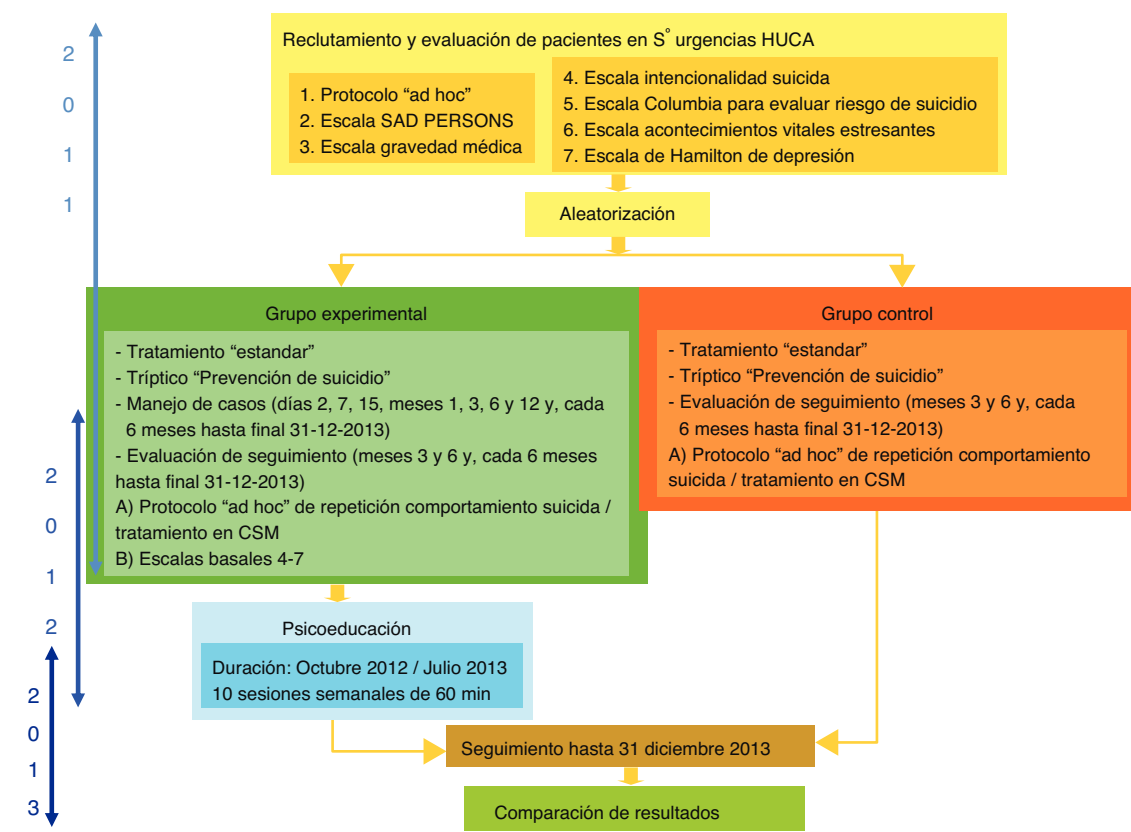


Figura 1 Protocolo de actuación.

Descripción del programa psicoeducativo

El programa grupal de psicoeducación ha sido expresamente desarrollado para el presente estudio. Consta de 10 sesiones grupales (fig. 2), a razón de una por semana, con una duración de 60 min por sesión. En cada grupo se incluía a 8-10 personas y las sesiones fueron conducidas por personal especializado multidisciplinar (psicólogos y psiquiatras), a razón de 2 terapeutas por grupo. Cada sesión constaba de las siguientes secciones: apertura, recapitulación y dudas, temas nuevos, despedida y material para desarrollar en casa.

Durante las sesiones se abordaron temas relacionados con el acto suicida, cómo prevenirlo mediante el aprendizaje de habilidades de comunicación, refuerzo de las capacidades personales para enfrentarse a las situaciones de crisis, análisis de los cambios psicológicos que conducen a las situaciones de alarma, factores de riesgo y factores de protección de suicidio, introducción al manejo del estrés y conocimiento de la utilidad del apoyo social y de los recursos sociosanitarios, entre otros.

Grupo control

Los pacientes asignados al grupo control recibieron el tratamiento clínico que su psiquiatra de referencia consideró más oportuno. Asimismo, recibieron en el momento de aceptación de participación en el estudio un tríptico centrado en la prevención del comportamiento suicida.

Evaluación

Fue realizada por psiquiatras o psicólogos convenientemente entrenados para la misma (fig. 1).

Evaluación basal (realizada en el momento de inclusión en el estudio) que incluye: i) datos sociodemográficos, antecedentes familiares, antecedentes personales (se incluyen antecedentes psicopatológicos, hospitalizaciones psiquiátricas previas e historia de abuso/maltrato), situación clínica actual (trastorno psiquiátrico y tipo de tratamiento y enfermedades somáticas, recogidos a través de la historia clínica de los pacientes), evaluación psicosocial y aspectos relacionados con la tentativa suicida actual²⁵; ii) escala SAD-PERSONS²⁶; iii) Escala de Gravedad Médica de la Tentativa de Suicidio (MDS)²⁷; iv) Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)²⁸; v) Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)²⁹; vi) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)³⁰; vii) Escala de Hamilton de Depresión (HDRS)³¹.

Evaluación de seguimiento (realizada en los meses 3, 6 y, posteriormente, cada 6 meses hasta la finalización del período de seguimiento). Incluye: i) datos relativos a posibles tentativas suicidas posteriores al momento de inclusión en el estudio (o causa de muerte en el caso de que esta se haya producido); ii) datos relativos al tratamiento clínico seguido por el paciente en su CSM de referencia (o si procede, psiquiatra privado) y a la adherencia al mismo; iii) C-SSRS²⁹; iv) LTE³⁰; v) HDRS³¹.

Sesiones	Contenidos
Sesión 1:	Presentación del grupo. Normas y expectativas. Información acerca del comportamiento suicida.
Sesión 2:	Diferencias entre “tentativa de suicidio”, “suicidio consumado” e “ideación suicida”. Mitos y realidades sobre el comportamiento suicida. Información epidemiológica.
Sesión 3:	Factores de riesgo y de protección . Hábitos de vida saludables.
Sesión 4:	Signos de alarma. ¿Qué es un signo de alarma? Aprender a reconocerlos. Ideación suicida.
Sesión 5:	Habilidades de comunicación. Hablar antes de actuar. Aprender a pedir ayuda. ¿Qué hacer en situación de crisis? Estrés. Técnicas de relajación.
Sesión 6:	Importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico. Información y recomendaciones sobre los psicofármacos.
Sesión 7:	Habilidades sociales. Formas de comunicación verbal y no verbal. Asertividad. Manifestación de necesidades. Distorsiones cognitivas.
Sesión 8:	Entrenamiento en resolución de problemas.
Sesión 9:	Prevención de recaídas. Plan de seguridad . Tarjeta de emergencia.
Sesión 10:	Cierre y conclusiones. Resumen de lo tratado en las sesiones. Red de recursos socio-sanitarios.

Figura 2 Contenido de las sesiones de psicoeducación.

Grupo control

Tanto la evaluación basal como la de seguimiento fueron similares a las realizadas en el grupo experimental, con la excepción de que no se incluyen los apartados iii a v del seguimiento.

Análisis estadístico

La variable principal del estudio es el tiempo transcurrido hasta la aparición del primer comportamiento suicida (tentativa o suicidio consumado) tras la inclusión en el estudio. Dado que la recurrencia de un episodio suicida es un elevado factor de riesgo de posterior suicidio consumado, se considera que para desarrollar estrategias de prevención efectivas es esencial medir el tiempo transcurrido hasta el siguiente comportamiento suicida.

Como variables secundarias se incluyen: i) tasa de mortalidad (grupo experimental y control); ii) número y tasa de incidencia de comportamiento suicida recurrente, expresado como repetición de tentativas suicidas/persona-año (grupo experimental y control); iii) puntuación en la HDRS (grupo experimental).

Análisis primario: El principal objetivo de este estudio es determinar si el período de tiempo hasta la recurrencia del comportamiento suicida es significativamente diferente en el grupo experimental y en el grupo control. Para ello se realizará un test log-rank estratificado en el que se incluirán a todos los pacientes incluidos en el estudio siguiendo el principio de intención de tratar. Para llevar a cabo este análisis se plantea una prueba unilateral, ya que solo sería pertinente conocer si el grupo experimental es superior al control; el nivel de significación establecido será del 2,5% y el poder de 90%.

Análisis secundario: Su objetivo es reforzar los hallazgos del análisis primario. Se realizará un análisis por subgrupos (en función del sexo, edad y tentativas suicidas previas a la inclusión del estudio) de las variables secundarias. Dado que el análisis secundario tiene una naturaleza exploratoria no se realizará ajuste por múltiples test.

Aspectos éticos

Los investigadores se comprometen a respetar todos los aspectos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación clínica dispuestos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre los derechos humanos, así como a cumplir los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, con la Ley 14/2007, de julio, de Investigación Biomédica y los demás requisitos establecidos por la legislación española al respecto.

Este estudio ha sido sometido para su aprobación al Comité de Ética e Investigación Clínica del HUCA. Se obtendrá el consentimiento informado para la participación en el estudio de los pacientes. Cuando un paciente rechace continuar en el estudio se procederá de modo inmediato al cese de recogida de datos referentes a dicho paciente.

Dada la inocuidad de las pruebas complementarias que se realizaron (pruebas psicométricas) y la ausencia de

interferencia en el tratamiento pautado, se considera un estudio de mínimo riesgo.

Discusión

En este artículo se describe un programa para determinar la efectividad del manejo de casos en la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida. El protocolo de actuación del PSyMAC incluye la recogida de información sociodemográfica, así como una valoración psiquiátrica y psicosocial de los pacientes que acuden al servicio de urgencias de un hospital regional de referencia tras haber realizado una tentativa suicida. De igual modo, se lleva a cabo un seguimiento individualizado de los pacientes y se facilita la participación en un programa preventivo de psicoeducación.

El objetivo principal de la presente propuesta consiste en la búsqueda de estrategias preventivas útiles para evitar la recurrencia del comportamiento suicida. Algunos autores³² han propuesto diferentes intervenciones para disminuir la tasa de repetición de tentativas suicidas. El PSyMAC propone el manejo de casos, incluyendo un programa preventivo psicoeducativo, como intervención potencialmente eficaz. El manejo de casos ha sido estudiado por algunos autores¹⁵, proponiendo una atención integral y multidisciplinar con seguimientos ambulatorios para aumentar el cumplimiento. En nuestro caso se realizaron entrevistas periódicas con los pacientes, recolectando información sobre la situación clínica y adherencia terapéutica, coordinando las citas periódicas con su psiquiatra de referencia, fomentando el retorno terapéutico de aquellos pacientes que han cesado voluntariamente su tratamiento. Asimismo se facilitó el contacto con los recursos sociales existentes en la comunidad, favoreciendo un abordaje biopsicosocial. Pero quizá el punto fuerte y distintivo del PSyMAC es la inclusión de un programa grupal de psicoeducación específicamente diseñado para la prevención del riesgo de suicidio, que consta de 10 sesiones semanales con una duración de 60 min, dirigidas por personal especializado (psicólogos y psiquiatras). Se trata de un modelo psicoeducativo integrador que utiliza un conjunto de herramientas ya mencionadas en otros estudios y metaanálisis¹⁰ con resultados satisfactorios. Por ejemplo, técnicas de orientación cognitivoconductual, entrenamiento en resolución de problemas, habilidades de comunicación, técnicas de relajación, provisión de una tarjeta de urgencia, técnicas para la prevención e intervención en crisis, mejora de la adherencia y cumplimiento terapéutico, así como, el adecuado uso de recursos sociosanitarios.

Otra característica clave del PSyMAC es que la recogida de datos estandarizada se realiza por miembros del equipo investigador, *in situ* (Servicio de Urgencias del HUCA) manteniendo una entrevista directa con el paciente. Los servicios de urgencias son el lugar adonde suelen acudir a recibir la asistencia médica necesaria las personas que realizan una tentativa suicida. Se intenta así disminuir el sesgo de selección de pacientes ya que se ha detectado una importante tendencia a la subnotificación de las tentativas de suicidio. Muchos pacientes, una vez resuelta la urgencia médica, no acuden a los servicios especializados de salud mental, y por tanto no son detectados como casos.

Otro punto fuerte del estudio es la utilización de un diseño prospectivo frente a otros modelos que recogen datos

retrospectivos. En muchas ocasiones los datos recogidos en las historias clínicas adolecen de una incorrecta evaluación; concretamente, un estudio observacional llevado a cabo en 4 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid pone de manifiesto que los informes clínicos de las personas que han acudido a dichos hospitales tras realizar una tentativa suicida son incompletos³³. Muchos informes de alta hospitalaria no recogen un diagnóstico que subraye adecuadamente el riesgo suicida y el acto autolesivo. Todo ello impide que existan datos longitudinales a nivel nacional e internacional que sean fiables y permitan hacer comparaciones adecuadas, conocer la magnitud del problema y el desarrollo de acciones preventivas específicas adecuadas al tamaño del mismo¹⁹. En nuestro protocolo se recogen, por tanto, datos sociodemográficos, clínicos y psicométricos que no aparecerían en una historia clínica de urgencias de forma rutinaria.

La principal limitación del estudio radica en las posibles pérdidas (dentro del grupo experimental) a lo largo del período de intervención y seguimiento, debido al propio diseño longitudinal del estudio y a la baja adherencia terapéutica que suele detectarse en pacientes que realizan tentativas suicidas. No obstante, la incorporación al estudio de personas que trabajan en el centro donde se llevará a cabo la intervención experimental, el propio trabajo del responsable de la recogida de datos, así como la experiencia del grupo participante, pueden reducir dichas pérdidas. De hecho, dado que en este momento ha finalizado la recogida de casos, podemos afirmar que esa limitación no ha existido, habiéndose logrado reclutar a los pacientes *a priori* previstos. Además, análisis preliminares ponen de manifiesto que desde el punto de vista sociodemográfico y clínico, la muestra «de seguimiento» es representativa de la muestra inicial, a pesar del número de abandonos durante el período de estudio. Otra posible limitación del estudio radica en el modo en que se ha llevado a cabo la aleatorización de los pacientes, ya que esta se realizó teniendo en cuenta la disponibilidad y preferencias personales de los pacientes, lo cual puede haber generado un sesgo de autoselección.

A modo de conclusión, señalar que el PSyMAC propone intervenciones de bajo coste y fácilmente adaptables al entorno clínico habitual que pueden ayudar a suplir la carencia de protocolos específicos de actuación y de programas preventivos de comportamiento suicida existente en nuestro país, pudiendo convertirse en un programa efectivo para el manejo y reducción del riesgo de suicidio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue en parte subvencionado por el Ministerio Español de Economía y Competitividad, Instituto de Salud Carlos III (referencia: PI10/01632) y Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Patricia Burón ha sido financiada a través de la Beca Predoctoral Severo Ochoa de la Fundación para el Fomento de Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. Instituto Nacional de Estadística [acceso 4 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
3. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Rev Psiquiatr Salud Ment [en revisión]. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.01.00211>
4. Blasco-Fontecilla H, Perez-Rodriguez MM, Garcia-Nieto R, Fernandez-Navarro P, Galfalvy H, de Leon J, et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. BMJ Open. 2012;2:e000785.
5. Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014;7:1-4.
6. Mittendorfer-Rutz E, Schmidtke A. Suicide attempts in Europe. En: Wasserman D, Wasserman C, editores. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 123-6.
7. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, et al. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. J Affect Disord. 2008;106:285-93.
8. Jimenez-Trevino L, Saiz PA, Corcoran P, Buron P, García-Portilla P, Chinea ER, et al. Hospitalization after suicide spectrum behaviors. Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviours: results from a multicentre study in Spain. Arch Suicide Res. En prensa.
9. Jimenez-Trevino L, Sáiz PA, Corcoran P, García-Portilla MP, Burón P, Garrido M, et al. The incidence of hospital-treated attempted suicide in Oviedo, Spain. Crisis. 2012;33:46-53.
10. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand. 2006;114:151-8.
11. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373:1372-81.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
13. Wells K, Sherbourne C, Duan N, Unützer J, Miranda J, Schoenbaum M, et al. Quality improvement for depression in primary

- care: Do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry*. 2005;162:1149–57.
14. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8–23.
 15. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health*. 2009;9:364.
 16. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, de Bacquer D, van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med*. 1995;25:963–70.
 17. Vaiva G, Walter M, al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: The development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2013;11:1.
 18. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: Randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 2005;331:805.
 19. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN, U. S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:822–35.
 20. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD002831.
 21. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:1101–5.
 22. Colom F, Lam D. Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2005;20:359–64.
 23. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170:624–32.
 24. De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof JF, Schmidtke A. Suicidal behaviour. Theories and research findings. Guttingen, Germany: Hogrefe & Huber; 2004.
 25. García-Nieto R, Parra I, Giró M, López-Castroman J, Sáiz PA, García-Portilla MP, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad Interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:24–36.
 26. Patterson WM, Dohn HH, Patterson J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24:343–5, 348–9.
 27. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry*. 1985;132:285–7.
 28. Beck AT, Schuyler D, Herman J. Development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnik H, Lettieri DJ, editores. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press; 1974. p. 45–56.
 29. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multi-site studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266–77.
 30. Brugha T, Bebbington T, Tennant C, Hurry J. The list of threatening experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985;15:189–94.
 31. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:59–61.
 32. Hawton K, Casanas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17–28.
 33. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3:13–8.