

## El programa INDI per al maneig de la depressió en atenció primària. Anàlisi de la seva eficàcia per disminuir la ideació suïcida

Enric Aragonès<sup>1,2</sup>, Antònia Caballero<sup>1,2</sup>, Germán López-Cortacans<sup>1,2</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Atenció Primària Camp de Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona; <sup>2</sup>Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Barcelona; <sup>3</sup>Atenció Primària Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. Tortosa.

### Introducció

El suïcidi constitueix un important problema de salut pública i és una de les principals causes de mort i d'anys potencials de vida perduts<sup>1</sup>. L'impacte del suïcidi no es limita a l'individu que el comet sinó que s'estén i afecta l'entorn de la persona amb importants repercussions psicològiques, socials i econòmiques en la família i en la comunitat.

Malgrat les taxes de suïcidi a Catalunya i altres països mediterranis són significativament més baixes que les que es reporten en altres països del nord i centre d'Europa<sup>2</sup>, en el nostre país aquesta és la causa més freqüent de mort en la franja d'edat entre 25 i 45 anys<sup>3</sup>. L'abordatge del risc de suïcidi i les intervencions per reduir els actes suïcides esdevenen una prioritat per al sistema de salut<sup>4</sup>.

La depressió és molt freqüent en la població general i, particularment, entre els pacients d'atenció primària<sup>5</sup>, i els pensaments suïcides estan presents en una proporció molt important dels pacients amb depressió<sup>6</sup>. D'altra banda, la major part dels actes suïcides s'associen a la presència de trastorns afectius, particularment depressió major<sup>7,8</sup>.

Com que l'atenció primària és el principal àmbit assistencial on s'aborda la depressió<sup>9,10</sup> és important que els metges de família estiguem capacitats i tinguem recursos per manejar adequadament els pensaments suïcides i el risc associat en els nostres pacients. En analitzar sèries de suïcidis consumats es constata que el 83% dels pacients havia contactat amb un metge d'atenció primària en l'any anterior i el 66% en el mes anterior<sup>11,12</sup>; per tant, aquests contactes constitueixen valuoses oportunitats per a eventuais intervencions preventives. Tanmateix, sovint la ideació suïcida no s'aborda i el risc de suïcidi no es maneja adequadament per part del metge de família<sup>13</sup>. La detecció de la ideació suïcida és un primer pas que hauria de conduir a una avaluació acurada del risc i, després, a iniciar

les intervencions oportunes d'acord a la situació clínica i al risc detectat<sup>14</sup>.

En els darrers anys s'han desenvolupat models de *collaborative care* per millorar el maneig de la depressió que han demostrat eficàcia en la millora dels resultats clínics de la depressió<sup>15</sup>; és raonable esperar que aquestes intervencions també han de tenir un efecte positiu en el risc de suïcidi<sup>16</sup>.

INDI (*INterventions for Depression Improvement*) és un programa de *collaborative care* dissenyat per a millorar l'atenció a la depressió en atenció primària en el sistema de salut català<sup>17-19</sup>. En els pacients atesos amb el programa INDI la simptomatologia depressiva va evolucionar de forma més favorable i es van assolir taxes de resposta al tractament i de remissió significativament més altes respecte als pacients atesos segons els criteris habituals<sup>17</sup>.

L'objectiu d'aquest article és avaluar l'eficàcia del programa INDI en la millora d'un aspecte concret de la síndrome depressiva, la ideació suïcida, enfront el maneig habitual.

### Mètodes

Es tracta d'una anàlisi addicional emmarcada en un assaig comparatiu aleatoritzat per avaluar l'eficàcia clínica d'un programa de *collaborative care* per al maneig de la depressió en atenció primària. En aquest assaig, els centres d'atenció primària eren assignats per un procediment aleatori al grup intervenció —on s'aplicava un programa per millorar el maneig de la depressió— o al grup control —on la depressió es tractava segons els criteris habituals—.

L'assaig està registrat com ISRCTN16384353 i els detalls del seu disseny i metodologia han estat publicats prèviament<sup>17,20</sup>. El protocol de l'estudi va ser aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol (ref. P06/16).

### Lloc i pacients

L'estudi es va dur a terme en 20 centres d'atenció primària del Camp de Tarragona, assignats aleatòriament al grup d'intervenció o al grup control.

Els criteris d'inclusió per als pacients van ser: edat ≥ 18 anys, amb un episodi depressiu major moderat o greu (*Patient Health Questionnaire* [PHQ-9] > 14 punts) o un

Correspondència: Dr. Enric Aragonès  
Centre d'Atenció Primària de Constantí  
C/ dels Horts, 6  
43120 Constantí (Tarragona)  
Tel. 977 524 109  
Fax 977 521 873  
Adreça electrònica: earagonès.tarte.ics@gencat.cat

episodi depressiu lleu (puntuació PHQ-9 de 10 a 14) persistent durant més d'un mes, i no haver rebut tractament antidepressiu almenys en els tres mesos anteriors. Van ser exclosos els pacients amb trastorns psicòtics o bipolars, els pacients amb dependència d'alcohol o drogues, les dones embarassades o en període de lactància, i els pacients amb limitacions físiques, mentals o idiomàtiques o amb una malaltia concurrent que els impedís participar en l'estudi.

### El programa INDI

Es tracta d'un programa de *collaborative care* per a la depressió que inclou diversos components. Es basa en el model d'atenció a la cronicitat amb elements de millora en l'organització de l'atenció de la depressió dins de l'equip d'atenció primària (gestió de casos, rols professionals, circuits assistencials) i en la interfase atenció primària-psi-quiatría, formació mèdica continuada dels professionals, sistemes de suport a la presa de decisions en el maneig clínic de la depressió (guies clíniques, algorismes, sistemes de registre, etc.) i un programa psicoeducatiu per ajudar els pacients i les seves famílies a afrontar la depressió i les dificultats relacionades. Els detalls d'aquest programa han estat publicats en articles anteriors<sup>17,20,21</sup>.

El programa INDI conté directrius per a l'abordatge del risc de suïcidi que inclouen el cribatge sistemàtic i el seguiment de la ideació suïcida en tots els pacients amb depressió. Si s'observa la presència d'aquests pensaments cal aprofundir en la investigació i avaluar acuradament el risc tenint en compte la presència de plans de suïcidi més o menys definits, les temptatives prèvies i la presència d'altres factors de risc com ara manca de suport familiar o social, abús de substàncies, desesperança o ansietat comòrbida important. La qualificació del risc dona lloc a una sèrie d'intervencions esglaonades en funció d'aquesta valoració, des del seguiment clínic en casos de risc baix a una derivació urgent a un servei d'urgències psiquiàtriques quan es constata un risc alt.

### Tractament habitual

Els pacients amb depressió en el grup de control van ser tractats d'acord amb els criteris estàndard utilitzant tots els recursos disponibles que el metge considerés adients.

### Mesures i emmascarament

Els resultats van ser monitorats per un entrevistador, amb cegament, als 0 (basal), 3, 6 i 12 mesos, utilitzant qüestionaris validats aplicats a través d'entrevistes telefòniques.

La gravetat de la depressió es va quantificar amb el PHQ-9. La ideació suïcida es va mesurar mitjançant l'ítem 9 del PHQ-9 que indaga sobre la presència de pensaments referents a estar millor mort o a desitjar fer-se mal un mateix, amb quatre respostes possibles que van des de 0 ("no, en absolut") a 3 ("gairebé sempre"). D'acord amb la normativa de puntuació del qüestionari, les respostes en rela-

ció amb la ideació suïcida es van classificar en "absència de pensaments suïcides" (0 punts) i "presència de pensaments suïcides" (1-3 punts).

### Anàlisi

Es va dur a terme una anàlisi de l'efecte del programa INDI sobre la ideació suïcida al llarg d'un any, comparant-ho amb l'atenció habitual. Es van seleccionar els pacients amb ideació suïcida a nivell basal i es van comparar les proporcions de pacients amb idees de suïcidi entre ambdós grups d'estudi en cada punt d'avaluació al llarg del període de seguiment, calculant les diferències entre les proporcions de pacients amb idees de suïcidi i l'interval de confiança al 95%. Per a les anàlisis estadístiques es van usar els programes SPSS v. 15.0 i G-Stat 2.0. El nivell de significació estadística es va establir en una p de 0,05.

### Resultats

A l'inici de l'estudi es van avaluar 338 pacients, 189 en el grup d'intervenció i 149 en el grup de control, dels quals 96 (51%) en el grup d'intervenció i 66 (44%) en el grup de control referien experimentar pensaments suïcides (Figura 1). Els pacients amb idees suïcides tenien una mitjana d'edat al voltant de 46,5 anys i 8 de cada 10 eren dones. La gravetat basal de la depressió se situava en el llindar entre la depressió moderada i la greu (PHQ-9 al voltant de 20 punts) i per a la meitat dels pacients es tractava d'un episodi recurrent.

En l'anàlisi de l'efectivitat es van observar taxes significativament menors d'ideació suïcida i pensaments de mort en els subjectes del grup intervenció que en els atesos segons criteris habituals als 3 mesos (59% vs. 35%; diferència  $\pm$  IC 95% = 24%  $\pm$  15; p = 0,003), als 6 mesos (52% vs. 28%; diferència  $\pm$  IC 95% = 23%  $\pm$  15; p = 0,003) i als 12 mesos (50% vs. 33%; diferència  $\pm$  IC 95% = 17%  $\pm$  15; p = 0,033) (Figura 2).

### Discussió

Hem trobat que la ideació suïcida en la nostra mostra està present en el 47,9% dels pacients deprimits. Aquesta alta freqüència està en el rang que es reporta en la literatura científica<sup>6</sup>. Respecte a l'eficàcia de la intervenció en la millora de la ideació suïcida, hem observat que, al llarg de tot el període de seguiment, els pacients atesos segons les directrius i gaudint dels recursos del programa INDI han presentat taxes significativament menors d'ideació suïcida i pensaments de mort que els pacients atesos segons criteris habituals. Aquest resultat és consistent amb altres estudis sobre l'efecte de programes de *collaborative care* per a la depressió sobre l'evolució de la ideació suïcida, on s'ha demostrat eficàcia en la millora clínica de la depressió i, paral·lelament, una reducció en la ideació suïcida<sup>23</sup>.

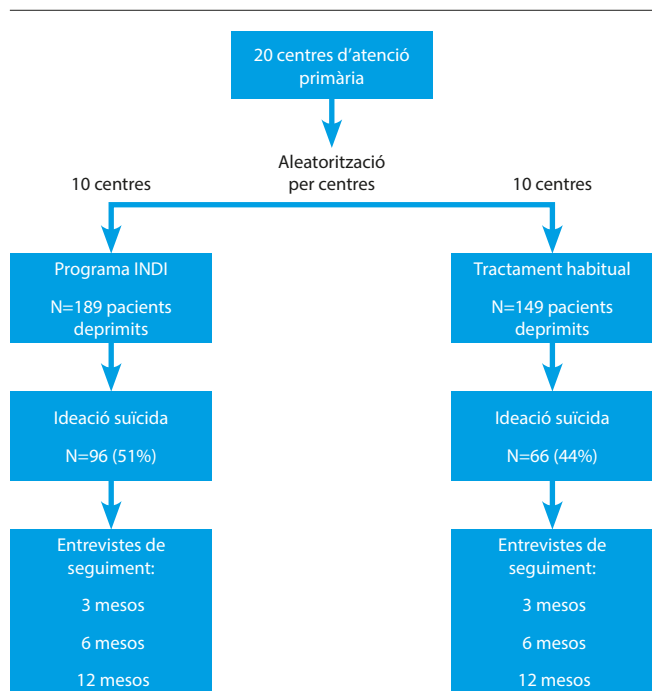


FIGURA 1. Algorisme: disseny i desenvolupament de l'assaig clínic

Aquest estudi té diverses limitacions que s'han de tenir en compte en el moment d'interpretar els resultats. Primera, per determinar la presència d'ideació suïcida no hem utilitzat un instrument específic sinó l'ítem que avalua aquest símptoma en el PHQ-9, un qüestionari validat per a l'avaluació de la simptomatologia depressiva en atenció primària. La simplicitat d'aquesta mesura podria afectar la validesa de la variable; tanmateix aquest procediment està acceptat per la comunitat científica i s'ha usat en altres estudis amb objectius similars<sup>23-25</sup>.

Segona, en aquest article analitzem el símptoma —dins el quadre clínic de la depressió— que es defineix per la presència d'idees de mort o de suïcidi, però no tenim dades per analitzar estrictament el risc de suïcidi. Assumim que la ideació suïcida és un primer indicador del risc de suïcidi, però l'evidència sobre aquesta connexió és heterogènia<sup>26,27</sup>. Ara bé, com assenyalen Gensichen i col·ls.<sup>25</sup>, la presència d'ideació suïcida comporta en si mateixa l'existència de patiment emocional important i, per tant, la pròpia rellevància clínica del símptoma justifica suficientment la seva detecció i el seu maneig clínic acurat, a més de considerar la seva importància com a indicador d'un eventual risc de suïcidi.

Tercera, tot i que hem observat un efecte significatiu i rellevant de la intervenció en la disminució de la ideació suïcida, el disseny de l'estudi no ens permet determinar quina és la contribució particular dels diversos components del programa INDI a l'eficàcia global o bé si observem un efecte inespecífic concomitant a la millora global de la simptomatologia depressiva.

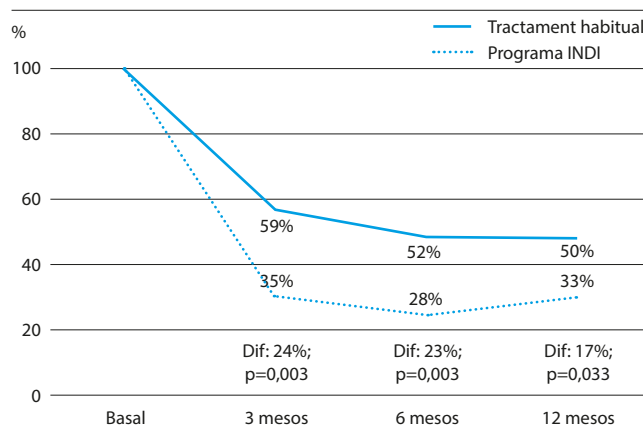


FIGURA 2. Proporcions de pacients deprimits amb ideació suïcida en el grup d'intervenció (programa INDI) comparades amb les del grup control (tractament habitual) en el seguiment a 3, 6 i 12 mesos

## Conclusions

En aquest estudi hem corroborat la hipòtesi inicial: millorant el maneig clínic de la depressió es poden obtenir millors resultats i, particularment, reduccions significatives de la proporció de pacients que presenten idees de suïcidi. Aquestes dades s'incorporen al cos d'evidència científica que justifica la recomanació sobre la implementació i generalització dels models de *collaborative care* per a la depressió (i el programa INDI en particular) en els sistemes sanitaris<sup>28-30</sup>, amb beneficis sobre l'evolució de la depressió en termes generals i sobre aquest problema tan rellevant en termes de sofriment individual com de salut pública com és la idea de suïcidi.

**Agraïments:** L'estudi ha estat possible gràcies a la generosa col·laboració dels metges i infermeres dels centres d'atenció primària participants, que formen el grup de recerca INDI.

**Finançament:** Aquest projecte ha estat finançat per ajuts a la recerca de l'Institut de Salut Carlos III (FIS Exp. PI060176) i l'IDIAP Jordi Gol (2007), i va rebre el 18è Premi Ferran Salsas i Roig - Salut Mental i Comunitat (Ajuntament de Rubí).

## NOTA

Aquest estudi va ser presentat en el 2<sup>nd</sup> CORE Seminar in Mental Health: Etiology, Intervention and Prevention of Suicide, a Barcelona, el 4 de novembre de 2015, i ha estat guardonat amb un dels Premis a les Millors Experiències, atorgats en la 5a Jornada del Pla de salut de Catalunya, a Sitges, 26-27 de novembre de 2015.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Ginebra: WHO; 2014.
2. Eurostat Statistics Explained. Causes of death. Suicide. Consultable a: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics). Accés el 10 d'abril de 2016.
3. Instituto de Salud Carlos III. Epidemiología. Mortalidad por causa, sexo y grupo de edad (2012). Consultable a: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/mortalidad-cne.shtml>. Accés el 10 d'abril de 2016.
4. Pla de Salut per Catalunya 2011-2015, Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Consultable a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/pla\\_de\\_salut\\_2011\\_2015](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015). Accés el 10 d'abril de 2016.
5. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdéu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34:21-35.
6. Vuorilehto M, Valtonen HM, Melartin T, Sokero P, Suominen K, Isometsä ET. Method of assessment determines prevalence of suicidal ideation among patients with depression. *Eur Psychiatry*. 2014;29:338-44.
7. Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):37.
8. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*. 2003;183:382-3.
9. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330:839.
10. Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, De Graaf R, Alonso J, König HH, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:137-49.
11. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-16.
12. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:126-34.
13. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med*. 2007;5:412-8.
14. Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW, Dietrich AJ. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:337-45.
15. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42:525-38.
16. 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 Int Med*. 2004;140: 822-35.
17. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernandez JM, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Dis*. 2012;142:297-305.
18. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Dis*. 2014;159:85-93.
19. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Dis*. 2014;166:36-40.
20. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project. *BMC Public Health*. 2007;7:253.
21. Aragonès E, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Caballero A, Labad A; INDI Research Group. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. *Perspect Psychiatr Care*. 2008;44:248-58.
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
23. Unutzer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1550-6.
24. Schulberg HC, Lee PW, Bruce ML, Raue PJ, Lefever JJ, Williams JW, et al. Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Ann Fam Med*. 2005;3:523-8.
25. Gensichen J, Teising A, König J, Gerlach FM, Petersen JJ. Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients. *J Affect Disord*. 2010;125:124-7.
26. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Ann Fam Med*. 2005;3:529-36.
27. Gladstone GL, Mitchell PB, Parker G, Wilhelm K, Austin MP, Eysers K. Indicators of suicide over 10 years in a specialist mood disorders unit sample. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:945-51.
28. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Belvederi Murri M, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2014;77:247-63.
29. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS One*. 2015 May 19;10(5):e0123078.
30. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10:CD006525.