

RESUMEN GRADE DEL ENSAYO CLÍNICO:

Estudio SEYLE: Comparación de tres programas de prevención del suicidio en 10.000 escolares europeos de 15 años frente a una intervención básica que sirve de control.

Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Jan 8. pii: S0140-6736(14)61213-7.

Abreviaturas: **IC 95%:** intervalo de confianza al 95%; **NND:** número necesario a tratar con la intervención para dañar a 1 individuo más que con el control; **NNT:** número necesario a tratar con la intervención para evitar 1 evento más que con el control; **RAc:** riesgo absoluto (incidencia) del grupo control; **RAi:** riesgo absoluto (incidencia) del grupo de intervención; **RAR:** reducción absoluta del riesgo; **RR:** riesgo relativo; **RRR:** reducción relativa del riesgo.

NOTA SOBRE NUESTROS CÁLCULOS: Nosotros calculamos e informamos las medidas del efecto en RR, RAR y NNT desde los OR que proporcionan los investigadores, mediante la ecuación $RR = RAi / RAc = OR / [(1-RAc) + (OR*RAc)]$. La calculadora está disponible en: <http://evalmed.es/2020/04/28/01-calculadora-variables-dicotomicas/>

I. INTRODUCCIÓN.

Los intentos de suicidio y la ideación suicida severa tienen potenciales consecuencias graves, incluyendo sustanciales efectos psicológicos, incremento del riesgo de subsecuentes intentos de suicidio y muerte. Es destacable que las conductas suicidas también tienen profundos efectos negativos en las familias y otras personas circundantes. Los costes médicos, financieros y emocionales de la comunidad afectada por el suicidio también son muy sustanciales.

La proporción de algún tipo de intento de suicidio en adolescentes es de 4100 / 100.000 adolescentes en Estados Unidos (4,1%) y de 4200 /100.000 en Europa (4,2%). En 2013 en España, la tasa de suicidios consumados en adolescentes de 15 a 19 años ha sido 2,65 / 100.000, lo que representa el 13% de la mortalidad por todas las causas en esa franja de edad (ver **tabla 1**).

En los Estados Unidos se han hecho muy pocos estudios experimentales sobre intervenciones preventivas. El estudio SEYLE es el primero de Europa, cuyos investigadores diseñan una intervención para adolescentes, y adaptan otras dos, para averiguar si podían reducirse las tasas en ese tramo de edad.

II. LO PROYECTADO.

A) OBJETIVO: Averiguar la eficacia de tres programas para la reducción de ideación suicida e intento de suicidio, en adolescentes escolares europeos de 15 años, frente a una intervención básica que sirve de control.

Duración planificada: 1 año.

B) TIPO DE ESTUDIO: Ensayo clínico aleatorizado por clústeres, controlado, multicéntrico e internacional. Cada clúster es una escuela de 62-64 escolares de 15 años. Se asume un nivel de significación estadística del 5% y una potencia 80% para detectar una reducción en la variable principal [**Intento de suicidio**] desde un 3% de eventos esperados en 12 meses en el grupo de control hasta un 1,5% en el grupo de intervención, con lo que se obtiene un tamaño de muestra de 1535 individuos por grupo. Al ser la unidad de aleatorización un clúster (una escuela), el tamaño de la muestra se debe multiplicar por un factor denominado “efecto del diseño¹”, que en este caso es 1,63 (obteniéndose $1535 \times 1,63 = 2502$ individuos por grupo), porque: a) se sugerían 64 escolares por clúster; y b) los individuos de un clúster se parecen en su comportamiento más que si fuera una muestra aleatoria de individuos independientes, y estudios previos habían obtenido un “Coeficiente de correlación intraclúster” de 0,01 en su comportamiento frente a la variable principal. Este Coeficiente va de 1 (comportamiento igual

¹ El **efecto de diseño** = $1 + [(tamaño\ muestra\ dentro\ del\ clúster - 1) \times Coeficiente\ de\ correlación\ intraclúster]$. En nuestro caso $1 - [(64-1) * 0,01] = 1,63$

=> cada clúster cuenta como un único individuo) a 0 (su comportamiento es igual que el debido al azar => cada clúster cuenta como todos sus individuos). Y como eran 4 grupos, entonces $2502 \times 4 = 10.008$ escolares en total, en 4 grupos, cada uno de los cuales tiene 40 clústeres (escuelas) de 62 alumnos.

Se utiliza el OR para medir las diferencias de [intentos de suicidios] entre los grupos de intervención y el de control a los 3 y a los 12 meses. Mediante una regresión logística estos OR se ajustaron por las siguientes variables en el inicio: edad, sexo, puntuación en el Cuestionario "Fortalezas y Dificultades²", no nacido en el país de residencia, pérdida del trabajo de los padres en el último año, no convivir con ambos progenitores biológicos, y país de residencia.

CÁLCULO TAMAÑO MUESTRA PARA DIFERENCIAS DE DOS PROPORCIONES			
pA (control)	23,8%	qA	0,762
pB (intervención)	17,6%	qB	0,82388
pM (=proporción Media)	0,20706	qM	0,79294
Para un error alfa (2 colas)	5,00% => $z \alpha/2 =$		1,960
Para un error beta	20% => $z\beta =$		0,842
numerador	2,577		
denominador	0,003829134		
n (cada grupo) =	674		
2n (total) =	1.348		

Seguimiento proyectado: 2,38 años
 Riesgo esperado en el grupo de control = $10\%/año \times 2,38 \text{ años} = 23,8\%$
 Riesgo esperado en el grupo de intervención = $23,8\% \times (1-0,26) = 17,6\%$
 pues se espera reducir el riesgo del grupo de control en un 26%.

Significación estadística = 5% Si potencia estadística = 80% => error beta = $100\% - 80\% = 20\%$

CUANDO SE ALEATORIZAN LOS CLÚSTERS Y NO LOS INDIVIDUOS INDEPENDIENTES	
Tamaño muestra dentro del clúster =	12
Coefficiente de correlación intraclúster =	0,05
Factor "Efecto del diseño" =	1,55
Tamaño de la muestra n (cada grupo) =	1.045
Tamaño de la muestra total: 2n (total) =	2.089

Nuevo tamaño de muestra = $1,55 \times 674 = 1045$

C) POBLACIÓN ESTUDIADA Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: Se consideraron escuelas elegibles si eran públicas, tenían al menos 40 alumnos de 15 años de edad, tenían más de 2 profesores para los alumnos de 15 años, y no tenían más del 60% de alumnos del mismo sexo. Para evitar la discriminación, se aceptó el reclutamiento de alumnos de 14 y 16 años de la clase participante.

D) VARIABLES DE MEDIDA.

1º Variable primaria: "Intento de suicidio", considerándose caso al adolescente que contesta "sí" a la pregunta: "¿Alguna vez has hecho un intento de quitarte la vida?", que es una de las 5 preguntas de la Escala Jerárquica de Suicidio de Paykel³.

2º Variable secundaria: "Ideación de suicidio", considerándose caso al adolescente que contesta "A veces, frecuentemente o muy frecuentemente" a la pregunta: "¿Durante las dos últimas semanas, has llegado al punto en el que has considerado seriamente quitarte la vida?", que también es una de las 5 preguntas de la Escala Jerárquica de Suicidio de Paykel.

III. LO CONSEGUIDO.

² El Cuestionario "Fortalezas y Debilidades" tiene por objetivo estimar los problemas conductuales de niños entre los 4 y 16 años de edad, a través de las respuestas que otorgan sus padres y profesores. Consta de: a) 4 escalas (de 5 preguntas cada una) que puntúan las "dificultades": problemas de conducta, hiperactividad, síntomas emocionales, problemas con compañeros; y b) 1 escala de conducta prosocial (de 5 preguntas) que puntúa las fortalezas. En el presente estudio no se evalúa la escala de conducta prosocial, evaluándose las 4 escalas de dificultades, cuya puntuación va de 0 a 40.

³ La Escala Jerárquica de Suicidio de Paykel (Paykel Hierarchical Suicidal Ladder) consta de cinco elementos que miden la intensidad de la conducta suicida: sentimientos acerca de que la vida no merece la pena, deseos de morir, pensamientos suicidas, ideación suicida grave con planes, e intentos de suicidio.

A) ASIGNACIÓN DE LOS SUJETOS A LOS GRUPOS.

1º ¿Se efectuó la aleatorización?: Sí, los individuos fueron estratificados por centro y por estatus de síntomas con la escala GRID-HAM, que considera asintomático si la medida es < 8 puntos, y sintomático si es ≥ 8 puntos.

2º ¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los reclutadores?: No; fue abierta para ellos.

3º Individuos que fueron a los grupos de intervención y de control.

1. Grupos de intervención:

- 1) Grupo “Preguntar, Persuadir y Derivar” (PQR): 40 escuelas, 2692 alumnos.
- 2) Grupo “Juventud Consciente”(YAM): 45 escuelas, 2721 alumnos.
- 3) Grupo “Screening por Profesionales” (ProfScreen): 43 escuelas, 2764 alumnos.

2. Grupo de control: “Intervención básica”: 40 escuelas, 2933 alumnos.

4º ¿Resultaron similares en el inicio los grupos de intervención y control con respecto a los factores pronósticos conocidos?: Mostramos al final la **tabla 2 (características en el inicio)**, en la que puede observarse que hay diferencias estadísticamente significativas en algunos factores, pero sólo es relevante el factor “número de chicas” ($p < 0,001$), pues epidemiológicamente la tasa de suicidios es significativamente mayor en chicos que en chicas, incluso en este tramo de edad. Este desequilibrio exige un ajuste de los resultados por métodos estadísticos al final, para evitar el posible sesgo de peor pronóstico de varones con los resultados crudos.

En la puntuación del Cuestionario “Fortalezas y Dificultades”, la diferencia entre grupos es menor a 1 punto. Esta diferencia no es clínicamente relevante, a pesar de que resultó ser estadísticamente significativa.

Los alumnos con intento de suicidio alguna vez y con ideación suicida grave en las dos últimas semanas, permanecen en el estudio por razones éticas, pero no se incluyen en el análisis de los datos al final.

5º ¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los sujetos de investigación?: Sí. Durante el reclutamiento, en todas las escuelas se dio la misma información general de que SEYLE es un proyecto de promoción de la salud mental, con una descripción general (no específica) acerca de los procedimientos propios del grupo de intervención al que aleatoriamente estaba asignada la escuela, pero sin revelar que había intervenciones alternativas en el proyecto de investigación. Sobre la base de la información proporcionada, cada escuela podía aceptar o negarse a participar en el estudio.

¿Y para los investigadores que asignan los eventos?: No procede, porque el evento es la contestación predefinida en la encuesta.

B) SEGUIMIENTO, ABANDONOS Y PÉRDIDAS.

1º Pauta de tratamientos y cuidados: Los equipos locales fueron instruidos en los métodos de estudio antes de su aplicación y un grupo directivo monitorizó la adherencia a los procedimientos durante todo el período de estudio. Los alumnos de cada grupo completaron el mismo cuestionario, que evaluó las conductas de riesgo, síntomas de psicopatología y pensamientos suicidas, planes e intentos de suicidio, en el inicio (antes de cualquier intervención), a los 3 meses y 12 meses de seguimiento. No se incluyeron en el análisis final los alumnos que informaron de un intento de suicidio alguna vez en el pasado, o de alguna ideación suicida severa en las dos semanas previas al inicio, así como los datos perdidos.

Los casos de emergencia eran los alumnos que informaron intento de suicidio o ideación suicida grave en las 2 semanas antes de la evaluación inicial. Se contactó inmediatamente con estos alumnos para una evaluación clínica y, en caso necesario, derivarlos a los servicios de

atención de salud para tratamiento. Para evitar cualquier estigma, todos esos casos de emergencia se les permitió continuar en el estudio, pero sus resultados fueron excluidos del análisis final.

Las intervenciones de los tres programas se llevaron a cabo durante un período de 4 semanas, después de una evaluación inicial. Resumidamente fueron así:

1. El programa “Preguntar, Persuadir y Derivar” (QPR: Question, Persuade, and Refer) es un manual para un “guardián”, desarrollado en los Estados Unidos. En este estudio, este programa se utilizó para formar a los maestros y otro personal escolar a reconocer el riesgo de conducta suicida de los alumnos, y mejorar sus habilidades de comunicación a fin de motivar y ayudar a los alumnos en riesgo de suicidio para que busquen atención profesional. Los materiales de formación incluían presentaciones estándar en power point y un folleto de 34 páginas distribuido a todos los alumnos. Los maestros también recibieron tarjetas con información de contacto de atención de salud local para entregárselas a los alumnos identificados por ellos como de riesgo. Aunque este programa iba dirigido a todo el staff de la escuela, su enfoque fue selectivo, ya que sólo los guardianes entrenados eran los que abordaban a los alumnos reconocidos como de riesgo suicida.

2. El programa de Salud Mental “Juventud Consciente” (YAM: Youth Aware of Mental Health Programme), desarrollado para el estudio SEYLE, es una intervención universal dirigida a todos los alumnos, que incluye: a) tres horas de sesiones de juego de rol con talleres interactivos combinados con un folleto de 32 páginas, que los alumnos podían llevarse a casa; 2) seis carteles educativos que se mostraban en cada clase que participa; y c) dos charlas interactivas sobre la salud mental de 1 hora en el principio y final de la intervención. Este programa pretende mejorar la conciencia de los riesgos y factores protectores asociados con el suicidio, incluyendo el conocimiento sobre la depresión y la ansiedad, y mejorar las habilidades necesarias para hacer frente a los efectos adversos de la vida, el estrés y los comportamientos suicidas. Este programa se puso en práctica en cada sitio por instructores entrenados en la metodología a través de un detallado manual de instrucciones de 31 páginas.

3. El programa de “Screening por Profesionales” (ProfScreen), que también fue desarrollado para el estudio SEYLE, es una intervención selectiva o indicada sobre la base de las respuestas al cuestionario SEYLE administrado en el comienzo del estudio. Cuando los alumnos habían completado la evaluación del inicio, los profesionales de salud revisaron sus respuestas, y los alumnos que estaban por encima de los puntos de corte preestablecidos fueron invitados a participar en una evaluación por un profesional clínico de salud mental, y posteriormente derivados a los servicios clínicos, si era necesario.

4. “Intervención básica”, que sirve como control. Por razones éticas, el grupo de control fue expuesto a los mismos seis carteles educativos que aparecen en sus aulas del programa “Juventud Consciente”. Los alumnos del grupo de control que, con la mera observación de los carteles, reconocían que necesitan ayuda, podían contactar con los profesionales sanitarios locales que aparecían en un cartel.

2º Tiempo de seguimiento conseguido: 1 año.

3º ¿Se detuvo el estudio antes de lo proyectado?: No.

4º Exclusiones por datos perdidos de los cuestionarios y ausencias el día de la encuesta: Tras la exclusión en el inicio de los 182, 221, 198 y 189 alumnos por haber tenido algún intento de suicidio previo o ideación en las dos semanas previas al inicio, en el corte de los 3 meses hubo 301, 334, 363 y 378 alumnos excluidos por datos perdidos o ausencias el día de la encuesta. Entre el corte de los 3 y los 12 meses se excluyó a 231, 179, 242 y 110 alumnos.

Aunque los investigadores no informan si estas exclusiones afectaron al equilibrio de los factores pronósticos en el inicio, el posible desequilibrio que afectaría a las incidencias crudas, se ajustaría por las covariables ya mencionadas mediante técnica estadística.

5º Se efectuó análisis por (intención de tratar, protocolo...): Por protocolo, pues se analizan los alumnos que aportan los datos.

C) RESULTADOS.

1º Magnitud y precisión de los resultados de las variables primaria y secundaria:

En la variable "intento de suicidio" en el corte a los 12 meses e encontró una diferencia estadísticamente significativa entre un 0,68% de incidencia en el grupo "Juventud Consciente" frente un 1,51% del grupo de control; RR 0,45 (0,24-0,85); RAR 0,82% (0,22% a 1,14%); y **NNT 121 (88 a 448)**.

En la variable "ideación suicida" en el corte a los 12 meses encontró una diferencia estadísticamente significativa entre un 0,69% de incidencia en el grupo "Juventud Consciente" frente a un 1,37% del grupo de control; RR 0,5 (0,27-0,92); RAR 0,68% (0,11% a 1,0%); y **NNT 147 (100 a 923)**.

Éstos y el resto de resultados los mostramos en extenso al final, en la **tabla 2**.

2º Efectos adversos: No procede en este estudio.

3º Variables intermedias y/o de laboratorio: No procede en este estudio.

4º ¿Se hizo análisis de sensibilidad?: Sí, mediante los ajustes de tasas por 7 covariables.

IV. CONFLICTO DE INTERESES Y CALIDAD DEL ESTUDIO.

A) CONFLICTOS DE INTERESES: Los investigadores declararon no tener ningún conflicto de intereses relacionado con el estudio. El estudio fue financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (2007-13), en su apartado de Coordinación del Tema 1 (salud). El organismo financiador no tuvo ningún papel en el diseño del estudio, recolección, análisis e interpretación de los datos, ni en la redacción del informe.

B) CALIDAD DEL ESTUDIO (VALIDEZ DE LA EVIDENCIA).

<p>¿Pregunta clara y precisa?: Sí.</p> <p>¿Se efectuó una aleatorización correcta?: Sí, por clústeres.</p> <p>¿Se mantuvo oculta la asignación de los grupos para los que hacen el reclutamiento?: Sí.</p> <p>¿Estaban equilibrados los factores pronósticos entre ambos grupos?: No en el "% de chicas" en el inicio, e ignoramos si las exclusiones posteriores afectaron al equilibrio. Sin embargo, los posibles desequilibrios se ajustan al final por métodos estadísticos.</p> <p>¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización para los sujetos de investigación?: Sí. ¿Y para los que asignan los eventos?: No procede.</p> <p>¿Fue completo el seguimiento, cumpliendo con no detenerlo antes de lo previsto?: Sí.</p> <p>¿Se contabilizaron los abandonos, y las pérdidas?: Sí; no obstante los resultados finales se ajustan.</p> <p>¿Se hicieron los cálculos por?: Por protocolo.</p>
--

Sistema GRADE: Calidad de la evidencia MODERADA. Justificamos la rebaja por: 1) el desequilibrio en el % de chicas al inicio y los posibles desequilibrios tras las exclusiones, a pesar de que los posibles desequilibrios se ajustan por 7 covariables; y 2) la incertidumbre en el

porcentaje de falsos positivos y falsos negativos (como expresamos en el siguiente apartado).

V. COMENTARIOS (DISCUSIÓN Y OPINIÓN DEL EVALUADOR).

Este estudio mide los resultados de ideación e intento de suicidio obtenidos en las contestaciones a los cuestionarios que emiten los adolescentes sobre su experiencia pasada. No disponemos a día de hoy de mejor instrumento de screening de una amplia base poblacional. La **ventaja** de este estudio, aparte de ser aleatorizado y controlado, es la posibilidad de una amplia implantación, pues su baja complejidad (gracias al esfuerzo de los investigadores que lo diseñaron e implementaron) conseguirá una alta concordancia. La **limitación** es la incertidumbre en: a) el porcentaje de falsos positivos; y b) el porcentaje de falsos negativos por haber mentido en el test, o por una incidencia repentina (al modo de la detección de los cánceres de intervalo entre dos screenings mamográficos).

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para adolescentes escolares de 15 años (DE 0,85), sin incidencias previas de ideación suicida o intento suicida, según la calidad de la evidencia y la magnitud y precisión de los resultados de este ensayo clínico, hacemos una **recomendación fuerte a favor** de recibir el programa de Salud Mental “Juventud Consciente”, o versiones mejoradas en su adaptabilidad a la dinámica de los centros.

Justificación:

A) BENEFICIOS Y RIESGOS AÑADIDOS: Frente una intervención básica, que sirve de control, el programa “Juventud Consciente” ha mostrado significativamente mejores resultados en la Escala de Suicidio de Peykel, en los ítems de “intento de suicidio” [NNT 121 (88 a 448)] e “ideación suicida” [(NNT 147 (100 a 923)]. Los riesgos añadidos, si los hubiere, provendrían de los falsos positivos, que en todo caso estimamos que serían muy bajos.

B) INCONVENIENTES: La intervención tiene muy pocos inconvenientes para los alumnos, pues se hace en horario escolar, y su duración total es de alrededor de 12 horas a lo largo de 4 meses. Algunos alumnos pueden percibir el tiempo invertido como lúdico más que como inconveniente.

C) COSTES: El material del programa de intervención, no tiene coste. En cuanto a los costes de entrenamiento de instructores, los investigadores no los proporcionan en este artículo.

VII. ¿PUEDO APLICAR LOS RESULTADOS EN LA ATENCIÓN A MIS INDIVIDUOS?

1ª ¿Fueron los individuos del estudio similares a los que yo atiendo?: Sí.

2ª ¿Se consideraron todos los resultados importantes para los individuos?: Sí.

3ª ¿Justifican los beneficios que se esperan del tratamiento los riesgos potenciales, los inconvenientes y los costes del mismo?: Sí.

Tabla 1: Casos y tasas (casos / 100.000) de suicidios registrados en España en 2013 (*).									
Año 2013	Habitantes España			Casos de Suicidios (CIE-10: X60-X84)			Tasas de Suicidios / 100.000; (CIE-10: X60-X84)		
Tramo edad	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
00-04 años	1.220.040	1.145.083	2.365.123	-----	-----	-----	-----	-----	-----
De 5 a 9 años	1.266.819	1.191.901	2.458.720	-----	-----	-----	-----	-----	-----
De 10 a 14 años	1.155.253	1.090.907	2.246.160	6	3	9	0,52	0,28	0,40
De 15 a 19 años	1.107.771	1.044.185	2.151.956	40	17	57	3,61	1,63	2,65
De 20 a 24 años	1.223.066	1.181.868	2.404.934	91	28	119	7,44	2,37	4,95
De 25 a 29 años	1.413.986	1.406.039	2.820.025	94	31	125	6,65	2,20	4,43
De 30 a 34 años	1.806.860	1.761.444	3.568.304	166	48	214	9,19	2,73	6,00
De 35 a 39 años	2.076.963	1.977.106	4.054.069	229	75	304	11,03	3,79	7,50
De 40 a 44 años	1.968.189	1.887.752	3.855.941	285	94	379	14,48	4,98	9,83
De 45 a 49 años	1.854.583	1.824.283	3.678.866	319	93	412	17,20	5,10	11,20
De 50 a 54 años	1.648.504	1.660.303	3.308.807	340	110	450	20,62	6,63	13,60
De 55 a 59 años	1.395.856	1.440.180	2.836.036	237	87	324	16,98	6,04	11,42
De 60 a 64 años	1.213.111	1.283.402	2.496.513	205	65	270	16,90	5,06	10,82
De 65 a 69 años	1.092.116	1.205.478	2.297.594	187	70	257	17,12	5,81	11,19
De 70 a 74 años	812.902	948.517	1.761.419	182	65	247	22,39	6,85	14,02
De 75 a 79 años	730.968	956.363	1.687.331	181	73	254	24,76	7,63	15,05
De 80 a 84 años	552.063	832.874	1.384.937	203	54	257	36,77	6,48	18,56
85 o más años	393.777	821.322	1.215.099	146	46	192	37,08	5,60	15,80
Todas las edades	22.932.827	23.659.007	46.591.834	2.911	959	3870	12,69	4,05	8,31

(*) Defunciones por causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p417&file=inebase&L=0> [Consultado 11-abr-2015]

Tabla 2: Características en el inicio.

	“Preguntar, Persuadir y Derivar” (PQR)	“Juventud Consciente”(YAM)	“Screening por Profesionales” (ProfScreen)	“Intervención básica”, que sirve como control	Valor de <i>p</i>
	40 escuelas, 2692 alumnos	45 escuelas, 2721 alumnos	43 escuelas, 2764 alumnos	40 escuelas, 2933 alumnos	
Edad (años)	14,80 (DE 0,82)	14,80 (DE 0,85)	14,81 (DE 0,80)	14,78 (DE 0,89)	<i>Dif No Signif</i>
Puntuación en el Cuestionario "Fortalezas y Dificultades"	10,47 (DE 4,96)	10,83 (DE 4,96)	10,70 (DE 5,11)	10,14 (DE 4,95)	< 0,05 (*)
Número de chicas	1675 (62,2%)	1637 (60,2%)	1607 (58,1%)	1647 (56,2%)	< 0,001
No viven con ambos padres biológicos	592 (22,0%)	601 (22,1%)	605 (21,9%)	626 (21,3%)	0,906
No nacidos en el país de residencia	158 (5,9%)	205 (7,5%)	142 (5,1%)	158 (5,4%)	0,001
Con padres que han perdido el empleo en los años previos	273 (10,1%)	257 (9,4%)	247 (8,9%)	292 (10,0%)	0,423
Intento de suicidio alguna vez (**)	83 (3,1%)	115 (4,2%)	102 (3,7%)	86 (2,9%)	0,032
Ideación suicida grave en las dos últimas semanas (**)	99 (3,7%)	106 (3,9%)	96 (3,5%)	103 (3,5%)	0,831

(*) En el presente estudio no se evalúa la escala de conducta prosocial, evaluándose las 4 escalas de dificultades, cuya puntuación va de 0 a 40. La diferencia entre grupos es menor a 1 punto. Esta diferencia no es clínicamente relevante, a pesar de que resultó ser estadísticamente significativa.

(**) Los alumnos con intento de suicidio alguna vez y con ideación suicida grave en las dos últimas semanas, permanecen en el estudio por razones éticas, pero no se incluyen en el análisis de los datos al final.

Tabla 3: Efecto de la exposición a uno de los tres programas escolares de prevención de suicidio en adolescentes europeos de 15 años (DE 0,85).

Según la Escala Jerárquica de Suicidio de Paykel	% Incidencias ajustadas (*) en cada grupo especificado en su línea	% Incidencias crudas en el Grupo "Intervención básica", que sirve como control	Medidas del efecto en los 12 meses desde el inicio, calculadas desde los OR obtenidos por los investigadores, tras el ajuste por 7 covariables (*).		
			RR (IC 95%)	RAR (IC 95%)	NNT (IC 95%)
Intento de suicidio en los 12 meses desde el inicio					
Grupo "Preguntar, Persuadir y Derivar" (PQR)	1,06%	1,51%	0,7 (0,39-1,25)	0,45% (-0,37% a 0,91%)	224 (109 a -270)
Grupo "Juventud Consciente"(YAM)	0,68%	1,51%	0,45 (0,24-0,85)	0,82% (0,22% a 1,14%)	121 (88 a 448)
Grupo "Screening por Profesionales" (ProfScreen)	0,98%	1,51%	0,65 (0,36-1,18)	0,52% (-0,27% a 0,96%)	191 (104 a -375)
Ideación suicida en los 12 meses desde el inicio					
Grupo "Preguntar, Persuadir y Derivar" (PQR)	1,3%	1,37%	0,95 (0,55-1,62)	0,07% (-0,84% a 0,61%)	1478 (163 a -118)
Grupo "Juventud Consciente"(YAM)	0,69%	1,37%	0,5 (0,27-0,92)	0,68% (0,11% a 1%)	147 (100 a 923)
Grupo "Screening por Profesionales" (ProfScreen)	0,98%	1,37%	0,71 (0,4-1,25)	0,39% (-0,34% a 0,82%)	254 (122 a -297)
(*) Se ajustan las tasas por las siguientes covariables: 1) Edad, 2) Sexo, 3) Puntuación en el Cuestionario "Fortalezas y Debilidades", 4) No viven con ambos padres biológicos, 5) No nacidos en el país de residencia; 6) Con padres que han perdido el empleo en los años previos, y 7) País de residencia					