

**AVALUACIÓ DEL PROGRAMA CODI RISC DE SUÏCIDI (CRS):
IMPACTE I FACTORS ASSOCIATS A LA VINCULACIÓ, REINCIDÈNCIA
I MORTALITAT DELS PACIENTS AMB IDEACIÓ O CONDUCTA AUTOLÍTICA**

Maria Teresa Campillo Sanz

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

AVALUACIÓ DEL PROGRAMA CODI RISC DE SUÏCIDI (CRS): IMPACTE I FACTORS ASSOCIATS A LA VINCULACIÓ, REINCIDÈNCIA I MORTALITAT DELS PACIENTS AMB IDEACIÓ O CONDUCTA AUTOLÍTICA.

TESI DOCTORAL presentada per **Maria Teresa Campillo Sanz**

per a obtenir el grau de Doctora

Directors: Dr. **Victor Pérez Sola**

Dr. **Francisco Javier de Diego Adeliño**

Tutor: Dr. **Francisco Javier de Diego Adeliño**

Doctorat en Psiquiatria

Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal.

Universitat Autònoma de Barcelona

Sé de los fantasmas que habitan en ti
Del pozo frío y oscuro del que no logras salir
De los cristales atravesando tu garganta gris...

...Lo que daría
Por agarrarte a la vida
Conduciría
A todos tus monstruos hacia el paredón
Lo que daría
Por agarrarte a la vida
Pero sólo tú, sólo tú
Puedes jugar a ser Dios...

...Quiero que sientas cerca mis manos
Háblame de tu dolor
Aunque no entienda, me quedo a tu lado
Y apago la voz
A veces, la simple presencia
Es la mayor comprensión...

...Acuérdate de que en esta orilla
Hay un ejército que lucha con amor
Sin juicios, ni culpas, ni reproches...
...Lo que daría
Por agarrarte a la vida...

“Agarrarte a la vida”

Rozalen, 2022

"Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux: le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie. Tout le reste, puis-je le croire, vient après. Quand on a médité les raisons qui poussent un homme à refuser l'existence à lui-même, c'est le suicide qui résout l'absurde. Il entraîne l'absurde dans la mort. Mais je sais que, pour se maintenir, l'absurde ne peut pas se résoudre. Il échappe au suicide."

Albert Camus

"Put succinctly, the nub of the problem is how can we make one, if we do not know what one is or does?"

Phoenix Conference's Committee on Education and Training

"Como no estás experimentado en las cosas del mundo, todas las cosas que tienen dificultad te parecen imposibles; confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades"

Don Quijote, Miguel de Cervantes

"Tirohia te pae whānui, tuātu i te pō. Tūramarama ki te ora, whakamauā kia tīnā!"

See the broad horizon (beyond the darkness), hold on to life!

Proverbio Maorí, Aotearoa New Zealand

"Después de leer mucho acerca del suicidio, acabo sabiendo menos que antes sobre la muerte voluntaria"
Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. J. Améry, 1976/2005, pág.84

Agraïments

Esta tesis doctoral ha acabado siendo casi como la prevención del suicidio considerando su “rareza” estadística, poco menos que imposible.

Y haciendo de mi capa un sayo, y parafraseando a Shakespeare, ¿quién aguantaría los ultrajes y desdenes del tiempo, la afrenta del soberbio, la tardanza de la justicia, la insolencia de la autoridad o el mal trato que de los indignos recibe el mérito paciente? Hacerla, o no hacerla, esa ha sido la cuestión. ¿Que es más elevado para el espíritu, sufrir los golpes y dardos del esfuerzo de la tesis o tomar las armas contra el piélago de calamidades y, haciéndoles frente, acabar con ella? ... Y esos pensamientos temerosos tuercen el curso de la valiente decisión que se aplaza continuamente, y consiguen que no se convierta nunca en acción...

Pero ahora que parece que el arduo camino llega a su fin, es hora de los agradecimientos, decía un sabio que la gratitud no es sólo la más grande de las virtudes, sino la madre de todas las demás.

Empiezo más con un pensamiento que agradeciendo. Hacia aquellas y aquellos que a lo largo de mis años de profesión me han permitido ejercerla, siempre con intención de ayudar a mitigar su sufrimiento. Pido disculpas, allí donde estén, cuando no lo he conseguido. Y de nuevo versionando, esta vez a Donne, nadie es una isla, la muerte de cualquier paciente me disminuye, no necesito preguntarlo, sus campanas también doblan por mí. Su pérdida, siempre dolorosa, en ocasiones desgarradora, ha sido el estímulo, desde el dolor, para seguir aprendiendo.

Y ahora los agradecimientos.

Primero a los directores de esto. Gracias Victor por contar conmigo y convencerme para hacer la tesis. Pese a todas las idas y venidas, parece que lo voy a conseguir. Muchas gracias Javi por dejarte convencer. Por toda la ayuda y la formación, por toda tu rigurosidad que ha dado cuerpo a la tesis. Siento haber dado tanto trabajo. Sin tu ayuda esto no sería posible. Espero que más adelante, y sin prisas, podamos aprovechar tantas horas dedicadas.

Mi agradecimiento a los “PF” de Torribera, sobretodo a las PF. Sin nombres, para no olvidar a nadie, porque el que se mueva no sale en la foto. Condenados a la extinción desde 2010, cual irreductibles galos resistimos, todavía y como siempre, al invasor. Gracias por todos los buenos momentos y sobretodo, por el irremplazable apoyo en los malos.

Gracias a todas y todos los que han ido apareciendo en mi vida y me han hecho mejor. Imposible nombrar a todas y todos, se me movería la paginación y tendría que actualizar el índice, otra vez. Es cierto, hay personas al lado de las cuales siento que brillas, ellas lo saben.

Uno puede devolver un préstamo de oro, pero está en deuda de por vida con aquellos que son amables. Para ellos, una vez más, mi eterno agradecimiento.

Y a los orígenes, a mi familia. A mis padres por su esfuerzo para que pueda ser lo que soy, con virtudes y defectos. A mi madre por seguir pensando que yo puedo. A mi padre, donde esté, necesitará un poco más de espacio.

Y last but not least, a los que habéis sufrido esta tesis, totalmente gratuita y por eso para mí más valiosa. Gracias por entenderlo y ponerme las cosas un poco más fácil. A mis hijas, motivación constante para seguir avanzando. Y a ti, reto conseguido, feliz, aunque constructivamente insatisfecha. Aprendo cada día que vosotros sois la fortaleza de mi vida. Os quiero.

ÍNDEX

AGRAÏMENTS	4
ÍNDEX	5
1. RESUM/ SUMMARY	7
SUMMARY	8
1.1 Paraules clau/ Keywords	8
2. ABREVIATURES UTILITZADES	9
3. INTRODUCCIÓ	10
4. MARC TEÒRIC	13
4.1 EL SUÏCIDI AL LLARG DE LA HISTÒRIA DE LA HUMANITAT	13
4.2 SUÏCIDI, UN PROBLEMA DE SALUT	17
4.3 EPIDEMIOLOGIA DEL SUÏCIDI	20
4.4 FACTORS DE RISC	33
4.5 PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI. ESTRATÈGIES	51
4.6 PREVENCIÓ. SITUACIÓ ACTUAL AL NOSTRE ENTORN	87
5. CODI RISC SUÏCIDI CRS	92
6. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	101
7. OBJECTIUS	103
8. HIPÒTESIS	105
9. MATERIALS I MÈTODES	107
9.1 DISSENY	107
9.2 MOSTRA I FONTS D'INFORMACIÓ	108
9.3 VARIABLES I PROCEDIMENTS	111
9.4 ANÀLISI ESTADÍSTICA	114
9.4.1 Descripció de les variables	114
9.4.2 Anàlisi de comparació entre períodes pre- i post-CRS	114
9.4.3 Regressions logístiques binàries	114
9.4.4 Anàlisi de recurrència i nova visita a urgències per risc de suïcidi	115
9.4.5 Anàlisi de supervivència	115
9.4.6 Mortalitat prematura i suïcidi com a causa de mort	116
9.4.7 Nivell de significació i software	116
9.5 APLICACIONS I EINES INFORMÀTIQUES UTILITZADES	117
9.6 CONSIDERACIONS ÈTIQUES I LEGALS	119
10. RESULTATS	120
10.1 PERFIL DE PACIENTS, COMPARATIVA ENTRE AMBDÓS PERÍODES	120
10.2 FACTORS QUE DETERMINEN LA DERIVACIÓ A LA XARXA DE SALUT MENTAL DESPRÉS D'HAVER ESTAT ATEOS A URGÈNCIES PER IDEACIÓ O CONDUCTA SUÏCIDA.	124
10.3 RECURS DE DERIVACIÓ DESPRÉS DE L'ATENCIÓ A URGÈNCIES (PRE-CRS VS POST-CRS)	128
10.4 FACTORS QUE DETERMINEN LA DERIVACIÓ A LA XARXA DE SM COMUNITÀRIA	131
10.5 FACTORS QUE CONTRIBUEIXEN AL FET QUE EL PACIENT REBI UNA CITA EN CONDICIONS CONSIDERADES ÒPTIMES	136
10.6 PERFIL DE PACIENTS AMB NO-ACOMPLIMENT DE LA CITA DESPRÉS DE LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA CRS	146
10.7 EFECTE DE LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA CRS SOBRE LES CONSULTES REPETIDES A URGÈNCIES PER IDEACIÓ SUÏCIDA	149
10.8 PROBABILITAT DE CONSULTAR PER UNA TEMPTATIVA AUTOLÍTICA DURANT L'ANY POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA CRS	155
10.9 PERFIL DE PACIENTS QUE REPETEIXEN UNA TEMPTATIVA L'ANY SEGÜENT, RESPECTE ELS QUE NO HO FAN	160

10.10 PREDICTORS DE MORTALITAT EN EL GRUP POST-CRS	162
10.10.1 Mortalitat prematura	165
10.10.2 Mortalitat per Suïcidi	166
11. DISCUSSIÓ	170
12. FORTALESES I LIMITACIONS DE L'ESTUDI	184
FORTALESES	184
LIMITACIONS	186
13. IMPLICACIONS CLÍNIQUES.	188
14. LÍNIES FUTURES D'INVESTIGACIÓ	191
15. CONCLUSIONS	193
16. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	195
17. ANNEX	213
1 CATSALUT. INSTRUCCIÓ 10/2015	214

1. Resum/ Summary

El suïcidi és un greu problema de salut a tot el món. L'OMS ha integrat la reducció de la mortalitat per suïcidi en els Objectius de Desenvolupament Sostenible de l'ONU. El fet de ser un esdeveniment rar dificulta els estudis de predicció, cap factor ha estat útil per a predir-ho. Els estudis presenten diferències metodològiques significatives i ofereixen resultats poc concloents. Malgrat això, les avaluacions de programes de prevenció apunten cap a una millora en les dades.

En les darreres dècades s'ha posat l'èmfasi en l'avaluació del risc i la intervenció individualitzada per atendre situacions de crisi, a través de la millora en la vinculació als serveis especialitzats en salut mental. El 2015 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya implementa el Codi Risc Suïcidi (CRS) amb l'objectiu de potenciar estratègies assistencials per a detectar el risc de suïcidi de manera precoç, millorar la resposta assistencial i evitar la seva repetició.

El present estudi avalua l'impacte del CRS en una població circumscrita a la institució sanitària Parc de Salut Mar, durant els 3 primers anys d'implementació, a través d'un disseny observacional retrospectiu comparatiu amb una cohort prèvia a la implementació del programa. S'analitzen factors associats a la vinculació als serveis de Salut Mental, reincidència del risc de suïcidi i mortalitat dels pacients amb ideació o conducta autolítica inclosos en l'estudi.

Els resultats mostren un impacte altament significatiu del CRS en millorar l'accés a cites òptimes, fins i tot després d'ajustar per múltiples variables rellevants, duplicant les probabilitats i reduint el temps mitjà d'espera de 20 a 7 dies, millora clínicament rellevant en la continuïtat assistencial de pacients en risc suïcida. La percepció d'un risc suïcida elevat durant la consulta també incrementa les probabilitats d'obtenir una cita òptima.

El percentatge de reincidència de temptatives en el primer any va ser similar en ambdós períodes. Tot i això, les dades suggereixen que el programa podria estimular la consulta activa i la detecció precoç de risc, amb un increment en el nombre de noves consultes per ideació autolítica respecte a les consultes per temptativa. Aquest efecte s'incrementa en els adherents a la cita programada. El 90% de la totalitat de les morts de la mostra es pot considerar mort prematura, molt per sota dels llindars d'esperança de vida, indicant una probable acumulació de vulnerabilitats en poblacions en risc de suïcidi. Els factors més associats a mortalitat per qualsevol causa, van ser l'edat, el consum de substàncies i problemes físics discapacitants.

Summary

Suicide is a serious health problem worldwide. The WHO has integrated the reduction of suicide mortality into the UN Sustainable Development Goals. Because it is a rare event, prediction studies are difficult, and no factor has been useful for predicting it. The studies show significant methodological differences and offer inconclusive results. Nevertheless, evaluations of prevention programs point toward an improvement in the data.

In recent decades, emphasis has been placed on risk assessment and individualized intervention to address crisis situations by improving the linkage to specialized mental health services. In 2015, the Department of Health of the Government of Catalonia, Spain, implemented the Suicide Risk Code (CRS) with the aim of strengthening care strategies to detect suicide risk early, improving the care response, and preventing recurrence.

This study evaluates the impact of the CRS on a population within the Parc de Salut Mar healthcare Institution during the first three years of implementation, through a retrospective observational comparative design with a cohort prior to the program's implementation. It analyzes factors associated with linkage to Mental Health services, recurrence of suicide risk, and mortality among patients with suicidal ideation or self-harming behavior included in the study.

The results show a highly significant impact of the CRS in improving access to optimal appointments, even after adjusting for multiple relevant variables, doubling the odds and reducing the average waiting time from 20 to 7 days—a clinically relevant improvement in the continuity of care for patients at suicide risk. The perception of high suicide risk during the consultation also increases the likelihood of obtaining an optimal appointment.

The percentage of recurrence of attempts in the first year was similar in both periods. However, the data suggest that the program may encourage active consultation and early risk detection, with an increase in the number of new consultations for suicidal ideation compared to consultations for attempts. This effect increases among those who attend the scheduled appointment.

Ninety percent of all deaths can be considered premature, well below life expectancy thresholds, indicating a probable accumulation of vulnerabilities in populations at suicide risk. The factors most strongly associated with all-cause mortality were age, substance use, and disabling physical problems.

1.1 Paraules clau/ Keywords

Risc de suïcidi, prevenció, vinculació, mortalitat

Suicide risk, prevention, engagement, mortality

2. Abreviatures utilitzades

Al llarg d'aquest document es faran servir diverses abreviatures per facilitar la lectura i la comprensió del text. A continuació, es presenta una llista d'aquestes abreviatures juntament amb el significat complet:

APS Atenció Primària de Salut

CAS Centre Atenció i Seguiment a les drogodependències

CSM Centre de Salut Mental

CRS Codi Risc Suïcidi

EHR Registre Electronic Centralitzat de Salut

FR Factor de Risc

HC3 Història clínica compartida de Catalunya

HD Hospital de Dia

IS Intent de Suïcidi

ITR Models de tractament individualitzat

ML Machine Learning/ aprenentatge automàtic

NB Benefici Net Positiu

NLISH Autolesió intencional no letal

OMS Organització Mundial de la Salut

OR Odds Ratio

PAHO PanAmerican Health Organization

PSMar Consorci Parc de Salut Mar (Hospital del Mar, Barcelona)

RIS Reintent de Suïcidi

S Suïcidi

SISCAT Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya

SM Salut Mental

SMiA comunitària Salut Mental i d'Adiccions comunitària

SRA Suicide Risk Assessment/ Avaluació del risc de suïcidi

SMR Taxa de mortalitat estandaritzada

TAU Tractament habitual (Treatment As Usual)

TMG Trastorn Mental Greu

UC Unitat de Crisi

3. Introducció

Suïcidi: del llatí suicidium, de **sui** (de si mateix) **cadere** (matar). Acció de llevar-se la pròpia vida intencionadament [...] Tot cas de mort que resulti de manera directa o indirecta d'un acte positiu o negatiu acomplert per la mateixa víctima sabent que havia de produir aquest resultat [...]

Intent de suïcidi: Comportament potencialment autolesiu sense resultat letal en què hi ha alguna evidència, explícita o implícita, que l'individu tenia intenció de matar-se [...]

Optimot/ GENCAT (Catalans, n.d.)

Suicidio:

1. m. Acción y efecto de suicidarse.

Sin.: **autolisis, inmolación.**

2. m. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.8 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [26septiembre2025].

El 1995, la Organització Mundial de la Salut defineix la salut com "un estat de benestar físic, mental i social complet i no només una absència de trastorn o malaltia" ("The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization.," 1995). Per millorar la salut és necessari, la promoció de la mateixa i la prevenció de la malaltia, el deteriorament, la discapacitat, i el tractament de les patologies. No obstant això, els valors de la promoció de la salut mental i la prevenció de malalties que n'afecten, han estat habitualment menys apreciats que els de la salut física. La Salut Mental no és només l'absència de malaltia mental, sinó que és poder gaudir d'una vida plaent, productiva i plena. Aquest funcionament òptim equilibrat dels individus hauria de ser l'objectiu dels governs, i dels professionals de la salut mental.

El suïcidi i la conducta suïcida, se situen, sens dubte, entre les conductes humanes més colpidores i desbordants. El suïcidi no coneix fronteres i travessa tots els nivells sociodemogràfics i totes les regions del món. Desafia la comprensió lògica, l'empatia social, i s'allunya de molts dels valors de la cultura occidental. Contravé la premissa de l'instint de supervivència, present en els éssers vius, de fer front a qualsevol agressió, sigui externa o interna, per evitar la mort i sobreviure, a fi i efecte d'assegurar el manteniment de l'espècie. El suïcidi i les conductes suïcides, trenquen, per sobre de determinismes biològics, amb l'ideal de vida plaent, productiva i plena.

Des d'una perspectiva científica, el suïcidi no pot ser abordat únicament com un acte individual, sinó com a resultat de l'acumulació o superposició de vulnerabilitat i risc. Les investigacions han d'anar adreçades a entendre els seus determinants, prevenir la seva ocurrencia i mitigar les seves conseqüències (OMS). La recerca rigorosa sobre les causes, factors de risc i estratègies de prevenció del suïcidi resulta fonamental per al disseny i implementació de polítiques públiques eficaces i culturalment pertinents. Comprendre la complexitat del suïcidi no sols implica reconèixer el seu caràcter multicausal, sinó també qüestionar els estigmes socials que dificulten la cerca d'ajuda i el desenvolupament d'intervencions oportunes.

L'Organització Mundial de la Salut defineix el suïcidi com "**l'acte deliberat de llevar-se la vida**". El 1986 la mateixa OMS el va definir com "**un acte amb resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte, sabent o esperant el resultat letal i a través del qual pretén obtenir els canvis desitjats**" i l'anomenat com a "parasuïcidi", com "**un acte sense resultat fatal**

mitjançant el qual, sense l'ajuda d'uns altres, una persona s'autolesiona o ingereix substàncies amb la finalitat d'aconseguir canvis a través de les conseqüències actuals o esperades sobre el seu estat físic". (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). El terme "parasuïcidi" està actualment en desús per les seves connotacions pejoratives. Els estudis plantegen que, fins i tot quan la intencionalitat autolesiva de l'acte autolesiu és vague o ambigua, s'ha de considerar temptativa.

Hi ha, per altra banda, un debat continu sobre el suïcidi entre la societat, els filòsofs i els científics. Els defensors opinen que les persones tenen un dret fonamental d'autodeterminació mentre l'exercici d'aquest dret no afecti els drets de ningú més, i la prevenció del suïcidi representa un paternalisme equivocat que viola inadequadament els drets individuals (Naguy et al., 2020). D'altra banda, els que s'oposen a considerar el suïcidi com un acte de llibertat, postulen que en tots, excepte en la malaltia terminal, el suïcidi és simptomàtic de malaltia mental tractable. Fins i tot en el desig de morir en situació de malaltia terminal, els detractors postulen que la decisió podria estar influenciada per clínica depressiva. Les opinions sobre el suïcidi com un acte de lliure voluntat, de vegades deriven del rebuig cap a aquests pacients, més que del desig objectiu de promoure els seus millors interessos. L'argument esgrimit pels defensors d'aquesta postura és el fet habitual que, gairebé en tots els intents de suïcidi no letals, hi ha un posterior sentiment d'agraïment per no haver tingut èxit. A més a més de les objeccions religioses i morals (Naguy et al., 2020). Cal considerar els conceptes de la pertorbació i el dolor psíquic de Shneidman a l'hora de fer una avaluació del risc. Les escales de quantificació del risc són només auxiliars, amb el constructe d'alt risc balancejant vectors de suïcidalitat versus supervivència. Existeixen molts mites originats pel suïcidi que cal desmitificar. L'atenció psiquiàtrica es beneficia d'un entorn per al tractament i la supervisió, l'atenció a la seguretat dels pacients i també treballar per tal d'establir una relació de cooperació i col·laboració entre metge i pacient. Això engloba tant el "paquet" psicosocial com els tractaments somàtics. Els millors resultats demanen d'un enfocament combinat.

En contra de les polítiques d'objectiu "zero-suïcidi" de la darrera dècada, altre corrent al·lega que el que implica aquest objectiu és poc clar. La seves objeccions se centren en la prioritització cap a la prevenció i eliminació de tot suïcidi. Argumenten que, mal entès, un objectiu social de suïcidi zero corre el risc de contravenir diversos principis ètics. En termes de beneficència i no-maleficència, un objectiu de "zero-suïcidi" corre el risc de ser ineficaç i pot suposar una càrrega o un perjudici per a moltes persones (Sjöstrand & Eyal, 2023). En nom de l'autonomia, la "prohibició" general de qualsevol suïcidi és excessiva. Pel que fa a la justícia social, el suïcidi zero corre el risc de centrar-se en els símptomes del malestar social enlloc de les seves possibles causes. Pel que fa a la transparència, un objectiu "zero" que no es pot complir, fa que aquestes autoritats es vegin superades i corre el risc de frustració, desconfiança i, el que és pitjor, estigmatització del suïcidi i de les condicions de salut mental. En contraposició a aquest corrent, altres autors (Sjöstrand & Eyal, 2023) proposem un camí entremig per a la prevenció del suïcidi, basat en la reducció de danys, anomenant-lo "paternalisme tou", adreçant els esforços a augmentar la qualitat de vida dels grups desfavorits. Tot i que el paternalisme tou respecta

l'autonomia, aquest enfocament també podria comportar exercir coerció en determinades circumstàncies, el que caldria evitar.

L'estudi del suïcidi i la seva prevenció té una llarga història que es remunta, almenys, a finals de la dècada de 1700, però el terme **suïcidiologia** no es va utilitzar oficialment fins al 1967 quan Edwin Shneidman va editar una nova revista, el Butlletí de Suïcidiologia (Shneidman, 1989, pàg. 255). En el pròleg, al primer número d'aquesta revista (Shneidman & Swenson, 1967), Stanley Yolles, el llavors director del NIMH, va escriure: "La iniciació del BULLETIN assenyala la inauguració d'una nova professió, la suïcidiologia, l'estudi dels fenòmens suïcides i la seva prevenció. Concebem la Suïcidiologia com una professió multidisciplinària, amb participació de persones amb una àmplia varietat d'antecedents en ciència, medicina, salut i aliats d'altres camps" (Berman et al., 2021).

Però el concepte de Suïcidi i la manera de entendre'l i veure'l, han sofert variacions al llarg de la humanitat, essent present, com a fenomen humà, a tots els períodes de la història, i sent les consideracions cap al suïcidi influenciades pels factors culturals de cada societat i època. No és possible comprendre aquest fenomen sense tenir-ne en compte aquests factors. El 1976, Jean Améry (Hans Maier de naixement) va escriure "... rebutjo la investigació que s'ocupa del suïcidi sense preocupar-se per conèixer a l'esser humà que busca la mort voluntària... el suïcidi és un privilegi de ser humà..." (Améry., 1999). El 1978 Jean es va suïcidar, després d'haver tingut un suïcidi frustrat, uns anys abans.

4. Marc Teòric

4.1 El Suïcidi al llarg de la història de la humanitat

L'esser humà es caracteritza per les seves habilitats cognitives, entre d'altres el llenguatge articulat, que permet la denominació i el pensament complex i abstracte. El mot utilitzat per designar l'acte de posar fi a la pròpia vida, SUÏCIDI, no és, contràriament al que pugui semblar, un terme antic, preexistent l'acte respecte de la possibilitat de la seva denominació. (Lopez Steinmetz, 2020)<https://boletinfilologia.uchile.cl/>

Si busquem l'origen del mot SUÏCIDI, el major consens indica que fins abans del segle XVII els esments del vocable suïcida o de vocables anàlegs van ser nuls o pràcticament nuls. Sembla que la seva aparició es produiria cap a mitjan segle XVII. No obstant això, la data exacta del primer ús del terme suïcidi és, segons alguns autors, encara una pregunta oberta. Precedint al segle XVII es constata l'absència d'un vocable únic que designés a l'acte i a l'agent suïcida, tant en llengües antigues, com ara l'hebreu, el grec i el llatí, com en llengües modernes.

Fins fa uns anys, importants referents d'aquest camp d'estudi acceptaven que el primer esment registrat del terme suïcida s'atribuïa a un teòleg i moralista de mitjans del segle XVII, anomenat J. L. Caramuel. Però, anys després, un altre autor va divulgar la troballa d'un esment anterior del vocable suïcida, que hauria estat plasmat en temps medievals. Però d'altres autors afirmen que no hi ha cap obra de l'Edat mitjana on consti el substantiu "suicidium" per a designar l'acte com a tal, i serien, en realitat, rastres de l'ús del terme suïcida, però que designaven només a la persona que el duia a terme. A l'obra on apareixia el terme, amb l'objectiu de denigrar als qui decidien acabar amb les seves pròpies vides, l'autor, monjo, va crear aquest vocable amb el mateix component que homicida, fratricida, parricida, "com si es tractés d'accions no sols equiparables, sinó pitjors". Per part seva, Edward Philips, en l'edició de l'any 1662 del seu diccionari *The New World of English Words*, reivindicava per a si la invenció de la paraula suïcidi. No obstant això, el primer diccionari anglès a incloure el vocable havia estat *Glossographia*, de T. Blount, l'any 1656. Malgrat les diverses troballes esmentades, va predominar una altra referència, que sol ser la més popularitzada, quan s'indica el primer ús del vocable suïcidi per a designar a l'acte com a tal. Aquesta referència és en un text de Sir Thomas Browne, titulat "*ReligioMedici*", escrit en 1635 i publicat en 1642. Des de llavors, comunament es relaciona a Browne amb la creació del terme, tot i que, durant els anys que van transcórrer entre l'escriptura i la publicació de l'obra de Browne, el neologisme **suïcidi** es va difondre en llengua anglesa a través d'una versió publicada en 1637 del *Satyricon de Petronio*. Després, l'ús del terme es va estendre gradualment, sent assentada oficialment la seva entrada a l'*Oxford English Dictionary* en 1651. Des de l'anglès es va difondre a les llengües continentals. En francès va ser utilitzat per primera vegada per l'Abat Desfontaines en 1737. Mentre que en castellà, la primera inclusió del vocable suïcidi en el Diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola data de 1817, si bé denotant en aquells dies només l'acte, mentre que en l'edició de 1822, el mateix vocable figura com a substantiu i com a adjectiu.

Ara bé, l'autor va assenyalar que en 1632 Browne hauria encunyat el neologisme suïcidi, en la seva forma composta formada a partir del llatí "sui" (de si mateix) i "caedes" (assassinat). Sobre aquest tema, altres autors van informar que el neologisme suïcidi "procedeix de les paraules llatines "sui" i "occidere"(matar). O també, d'altra banda, es troba la referència de la Reial Acadèmia Espanyola (2001), que afirma respecte del terme suïcidi, que és una veu formada a semblança d'homicidi, provinent del llatí: sui, de si mateix, i caedēre, matar. Sigui com sigui, l'autor que va fer la troballa va assenyalar que Browne hauria concebut la citada encunyació composta del neologisme suïcidi a la fi de distingir el self-killing" cristià, conceptuat com totalment condemnable, del suïcidi pagà, però noble, de Cató. Per aquell llavors també s'usaven termes com "*self-destruction*" per a designar l'acte de donar-se mort. D'altres estudiosos, en examinar l'origen i usos del vocable suïcidi, van trobar que aquest terme va ser usat inicialment pels qui, qüestionant les prohibicions i dogmes de l'Església Catòlica, defensaven el dret individual a donar-se mort. El terme suïcidi resultava neutral, i a diferència dels vocables que li van antecedir (self-murder, self-homicide) evitava l'estigma resultant d'equiparar aquest acte amb un crim.

El primer registre d'un suïcidi del que es té constància es situa a l'Egipte dels faraons, en aquest context històric era acceptable la opció de provocar la pròpia mort, en considerar-la com una forma d'evitar el dolor excessiu o el deshonor. Un dels suïcidis que han transcendit d'aquell període, va ser el de Cleòpatra (69-30 a. C.), qui es suïcidà per evitar la humiliació d'haver perdut la guerra.

Com a curiositat, i tot i que no se'n pot garantir la rigorosament, Diògenes Laerci relata al segle III, a la seva obra Vides, opinions i sentències dels filòsofs més il·lustres (traduïda i reeditada a(Gual, 2013)), el que s'ha considerat com el primer suïcidi documentat de la història: la mort de Periandre (segle VI aC), un dels Set Savis de Grècia i tirà de la polis de Corint. L'historiador va explicar com el tirà volia evitar que els seus enemics esquarteressin el seu cos quan es llevés la vida. El monarca va encarregar a dos joves militars que l'assassinessin i enterressin en lloc apartat en el bosc. Però, a més, per a evitar que aquests homes revelessin la localització del seu cadàver, va encarregar a altres dos homes que fessin el propi amb els seus assassins, i així successivament diverses vegades. Les ordres del brillant Periandre, la intenció del qual era un suïcidi digno, va acabar en una autèntica massacre.

A la Grècia clàssica, el suïcidi era considerat delictu. En privar a la polis d'un dels seus membres i de les seves contribucions al progrés, estava perseguit, considerant els morts per suïcidi impurs i no permetent-se l'enterrament dels suïcidents als cementiris. A més, es considerava un acte impietós cap als deus, amb exemples a la mitologia com el suïcidi de Yocasta o Egeu, posant fi a les seves vides pel dolor emocional que els ofega, o Àjax, qui es mata per no patir la humiliació dels seus errors comesos en un rapte de bogeria. Però, malgrat la posició de l'estat, entre els filòsofs grecs es van crear posicions enfrontades. Entre ells, Sèneca, qui considerava el suïcidi com una fugida del patiment físic i emocional. "...viure no és cap do si no es viu be..., l'home savi viu el millor que pot, no el més que pot...es tracta de saber deixar la vida..."(Guerrero Díaz,

2021). Aristòtil va titllar el suïcidi com a “acte de covardia” en considerar que el suïcida eludeix la seva responsabilitat social. A Roma, amb la cultura heretada en gran part de la cultura hel·lènica, existia una prohibició expressa de suïcidar-se. Posteriorment, al codi de Justiniano (527-565 d.C), per primera vegada s'accepta la pertorbació mental (“non compos mentis”) com a atenuant.

A la Bíblia es mencionen varis suïcidis, entre ells el rei Saül, ferit de mort, qui va caure sobre la seva pròpia espasa per a evitar que els filisteus li escarnissin (1 Samuel 31: 5), a l'Antic Testament. La mort de Judes és l'únic exemple clar de suïcidi en el Nou Testament (Mateo 27:3-10). Ambdós en context de vergonya i culpa. Per als primers cristians es considera el suïcidi com un homicidi de si mateix, equiparant-lo a una violació del “no mataràs”, convertint el suïcidi en pecat i al suïcida en pecador, dogma encara present a la doctrina catòlica (“coses... vergonyoses”). Aquesta actitud negativa cap el suïcidi, empitjora a la Edat Mitjana. El suïcida es converteix en delinqüent i se li infringeixen càstigs físics i socials extrems. Com a exemple, Dante, a la *Divina Comèdia* (1308), situa els suïcides al segon anell del setè cercle de l'Infern, en considerar-los violents contra si mateixos. Aquests, es transformen en arbres constantment estripats i picotejats per harpies. En el moment de la resurrecció, les seves ànimes no recuperaran els seus cossos, ja que van renunciar a ells voluntàriament.

El Renaixement aporta una visió més compassiva cap el suïcidi. Al 1608 s'escriu *Biathanatos* (“Morir de forma violenta”, John Donne) on es defensa el suïcidi a la glòria de Déu, i al 1621 Robert Burton escriu “*Anatomia de la malenconia*”, on postula el suïcidi com a resultat d'una alteració, teoria mantinguda per la psiquiatria alienista (Esquirol), que considera el possible paper dels factors socials respecte el suïcidi. Recordar que a les obres de Shakespeare apareixen fins a 14 suïcidis, i una afirmació prou reveladora: “*To be or not to be, that is the question*”.

Al 1788, David Hume al seu assaig “*On Suicide*» [from «*Two essays*»]”, convida a replantejar el suïcidi, defensant que aquest pot ser una acte racional i legítim, no necessàriament lligat a la bogeria.

Durant el romanticisme, segle XIX, es considera el suïcidi com un acte de màxima llibertat, o com a expressió de desesperança. Ortega l'anomena com “el mal del segle”. (Guerrero Díaz, 2021)

Ja al segle XX, amb l'augment de l'índex de suïcidis a nivell mundial, es comença a considerar com un problema social. Durkheim (1858-1917), considerat per alguns com el pare de la suïcidiologia, té una visió sociològica del fenomen suïcida, identificant fins a quatre tipus de suïcidi: altruista, egoista, anòmic i fatalista. Durkheim considerava que el suïcidi i les seves conseqüències en la comunitat, depassaven el pla de la moral i es mostraven com una barreja de condicions psicopatològiques i condicions socials, això és, que el suïcidi tenia un rerefons que s'ancorava en la dinàmica comunitària, i els seus efectes en la psique individual.

D'altres consideren Shneidman (1918-2009) com el veritable pare de la suïcidiologia, terme encunyat per ell mateix, qui va fer grans aportacions per a l'estudi i la prevenció del suïcidi. Fins a les seves aportacions, malgrat el fet suïcida era ja un tema científic, les metodologies de

recerca continuaven sent disperss, inconsistents i oferien múltiples respostes, moltes vegades contraposades. En els anys 1950 els científics pensaven que el suïcidi no es donava si no s'acompanyava de clars signes de psicopatologia i trastorn mental. No obstant, noves teories i perspectives d'anàlisi científica, van afirmar que l'estudi de l'acte suïcida havia d'incorporar molts factors que fins a aquest moment no s'havien considerat, a fi d'entendre-ho en tota la seva extensió i, a més, poder-lo prevenir. Els canvis que van permetre els nous enfocaments van ser, en primer lloc, descartar el supòsit que únicament els pacients psiquiàtrics eren susceptibles d'atemptar contra la seva pròpia vida (no tot suïcida és psicòtic, així com no tot psicòtic és suïcida). D'altra banda, la proposta que tot estudi del fenomen sobre l'acte—anihilació conscient havia de diferenciar, en primera instància, els suïcidis consumats d'aquells que s'haguessin quedat solament en temptatives suïcides, es a dir, comprendre que l'estudi del suïcidi no havia de centrar-se solament en la mort del subjecte, sinó també en el moment de la planificació suïcida i en els rastres que aquest deixava. Aquesta visió innovadora que la societat occidental contemporània li atorga al suïcidi, va ser un dels llegats del doctor Shneidman, qui creia que la vida s'enriqueix amb la contemplació de la mort i del morir. Considerava el suïcidi, bàsicament, com una crisi psicològica. L'estudi del suïcidi i la seva proposta sobre la possibilitat de realitzar intervencions a la fi d'evitar-ho, es van convertir en la passió de la seva vida (Chávez-Hernández, Ana-Maria, & Leenaars, 2010) .

A l'actualitat, la perspectiva des de la psiquiatria planteja la conducta suïcida com un fenomen poc freqüent en absència de psicopatologia. Els estudis d'autòpsies psicològiques en morts per suïcidi han objectivat trastorns psiquiàtrics en fins el 90%, i que fins i tot podria ser superior ateses les dificultats en obtenir informació fidedigne post mortem (Xifró et al., 2015).

Hi ha grans diferències respecte a la manera de considerar el suïcidi a cultures no occidentals. L'Islamisme no accepta el suïcidi, en tant que la vida només depèn d'Alà, però es transforma en heroic quan es converteix en sacrifici pel bé de l'Islam. A la Índia el suïcidi era habitual entre els savis brahmanistes, però era rebutjat per l'hinduisme, tret de situacions d'honor, o dejú fins a la mort ("prayopavesa"), autoritzat només a persones sense responsabilitats. El budisme rebutja el suïcidi, ja que el patiment és conseqüència dels actes comesos en una vida anterior, el karma, i és necessari per arribar al nirvana. A la Xina no hi ha tabús contra el suïcidi. Presenta una de les taxes majors al món, especialment entre dones. Al Japó el suïcidi era una conducta habitual per evitar la vergonya i el deshonor. Entre el pobles meso americans el suïcidi era una manera honorable de morir, venerant inclús una deessa del suïcidi (Ixtab)(Anseán, 2014).

4.2 Suïcidi, un problema de salut

Consideracions històriques i filosòfiques a banda, la mort per suïcidi i la conducta suïcida arreu del món, segons dades de la mateixa OMS, han arribat a xifres esfereïdores, amb prop de 800.000 persones mortes anualment per suïcidi arreu del món. Les dades sobre la incidència de conductes suïcides no letals són més difícils de quantificar, però s'estima que els intents de suïcidi són entre 20 i 40 vegades més freqüents que el suïcidi consumat, segons els estudis (Azcarate-jimenez L, Lopez-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernandez A, 2019). Els estudis epidemiològics a nivell mundial objectiven moltes limitacions en els registres, tant a nivell nacional en països concrets, com a nivell internacional, el que porta a pensar que la magnitud real del problema està infraestimada. Malgrat aquestes dificultats, les xifres de que es disposa indiquen que el suïcidi és, per grups d'edat, la tercera causa de mort entre els 15 i els 29 anys (*World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.*)

Globalment la OMS recull dades sobre mortalitat, prevalença i mètodes de suïcidi, de tots els països membres, des de 2013, quan declarà les xifres de suïcidi com a “**crisi mundial de salut pública**”, advocant per estratègies de prevenció a nivell global (TEAM & <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview>, 2021). Al 2014 la mateixa OMS publicà el seu primer informe mundial sobre el suïcidi “*Preventing suicide: a global imperative*”(Organization, 2014) . En ell feia palès la rellevància del suïcidi i les conductes suïcides com a problemes de salut pública, i instava a la elaboració i priorització de programes de prevenció. Aquest primer informe va ser seguit, al 2021, del document “**Viure la vida, guia pels països per a la execució d'intervencions eficaces basades en la eficiència**” (Organization., 2021).

En general podem assumir que la persona que decideix portar a terme una conducta suïcida, ho fa amb l'objectiu de deixar de patir. Segons Shneidman (Shneidman, 1993) el propòsit comú de l'acte suïcida és trobar una solució a un problema que li està generant un patiment insuportable. Dit d'altra manera, acabar amb l'anomenat dolor psicològic, entès com un estat mental intolerable i perturbador caracteritzat per una experiència interna d'emocions negatives. No vol morir, sinó deixar de viure amb patiment. I no pot plantejar més alternativa, per fer desaparèixer el patiment, que la mort. Per Shneidman l'emoció comú en el suïcida és la desesperança i el desamparament. Cognitivament presenten una ambivalència desitjant morir i, alhora, ser rescatats. Només poden percebre dues opcions: continuar patint, o morir, percebent el suïcidi com una manera de escapar (“darrera sortida”). Per aquest autor és comú la comunicació de la intenció a l'entorn abans de realitzar la conducta, “senyals de socors, peticions d'ajuda”.

Malgrat les directrius d'organitzacions i institucions de considerar el suïcidi com un problema de salut pública important, sovint aquesta necessitat ha estat desatesa, envoltant-lo d'estigma, mites i tabús, i, sovint, de silenci. Cada cas de suïcidi és una tragèdia que afecta greument no sols a

les persones suïcides, sinó també a les famílies i les comunitats. Les creences culturals i morals sobre el suïcidi, i les opinions innecessàriament pessimistes sobre la capacitat clínica actual per a intervenir i prevenir el suïcidi, són barreres contra la cerca d'ajuda per part del que pateix, i l'avaluació rutinària dels metges sobre els pensaments suïcides a les consultes. A dia d'avui el suïcidi continua sent un tema tabú a molts països arreu del món. Investigacions actuals han mostrat que la condemna social cap els pensaments i comportaments suïcides (és a dir, l'estigma del suïcidi), és un estressor addicional entre les persones amb conducta suïcida i els seus familiars. A més, l'estigma suïcida es considera una barrera en la cerca d'ajuda i divulgació dels pensaments suïcides. Malgrat la seva rellevància per a la prevenció del suïcidi, només existeixen algunes intervencions per reduir l'estigma suïcida entre la població general, i per donar suport a les persones afectades (Oexle & Rüsch, 2018) (Turecki & Brent, 2016).

La necessitat d'una nomenclatura integral s'ha fet palesa per tal de millorar la qualitat de la recerca en suïcidi. Des dels inicis de la suïcidiologia es evident la necessitat d'un sistema de classificació amb definicions uniformes, començant per la definició de **suïcidi**. Els diferents autors han discutit, al llarg del temps, la qüestió de la intencionalitat i la cerca o no de la auto-extinció, com a objectiu de la conducta. Després de revisar la literatura prèvia, aquests autors donen suport a la hipòtesi que, almenys en part, i potser més en les dones que en els homes, les intencions dels que no van morir com a conseqüència del comportament suïcida, podrien estar també presents en els que sí van morir per suïcidi. De fet, un estudi citat per Hjelmeland (Hjelmeland et al., 2002) destaca que “les raons atribuïdes al pacient per a la conducta suïcida no fatal (com el desig i la preparació del suïcidi), prediuen una sèrie de criteris de suïcidi”. Per descomptat, identificar criteris de risc no significa que el comportament suïcida, fatal o no fatal, sigui previsible (Goldney, 2005). Moltes revisions han avaluat diferents programes adreçats a anticipar el risc de suïcidi d'un individu, els resultats, fins ara, han estat descoratjadors. La capacitat de predir el comportament suïcida futur no és millor que l'atzar. Cap instrument individual de predicció de riscos ofereix suficient sensibilitat i especificitat per permetre la presa de decisions clíniques (Zortea et al., 2020). Aquesta impossibilitat de predir el risc obstaculitza la investigació en aquest camp. Un dels reptes que afronta la recerca i la pràctica clínica és la conceptualització categòrica de l'autolesió com a suïcida o no suïcida. La realitat és que aquests comportaments sovint abasten ambdues categories, i les raons d'un individu per autolesionar-se solen ser moltes i canvien amb el temps. A més, la percepció de “desig de morir” associada a l'episodi també és transitòria i fluctuant. Una consideració addicional per entendre plenament l'abast de l'auto lesió és que aquesta s'ajusta a un model d'iceberg que consta de tres nivells on, les morts per suïcidi (visibles i relativament rares) formen la punta de l'iceberg. L'altra part observable de l'iceberg es compon de conductes auto lesives amb les que l'individu es presenta als serveis clínics, inclosos els hospitals generals. El tercer nivell, submergit i en gran part ocult, representa l'auto lesió que es produeix a la comunitat, que no rep tractament hospitalari i que sovint s'oculta. Podria ser que la no inclusió d'aquests individus a les mostres dels estudis, esbiaixés els resultats de les investigacions sobre conducta suïcida.

Hi ha un clar consens a la literatura en relació a l'associació d'haver realitzat conductes suïcides, i l'existència de problemes de salut de qualsevol ordre, pobre qualitat de vida i augment del risc de morir per suïcidi. S'estima que per cada persona que mor per suïcidi, altres vint o més ho intenten. Si es té en consideració les repercussions en l'entorn familiar, social i comunitari d'aquells qui realitzen un intent de suïcidi, o moren per suïcidi, cada any milions de persones al món resulten afectades pel suïcidi en una o altre mesura (Organization, 2014).

L'atenció i el seguiment a persones en risc de suïcidi, i el suport psicosocial després de l'auto lesió, s'ha demostrat que redueix les possibilitats de repetir la conducta. D'aquí la importància d'actuacions que permetin identificar-ne el risc de manera precoç i fer-ne un seguiment acurat. Les instal·lacions i sistemes sanitaris també han de prioritzar la prevenció del suïcidi per permetre una intervenció primerenca quan les persones busquen ajuda o s'identifiquen com a en risc.

Per altre banda, han sorgit noves teories per tractar d'entendre la conducta suïcida. La teoria interpersonal del suïcidi suggereix que la ideació suïcida és impulsada per la càrrega percebuda i la pertinença frustrada, però que els individus també han de posseir la capacitat de fer-se mal per intentar realment el suïcidi. Aquesta capacitat comprèn una temeritat sobre la mort i una tolerància al dolor físic que ajuda a un individu a anul·lar els seus instints d'auto-preservació (Chu et al., 2017).

Totes aquestes dades evidencien la necessitat de contemplar la conducta suïcida com un greu problema de salut, per tal d'afavorir tant l'estudi com la implementació de programes de prevenció per part dels responsables, arreu del món.

4.3 Epidemiologia del suïcidi

La conducta suïcida engloba diversos fenòmens entre els quals els més rellevants són la mort per suïcidi, la temptativa suïcida i la ideació suïcida. La distinció de cadascun d'aquests fenòmens és important a l'hora de determinar el seu impacte, atès que es poden seguir dos enfocaments diferents: avaluar cadascun d'aquests fenòmens per separat o avaluar-los de manera conjunta, és a dir, estudiar la conducta suïcida de manera global (Ayuso-Mateos et al., 2012b) tenint en compte la complexitat del comportament suïcida per la interacció de factors genètics, biològics, psicològics i ambientals. A nivell internacional, segons l'OMS (*World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.*), al voltant de 700.000 persones es lleven la vida cada any, i per cada suïcidi hi ha un número molt elevat de temptatives, s'estima que entre 10 i 30, i que per cada suïcidi en l'adolescència aquesta xifra augmenta fins a entre 100 i 200 temptatives. A més, en cada mort per suïcidi, entre 6 i 10 persones queden afectades per sempre. Aquestes dades posicionen el suïcidi com la principal causa de mort no natural i una de les principals causes de mortalitat del món. El 79% de tots els suïcidis es produeix en països d'ingressos baixos i mitjans, però continua sent un problema a escala mundial. El 2019 el suïcidi va representar el 1,3% de totes les morts al món, equivalent a una taxa de 9 suïcidis per cada 100.000 habitants. Aquesta taxa estandarditzada per edat és major en homes (12,6 per 100.000 habitants) que en dones (5,4 per 100.000 habitants). Quant als grups d'edat, el suïcidi és la tercera causa de mort per als joves d'entre 15 i 19 anys. La regió amb la taxa més baixa de suïcidis estandarditzada per edat és l'Est del Mediterrani, amb 6,4 per 100.000 habitants. En contrast, la taxa més alta es registra a Àfrica amb 11,2 per 100.000 habitants (OMS, 2019).

L'estudi *Outcome for Depression International Network, ODIN* (Ayuso-Mateos et al., 2001), va calcular, a la regió Euro-A1 de l'OMS (a la qual pertany Espanya) 54.280 morts per suïcidi l'any 2000, l'1,3% de totes les morts estimades a la regió per aquell any. Les taxes més elevades es van produir en els grups d'edat entre 15 i 44 anys, i en majors de 60. En el cas concret d'Espanya, el patró de la mortalitat per suïcidi va ser similar a la resta de la població europea. L'any 2006 la taxa crua de mortalitat per suïcidi va ser d'11 per 100.000 en homes i de 3 per 100.000 en dones, constituint respectivament l'1,3 i el 0,4% de la taxa de mortalitat total. Tant en homes com dones, el nombre més gran de morts es va produir en majors de seixanta anys.

Respecte a les xifres dels estudis epidemiològics, d'altres autors evidencien dificultats metodològiques afirmant que, ni són tots els que estan registrats (és dubtós incloure alguns suïcidis que succeeixen en persones amb diagnòstic de psicosi o estats confusionals o d'intoxicació), ni estan tots els que són (caldrà incloure possibles suïcidis, encoberts com a "mort accidental"). Una prova de les dificultats als registres d'incidència de suïcidi, és la diferència, al nostre país, entre les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i les dels Instituts de Medicina Legal a les Comunitats autònomes (Xifró et al., 2015). En un estudi de 2014 es van quantificar uns 1.000 suïcidis més en les dades forenses, sense poder esclarir el motiu en les

diferències, orientat aquest cap a les dificultats en la transmissió adequada de dades entre ambdues administracions (Giner & Guija, 2014). Des de 2012, l'Agència de Salut Pública de Barcelona revisa les dades registrades de fonts forenses, en tots els casos de defunció amb intervenció judicial a la província de Barcelona, analitzant la qualitat de les dades sobre la causa de mort i determinant millores en les estadístiques de mortalitat. La revisió va permetre detectar la informació subestimada significativa de morts per suïcidi a través de les xifres de l'INE, suggerint el benefici d'incorporar directament dades forenses a les estadístiques de mortalitat a partir del 2012 (Fernández-Prieto et al., 2023a).

A partir de dades de comprovació creuada amb fonts forenses, les diferències en les taxes generals de morts per suïcidi no superen el 0.5% per 100000 habitants. L'accés a fonts forenses evita la infrainformació de morts per suïcidi i confirma la major minuciositat de l'actual sistema de recollida de dades, des de 2012, a Catalunya. La necessitat de dades fiables en temps real sobre diferents causes de mort, especialment mort per suïcidi, requereix de la coordinació directa entre programes de prevenció de suïcidis i L'Institut de Medicina Legal i Forense de Catalunya, en el nostre àmbit (Fernández-Prieto et al., 2023b).

Aquestes dificultats en disposar de dades fiables sobre la epidemiologia del suïcidi ha estat observada arreu del món. Diferents procediments, pràctiques i valors culturals i socials, probablement tenen efectes profunds en els registres de mort, conduint a la mala classificació del suïcidi (per exemple, com a mort indeterminada o mort per accident o malaltia) (Hawton & van Heeringen, 2009b). En alguns països, una part important de les morts per suïcidi (15% a la Xina) probablement no es denuncien com a tal, i els procediments per a registrar la causa de mort com a tal, estan lluny de ser uniformes. Els països difereixen en els seus procediments de certificació de la mort per a morts inesperades, i en els seus requisits perquè una mort es registri com a suïcidi. Els requisits també difereixen, amb proves externes d'intencions, com ara que es requereixi una nota de suïcidi en alguns països (Luxemburg); en altres es pot arribar a un veredict de suïcidi sobre una base de judici d'intencions, sempre que hi hagi certesa que la mort va ser auto infligida (Anglaterra i Gal·les). Els resultats suggereixen que els recomptes oficials de la càrrega global del suïcidi són substancialment subestimats. En molts països islàmics, la visió del suïcidi com a delict pot afectar les pràctiques de registre. Les dades epidemiològiques sobre el suïcidi a l'Àfrica són escasses.

En un article recent de 2025 es recullen dades a nivell mundial (Davis Weaver et al., 2025) , el 2021 es van produir 746 000 morts per suïcidi, 519 000 homes i 227000 dones. A nivell regional, les taxes de mortalitat a causa del suïcidi van ser més altes a Europa oriental (19.2 [17.5–20.8] per 100000), Àfrica subsahariana meridional (16.1 [14.0–18.3] per 100000), i Àfrica subsahariana central (14.4 [11.0–19.1] per 100 000). L'edat mitjana a la qual els individus van morir per suïcidi va augmentar progressivament durant el període d'estudi. Per als homes, l'edat mitjana al moment de la mort per suïcidi el 1990 va ser de 43.0 anys (38.0–45.8), augmentant a 47.0 anys (43.5–50.6) el 2021. En el cas de les dones, va ser de 41.9 anys (30.9–46.7) el 1990 i de 46.9 anys (41.2–52.8) el 2021. La incidència d'intents de suïcidi que requerien atenció mèdica es

mantenia més alta a nivell regional per a les dones que per als homes. El nombre de morts per suïcidi utilitzant armes de foc va ser major en homes que en dones, i va variar substancialment segons el país i la regió. Els països amb la taxa de suïcidis més alta estandarditzada per edat atribuïble a les armes de foc el 2021, van ser els Estats Units, l'Uruguai i Veneçuela.

L'última taxa disponible de suïcidi per al conjunt de la UE va ser de 10,2 per 100.000 habitants en 2021. Igual que a nivell mundial, aquesta taxa és major en homes (16,75 per 100.000 habitants) que en dones (4,55 per 100.000 habitants). En quant a dades per país, Eslovènia presenta la taxa de suïcidi més alta de la UE, seguida de Lituània i Hongria. D'altra banda, els països del sud d'Europa, com Xipre i Malta, mostren les taxes més baixes de mortalitat (World Health Organisation.WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>,n.d.). A nivell estatal, segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (*INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, INE*, n.d.), es van produir 4.116 morts per suïcidi l'any 2023. La mortalitat per suïcidi a Espanya en 2023 va ser de 8 morts per cada 100.000 habitants, sent major en homes que en dones en tots els grups d'edat. Les diferències són notables, amb xifres de 46,3 suïcidis per cada 100.000 homes majors de 90 anys, enfront de 4,4 en les dones d'aquesta mateixa franja de edat. A les dades de 2024, provisionals a l'octubre de 2025, els suïcidis apareixen com la segona causa de mortalitat externa, amb 3.846 morts, i prop de 75.000 intents de suïcidi. Això suposa un descens de 6,6% respecte a l'any anterior. Ateses les morts segons el sexe, provisionals, 2.834 homes i 1.012 dones van morir per suïcidi l'any 2024. L'Institut Nacional assenyalava que en el cas de defuncions per causes externes, els temps fins a la consolidació de les dades augmenta, atesa la necessitat de realitzar autòpsies. Per aquest motiu, aquestes dades poden constituir xifres subestimades. Les estimacions provisionals de l'any 2023 assenyalaven 3.952 suïcidis, mentre que en les dades consolidades van resultar 4.116. A Catalunya, les xifres més actualitzades són de 2023. Es van comptabilitzar 635 morts totals per suïcidi, 7,93 x 100.000 hab; per gènere, van morir 465 homes (11,79x100.000 hab) i 170 dones (4,18x100.000hab). Les dades provisionals de 2024 són de 538 morts totals, 396 homes i 142 dones (*Idescat. Indicadors*, n.d.).

Alguns autors amb estudis al voltant del suïcidi afirmen que aquells que moren per suïcidi tindrien un perfil amb diferències rellevants respecte d'aquells que realitzen intents de suïcidi no fatals. Els primers tendeixen a ser de major edat, homes, utilitzar mètodes més letals, i morir la primera vegada que realitzen l'intent. El segon grup, contràriament, acostumen a ser dones, demanar ajuda, i fer servir mètodes menys letals com sobre dosificació de fàrmacs; aquest grup de repetidors tendeixen a presentar més psicopatologia greu (Paris, 2021). Malgrat que la realització d'intents autolítics comporta un major risc estadístic de morir per suïcidi, només una minoria arriba a aquest resultat. En una revisió del 2002 es va estimar una taxa de mort del 9% als 9 anys de seguiment, en els grups d'intent de suïcidi. El resultat es va atribuir a la baixa taxa del suïcidi en població general. La prevalença de la mort per suïcidi a la població general és de 0.014%, 0.79% la d'intents de suïcidi, i 9% la presència d'idees de suïcidi al llarg de la vida (Nock

et al., 2008). Els esdeveniments rars són difícils de predir d'entre símptomes molt més comuns. L'autor planteja que la majoria d'estudis al respecte, només es basen en dades sobre població que realitza intents. En un estudi de 75 homes que van morir per suïcidi entre 18 i 35 anys, Lesage i cols. (Lesage et al., 1994), van trobar que menys d'un terç estaven en tractament, menys de la meitat havia estat visitat per un terapeuta durant l'any anterior, i que un terç mai havia estat avaluat per un especialista en salut mental. De la mateixa manera, Hawton et al. (Hawton et al., 1999), van informar que entre 174 suïcidis en una cohort d'adults menors de 25 anys, només el 22% estaven en tractament. Tot i que alguns estudis apunten que 2/3 dels individus que moren per suïcidi van ser visitats per serveis de primària o de salut mental en el mes anterior a la mort, l'autor d'aquesta revisió planteja que no s'ha investigat si el motiu de la visita va tenir relació amb el suïcidi. I remarca que, si el 50% dels morts havien estat en contacte amb els recursos de salut mental en algun moment, l'altre meitat dels suïcidis es dona en població sense cap atenció clínica.

La complexitat dels estudis epidemiològics per l'anàlisi del suïcidi, es multiplica quan l'objecte d'estudi són les ideacions i conductes suïcides, considerades com a principal factor de risc de la mort per suïcidi. Les dificultats per a el coneixement de la magnitud real del problema són fins i tot més evidenciables, mancant xifres oficials i havent-se suggerit que poden arribar a ser fins a 10-20 vegades superiors en número de morts per suïcidi. En aquest sentit, cal tenir present que el còmput d'intents de suïcidi comporta nombroses dificultats metodològiques. La principal és que es tracta d'un grup heterogeni de pacients en relació amb aspectes com la planificació, el grau de letalitat, l'elecció del mètode, la intencionalitat suïcida o la utilització de diferents definicions del que constitueix una temptativa suïcida (M. Wang et al., 2019).

La prevalença de la ideació suïcida va ser estudiada en dos estudis europeus, en els quals va participar Espanya. En el primer d'ells, *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMED* (Bernal et al., 2007; Gabilondo et al., 2010), es va observar una prevalença al llarg de la vida del 7,8% per a ideació suïcida i del 1,8% per als intents de suïcidi. A Espanya les xifres van ser menors que les observades en la mostra global (4,4% per a ideació suïcida i 1,5% pels intents de suïcidi). Aquesta mateixa tendència es va observar en l'estudi *ODIN* (Ayuso-Mateos et al., 2001), realitzat en cinc països europeus, entre ells Espanya. Els resultats d'aquest estudi van posar de manifest que la ideació suïcida a Espanya en la passada dècada (2,3%), era relativament baixa en comparació amb altres països europeus (7,4% a Noruega, 9,8% a Finlàndia i 14,6% a Irlanda).

La presència d'ideació auto lesiva i de suïcidi, i les conductes autolítiques, no només tenen la mort per suïcidi com a resultat. Actualment, en els països d'ingressos alts, les persones amb trastorns mentals continuen experimentant una bretxa de mortalitat de 20 anys en els homes i de 15 anys en les dones. La combinació de factors de risc relacionats amb l'estil de vida, taxes més elevades de morts no naturals i una atenció física de menor qualitat contribueixen a la mortalitat prematura en aquest grup poblacional (Thornicroft, 2011). Per reflectir les tendències de mortalitat

dels grups d'edat més joves, s'utilitzen indicadors de mortalitat prematura. La mortalitat prematura, una part de la qual és teòricament evitable, constitueix un paràmetre rellevant per mesurar l'estat de salut d'una població i, per tant, és molt útil en la planificació sanitària: permet definir prioritats d'intervenció, advertir sobre els canvis temporals en la mortalitat prematura i les diferències entre subpoblacions, i contribueix a avaluar l'eficàcia dels programes d'intervenció (Del Valle Gómez, M Olivo; López González, M Luisa; Arcos González, Pedro Ignacio; Cueto Espinar, 1993).

Factors ambientals i genètics que actuen des d'abans del naixement, fins a la vellesa, influeixen en el risc individual de suïcidi. Aquest risc està condicionat no només pels trastorns psiquiàtrics i el comportament impulsiu, sinó també per elements com l'acceptació cultural del suïcidi, la facilitat d'accés a mètodes suïcides letals, els patrons de cerca d'ajuda en moments de crisi i la disponibilitat de tractaments efectius després de l'autolesió (Gunnell & Frankel, 1994).

Pel que fa a altres causes de mort, l'anàlisi d'una cohort nacional noruega d'adults tractats en hospitals generals per autolesions deliberades va objectivar l'augment del risc de mort no-suïcida en trastorns per consum d'alcohol i altres trastorns per substàncies, destacant l'elevada vulnerabilitat d'aquests subgrups. Curiosament, la intoxicació alcohòlica aguda en el moment de l'autolesió es va associar amb un risc inferior de mort per suïcidi, possiblement reflectint intents menys vinculats a voluntat autolítica (Seljenes Bøe et al., 2023). Els autors subratllen que les diferències substancials per gènere, edat i història de repetició indiquen la necessitat d'avaluacions psiquiàtriques sistemàtiques després de cada episodi de lesió deliberada, i d'intervencions específiques segons diagnòstic i perfil de risc. En conclusió, l'estudi aporta evidència sòlida que la combinació entre autolesions i trastorns psiquiàtrics, incrementa notablement la mortalitat prematura. La implementació de seguiment clínic estratificat, el reforç de les intervencions psicoterapèutiques i el tractament dels trastorns d'ús de substàncies són mesures essencials per reduir el risc de mort en aquesta població altament vulnerable.

Existeixen evidències a la literatura que ser donat d'alta després d'una hospitalització psiquiàtrica, comporta un augment en el risc de patir un resultat advers greu, amb taxes de suïcidi i d'autolesió especialment elevades en el període immediatament posterior a l'alta, en tant que un seguiment a llarg termini mostra un desplaçament cap a causes de mort natural, especialment de malaltia vascular (Mortier, Conde, et al., 2024). En un estudi de cohorts en població catalana amb l'antecedent d'hospitalització per causa psiquiàtrica, els autors mesuren la mort prematura i mort per suïcidi dels individus de la cohort, considerant mort prematura qualsevol causa de mort abans del 70 anys. El 4,6% va morir de manera prematura, 0,9% per suïcidi, mentre que el 9,7% va presentar un episodi d'auto lesió, registrat a les dades de salut. La taxa de mortalitat estandarditzada (SMR) global per morts prematures va ser de 7.5; global 32.9 per suïcidi, i especialment elevat entre dones (47.6). Els resultats troben un risc de mort prematura i de suïcidi significativament superior entre els pacients de la cohort (pacients donats d'alta després d'una hospitalització psiquiàtrica), fins a 8 vegades més alta que en la població general, suggerint que

aquests individus conformen una població vulnerable per aquests esdeveniments. Aquest augment en mort prematura, va ser especialment pronunciat entre els que havien estat hospitalitzats per trastorns cognitius i trastorns relacionats amb l'ús d'alcohol. L'augment de risc de suïcidi i autolesions post-alta es va relacionar amb trastorns depressius en homes, i trastorn bipolar en dones. Haver estat hospitalitzat per causa psiquiàtrica es va associar amb risc dels 3 resultats adversos, amb un clar increment gradual de risc per a autolesió intencional amb un increment en el número d'hospitalitzacions prèvies. Estadets més curtes de l'ingrés psiquiàtric índex s'associaven amb autolesions post-alta. En aquesta línia, una revisió exhaustiva de l'evidència va mostrar que els mecanismes associats amb la mort prematura i el comportament suïcida entre les persones amb malaltia mental tenen moltes similituds, incloent els factors de comportament (com poden ser l'ús de tabac, hàbits dietètics inadequats i tendència al sedentarisme) i accés reduït a una atenció adequada(Neeleman, 2001).

Un estudi previ (1994) a Noruega (Ekeberg et al., 1994) va fer un seguiment durant 10 anys a tots els pacients que van ser atesos durant l'any 1980 a la ciutat d'Oslo, per intoxicació voluntària. El 22% de la mostra va morir (62% homes) durant el seguiment. Les causes més comunes de mort van ser el suïcidi (21%), les malalties cardíaques (17%), l'abús d'opiacis (15%) i els accidents (13%). El quaranta-un per cent dels suïcidis es van produir durant els dos primers anys del període de seguiment. La taxa de mortalitat femenina va disminuir en la segona meitat del seguiment, mentre que la taxa masculina no va canviar. El risc de mort dins dels 10 anys després de l'alta va augmentar amb l'edat i va ser més gran en els homes, mentre que el grup social i el motiu del suïcidi no eren factors predictius. Les dones van tenir una taxa de suïcidi excessiva de 182 en el primer any després de l'auto enverinament i 61 en el període total. Les xifres corresponents per als barons van ser de 70 i 21. L'únic factor associat amb un augment de la taxa de suïcidi va ser tenir un motiu suïcida després de l'admissió per auto enverinament, amb un risc de suïcidi de 3,1 en el període de seguiment de 10 anys. Un altre estudi de seguiment amb pacients visitats a urgències per auto lesions deliberades no fatals, idees suïcides o qualsevol altre preocupació no relacionada amb idees de mort, durant 1 any, troba taxes de mort per suïcidi en l'any posterior a la visita índex, de SMR de 56.8 entre els individus que van acudir a urgències per auto lesions, enfront de 31.4 en pacients atesos a urgències per ideació suïcida però sense auto lesió, i SMR de 1,9 en el grup d'individus de referència. En comparar amb població general estratificada, les taxes de mortalitat externa per causa no suïcida també van ser més elevades entre pacients amb auto lesions (SMR 14.2), pacients amb ideació suïcida (SMR 11.8), i pacients de referència (SMR 2,2). En els 3 grups les taxes de mortalitat per suïcidi van ser més altes entre els homes, població major de 65 anys, i pacients blancs no hispans, que entre els seus grups de referencia (Goldman-Mellor et al., 2019) .

Un altre autor, Neeleman (Neeleman, 2001), en un metaanàlisi del 2001, troba taxes estandarditzades de mortalitat de 8,6 per suïcidi, 3.4 per accident i 2.1 per mort natural en poblacions exposades a factors de risc ben establerts com a factors de risc per a suïcidi. Aquestes xifres suposen un excés en les taxes de mort, de més baix per a la mort natural a més

alt per al suïcidi. Aquesta tendència va ser més pronunciada després de l'autolesió deliberada, intermèdia en els individus amb ús de substàncies, i més feble, però present, en les cohorts de classe social baixes i grups vulnerables, i revertida en fumadors i persones epilèptiques. Neeleman va estimar que els individus amb antecedents d'autolesions tenien 25 vegades més probabilitats de morir per suïcidi que la població general. A la revisió de 80 estudis observacionals i empírics, Owen i cols. (Owens et al., 2002) van concloure que el risc d'un altre intent de suïcidi oscil·lava entre el 16% (primer any) i el 23% (seguiment de 4 anys o més), mentre que per al suïcidi oscil·lava entre el 2% (primer any) i el 7% (seguiment de 9 anys).

Christiansen et al. (Christiansen & Jensen, 2007) van estimar el risc d'un altre re intent, en un estudi de seguiment de cinc anys, al voltant del 31%, destacant que el risc va ser més alt durant els dos primers anys després de l'intent de suïcidi índex. Entre l'1% i 6% dels individus avaluats a causa d'un intent de suïcidi, havien mort per suïcidi l'any següent. El risc de suïcidi és més alt en pacients grans i en aquells individus amb un major nombre d'intents de suïcidi al llarg de la vida, en contra de la tradició clínica de considerar els intents freqüents com de baix risc per al suïcidi. En l'anàlisi de l'eficàcia d'un programa de seguiment telefònic durant un any, per a individus amb un primer intent de suïcidi, els autors, d'acord amb la literatura preexistent, van trobar que una edat més jove, la presència de trastorns de personalitat i el trastorn per consum d'alcohol, eren factors de risc per a tornar a intentar el suïcidi en la mostra (Parra-Urbe et al., 2017). Més enllà, el consum d'alcohol i la vellesa eren factors de risc per al suïcidi. Pel que fa al programa de gestió telefònica, al voltant del 50% dels que van fer un nou intent de suïcidi, i el 90% dels que van morir per suïcidi, respectivament, no van completar el seguiment telefònic al mes 12. Els autors refereixen com a descoratjador el fet que la majoria dels suïcidis no van ser avaluats en els serveis d'urgències durant el període d'estudi. El vint per cent dels intents de suïcidi van tornar a intentar el suïcidi durant el període de seguiment. Pel que fa als factors de risc per morir per suïcidi entre els que havien fet intents previs, van ser 1) ser més gran i 2) la presència d'un trastorn per ús d'alcohol. Aquests resultats coincideixen amb la literatura (Gibb et al., 2005; Monnin et al., 2012; A. G. Wang & Mortensen, 2006).

El 2014 la taxa d'intent de suïcidi a Espanya s'estimà en 99,1 per 100.000 habitants (homes: 69,1; dones 129,1). El mètode més utilitzat va ser la sobre dosificació farmacològica (un 90% dels pacients). El percentatge de pacients que havien realitzat temptatives suïcides prèvies va ser molt elevat, 55,4% dels casos, i més concretament, el 30,1% havien realitzat alguna temptativa durant l'any anterior (Sáiz & Bobes, 2014). A l'Anglaterra, 220.000 pacients per any són ingressats a l'hospital per comportaments d'autolesions. Als Estats Units, 538.000 pacients a l'any són ingressats als departaments d'emergència per intent de suïcidi i autolesió (Inagaki et al., 2019).

Hi ha una variació considerable en les taxes d'intents de suïcidi entre diferents països. Cal tenir en compte que la major part d'aquestes dades procedeixen de països desenvolupats i que les troballes poden no ser completament generalitzables a altres parts del món. Els factors

sociodemogràfics tenen un paper important en la gènesi d'aquestes conductes. De fet, un dels primers abordatges científics del problema va venir amb Durkheim, de la mà de la sociologia. Durant molts anys, aquests factors, al costat del diagnòstic psiquiàtric, han estat els elements sobre els quals s'ha basat la decisió terapèutica en el maneig de l'intent de suïcidi. Així, el gènere femení s'ha lligat a la conducta suïcida no letal, mentre el gènere masculí s'ha relacionat més amb el suïcidi consumat. S'ha considerat que els joves i la gent gran tenien més risc de conductes suïcides severes. L'edat es barreja amb l'estat civil, potenciant-se el risc en el cas de solters i vidus. L'emigració, i el desarrelament que aquesta comporta, és un marcador de risc a tenir en compte. En canvi, els factors econòmics (ingressos i situació laboral) tenen un pes modest en el risc de suïcidi (García-Resa et al., 2002).

Les temptatives de suïcidi són gairebé 20 vegades més comunes que les morts per suïcidi, i la història d'intents és predictiva dels intents posteriors i del risc de mort per suïcidi, freqüentment després de diversos intents repetits. El risc de suïcidi complet per a les persones que ja han intentat suïcidar-se és de 40 a més de 100 vegades superior al de la població general (Fossi Djembi et al., 2020), i el risc de recurrència és més alt immediatament després de l'alta de l'hospital, amb re intent en un de cada tres pacients, en un termini de 30 dies. Aquest augment de risc de reincidència s'ha avaluat en nombroses ocasions partint de mostres de persones ateses en serveis d'urgències després d'una conducta auto lesiva. En un metaanàlisi publicat el 2019 (Chung et al., 2019a), la taxa de suïcidi va ser més alta dins dels 3 mesos després de l'alta i entre els pacients ingressats amb idees o comportaments suïcides. Les taxes de suïcidi per cada 100 000 pacients-any van ser de 654 per els estudis amb períodes de seguiment de 3 mesos a 1 any, 494 per a els estudis amb períodes d'1 a 5 anys, 366 en períodes de seguiment de 5 a 10 anys i 277 per als estudis amb períodes de seguiment més llargs de 10 anys.

Un dels obstacles més difícils de vèncer en les intervencions per al tractament i la prevenció de conducta suïcida, és aconseguir que la persona comuniqui l'aparició d'idees suïcides en el seu pensament, atès que a la literatura científica es parla de l'existència d'un continuum (l'anomenat "procés suïcida") entre els pensaments suïcides, la planificació suïcida, l'intent suïcida, i el suïcidi, malgrat aquest continuum pot no ser lineal ni temporal, sinó més aviat dinàmic, i sense poder identificar quins són els factors que influïrien en el pas d'un punt als altres (Horoşan et al., 2024; Oppenheimer et al., 2022; Sher & Oquendo, 2023), tot i que alguns autors plantegen associacions amb dimensions com l'ansietat o haver patit esdeveniments dolorosos i disruptius (Burke et al., 2018; Green et al., 2021).

En un estudi dels revisats per Bradvik (Brådvik, 2018) refereixen els resultats d'una enquesta de salut a població general. Entre els participants adults, un 5% reporten pensaments suïcides, sense haver-los revelat, en pràcticament la meitat dels individus. Entre els que no havien verbalitzat les seves idees era més probable tenir escassa xarxa social, i més habitual referir pobre salut mental i freqüents pensaments de suïcidi, però l'enquesta no va trobar associació entre la presència de pensaments i el sentiment de solitud o l'estatus de parella.

Les autòpsies psicològiques de mitjans del segle XX i posteriors, han revelat que la majoria de les persones que han mort per suïcidi, patien un trastorn mental, suggerint que aquest nombre podria ser com a mínim del 90%. Però afortunadament, la majoria de persones amb un diagnòstic de malaltia mental no moren per si mateixos. S'estima que el risc de suïcidi és de 5 al 8% per a diversos trastorns, com la depressió, l'alcoholisme i l'esquizofrènia. S'ha proposat un model de diàtesi de l'estrès en el qual es determina el risc de conductes suïcides, no només per una malaltia psiquiàtrica (l'estressor), sinó també per una diàtesi, com ara una tendència a experimentar més idees suïcides i ser més propensos a actuar sobre el desig suïcida. Per tant, el risc de suïcidi és multifactorial. L'esforç en la recerca sobre els factors de risc és urgent per mirar de predir i evitar la mort per suïcidi (Brådvik, 2018).

Els trastorns depressius i l'ús de substàncies, principalment l'alcohol, són els diagnòstics més freqüents entre les víctimes de suïcidi. A més, patir trastorns comòrbids, està associat amb un alt risc de suïcidi. La depressió està fortament relacionada tant amb la ideació suïcida com amb l'intent, però no té especificitat com a predictor, i se sap poc sobre les característiques que augmenten el risc de suïcidi entre les persones amb depressió. En un estudi fet a Austràlia, referit per Brådvik en el seu article, la gravetat de la depressió tenia una correlació significativa de la suïcidalitat, tant en homes com en dones, però els intents de suïcidi eren significativament més freqüents entre les dones amb una edat més jove, a l'inici de la depressió, i un nombre més alt de comorbiditats psiquiàtriques. No es van trobar factors addicionals per als homes. Pel que fa a l'intent de suïcidi, a un estudi recent sobre relacions entre suïcidi i factors determinants socials (Na et al., 2025), l'experiència d'abús infantil, maltractament i agressió sexual, l'estatus de gènere i minoria sexual i la mortalitat per suïcidi parental, van ser els factors de risc més forts. La prevalença de l'intent de suïcidi entre les persones sense llar (28,9%), les dones empresonades joves (27%) i en adults (12,2%), va ser alta. Per a la ideació suïcida, la identificació d'haver patit o estar patint violència de parella bisexual i íntima en les dones, van ser els factors de risc més forts. La prevalença d'idees suïcides al llarg de la vida en persones sense llar va ser del 41,6%. Els factors protectors associats amb el risc reduït de mortalitat per suïcidi eren la afiliació religiosa i el matrimoni.

El 2002, Owens publicà una revisió basada en estudis europeus, en major part, sobre repetició després d'un intent de suïcidi (Owens et al., 2002). Els estudis del Regne Unit van trobar taxes particularment baixes de suïcidi posterior. El risc de suïcidi entre els pacients amb autolesions és centenars de vegades superior al de la població general. La proporció mitjana d'autolesions no fatals és del 16% a 1 any, i del 23% en estudis que duren més de 4 anys. Ser visitat al servei d'urgències per conducta suïcida, incrementa sis vegades el risc de suïcidi, essent el període immediatament posterior el de més risc. Si els individus són atesos a urgències per aquest motiu més d'una vegada, el risc de morir per suïcidi duplica als que han estat atesos una única vegada. Estudis posteriors van obtenir resultats similars. El 2014 Carroll fa una nova revisió dels estudis publicats (Carroll et al., 2014). Els resultats són similars. Aproximadament la meitat de totes les

persones que moren per suïcidi s'han auto lesionat prèviament i, dins del Regne Unit, un 15-20% dels que van morir per suïcidi va ser visitat a un hospital per autolesions en l'any anterior a la seva mort, observant-se un major risc de suïcidi en aquells que repeteixen conductes autolesives. LA incidència estimada de repetició d'autolesions no fatals va ser de 16,3% a 1 any, 16,8% a 2 anys i 22,4% a 5 anys. Els estudis revisats realitzats en països asiàtics van reportar taxes més baixes en comparació amb les estimacions de diferents regions geogràfiques.

La taxa global d'autolesions repetides durant un any es va estimar en un 16,3%, variant del 13,7% quan els estudis es basaven en dades d'ingrés hospitalari, al 21,9% quan es basaven en informes del propi pacient. L'edat, el gènere i el mètode de l'autolesió van explicar una gran proporció de la variació entre estudis en les estimacions del suïcidi després de l'autolesió. S'estima que l'autolesió de repetició fatal es produeix en l'1,6% de les persones dins d'un any després del seu intent índex. LA incidència es va duplicar gairebé en els homes en comparació amb les dones (2,7% vs 1.2%). Aquests resultats no es van diferenciar dels publicats en la dècada anterior. S'estima que 1 de cada 25 pacients amb autolesions morirà per suïcidi en els 10 anys posteriors a la seva presentació índex. Aquest risc és major en pacients d'edat avançada, homes, i aquells que utilitzen mètodes diferents de l'auto enverinament.

Al nostre país el 2019 Azcarate-Jimenez i cols. (Azcarate-jimenez L, Lopez-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernandez A, 2019) plantegen que, malgrat les xifres evidenciades sobre el risc de repetició de conducta suïcida, els estudis detecten, en pràcticament la meitat dels atesos a urgències per ideació suïcida, no estar rebent tractament especialitat en salut mental posteriorment a l'intent de suïcidi, tot i haver-se objectivat a la literatura un menor nombre de suïcidis entre aquells que reben seguiment. En el seu estudi les dones van presentar una menor letalitat en la conducta suïcida. Un 14% va repetir un intent en els 6 mesos següents, 2 individus van morir per suïcidi, 3 van morir per altres causes (n=207). Els pacients que van ser hospitalitzats en psiquiatria, van presentar major número de re intents. En l'anàlisi, l'única variable associada a la repetició de l'intent va ser trobar-se en tractament per salut mental en el moment de ser inclòs a l'estudi. Durant el període de seguiment es va incrementar un 21,7% els pacients tractats en serveis de salut mental (del 57% al 78,7%). El 0,9% dels participants a l'estudi, o el 6,9% dels que van repetir l'intent als 6 mesos, van morir per suïcidi. Aquells que van repetir un intent tenien major proporció d'atencions prèvies a urgències psiquiàtriques, i en el moment de ser inclosos tenien, en major proporció, tractament psicofarmacològic i seguiment psiquiàtric. No es van trobar diferències en quant al pla a l'alta i les característiques del re intent, però sí quan es va comparar l'evolució dels que van ser ingressats a psiquiatria. El fet de mostrar penediment després de l'intent no va suposar diferències entre els repetidors i els que no, en quant la decisió clínica de seguiment.

Disposem al nostre entorn d'un estudi recent poblacional a nivell nacional que inclou totes les hospitalitzacions per autolesió intencional no letal (NLISH), amb dades provinents de registres de salut, i els suïcidis a Espanya, dades de l'INE de mortalitat nacional, entre 2018 i 2023 (López-Cuadrado et al., 2025). Es van identificar 73.692 hospitalitzacions NLISH i 23.496 suïcidis a

Espanya, amb una mitjana de 12.282 i 3916 anuals, respectivament. Les hospitalitzacions de NLISH eren més comunes entre les dones (60·1%), i els suïcidis entre els homes (74·4%). Els joves de 10-24 anys van representar 17.915 hospitalitzacions, però només 4·8% del suïcidis; per contra, els individus de 65 anys van representar 31·2% dels suïcidis, però només el 12·8% d'hospitalitzacions. Els mètodes principals van ser la intoxicació per substàncies per al NLISH, i el penjament per al suïcidi (46%). Del 2018 al 2023, les taxes de morbiditat van augmentar anualment un 8·0% (IC 95%: 1·5, 15·9), especialment entre les dones joves poc després del brot de pandèmia inicial del 2020. Les taxes de suïcidi van augmentar un 2·6% anual (95% CI: 0·6, 4·8), especialment entre dones joves i homes de mitjana edat. Les conclusions dels autors remarquen l'augment d'autolesions no letals a Espanya, especialment entre les dones joves. El suïcidi mostra augments més petits però significatius. El autors conclouen la necessitat d'estratègies, de manera urgent, sensibles a l'edat i al gènere per abordar totes les conductes suïcides i garantir una atenció de salut mental oportuna.

Recentment, el 2024, Horoşan publicà una revisió narrativa en referència a la relació entre diferents patologies psiquiàtriques i suïcidi. Remarca el fet que una gran majoria dels suïcidis i intents de suïcidi estan relacionats amb un trastorn de salut mental, amb un percentatge reportat que arriba fins al 98%. El percentatge restant està representat per suïcidis que es produeixen en relació amb problemes financers o de relació i les crisis corresponents. La discriminació, la violència, el terror i la guerra representen altres causes (Horoşan et al., 2024). Els estudis revisats reporten una forta associació entre l'esquizofrènia i els episodis psicòtics, amb un major risc de suïcidi, relacionant-se amb aproximadament el 2% de les morts globals, tant durant els episodis aguts com durant el període interepisòdic. La taxa de suïcidi al llarg de la vida en individus diagnosticats d'esquizofrènia és d'entre el 4 i el 13%, sent el suïcidi el factor més important que escurça la vida útil d'aquests pacients. Un major risc de suïcidi es veu entre els primers episodis de la malaltia, quan la càrrega del diagnòstic és més alta. Per altre banda, els factors de risc per al comportament suïcida en l'esquizofrènia són similars als de la població general. El risc de suïcidi es va associar amb el gènere masculí, un coeficient intel·lectual superior, presència d'agitació o inquietud motora i una història personal d'intents de suïcidi o ideació suïcida. Les dades van mostrar resultats heterogenis, tant en relació amb els símptomes positius (deliris i al·lucinacions, incloent al·lucinacions auditives imperatives), com a l'impacte dels símptomes negatius. Els trastorns psiquiàtrics comòrbids com els episodis depressius i l'alcohol o el consum de substàncies psicoactives, estan fortament associats amb el risc suïcida en els trastorns psicòtics. En referència als trastorns de l'estat d'ànim, són trastorns freqüents i recurrents i s'associen amb un risc de suïcidi durant tota la vida que és aproximadament 15 vegades més gran que en la població general. El trastorn bipolar és una de les principals causes de discapacitat en els joves que condueix al deteriorament cognitiu i funcional, i a l'augment de la mortalitat, especialment pel suïcidi. Els pacients que presenten idees suïcides o tenen un historial d'intents de suïcidi, representen els casos més greus. Entre els trastorns de l'estat d'ànim, els estats mixtos s'associen amb un major risc de conducta suïcida. Si analitzem les causes generals de mortalitat prematura en pacients amb trastorns afectius, el suïcidi ocupa el primer lloc.

Els trastorns d'ús de substàncies representen el segon factor més comú per suïcidi en pacients ambulatoris (22,4%), amb una incidència el doble d'alta que els ingressats. En totes dues situacions, l'alcohol és la principal substància utilitzada, participant en el 85% dels suïcidis relacionats amb l'alcohol i/o les drogues sedants-hipnòtiques. En comparació amb la població general, els que pateixen trastorns per consum d'alcohol tenen gairebé deu vegades més probabilitats de morir per suïcidi, i els que fan servir substàncies d'abús per via parenteral, tenen unes 14 vegades més probabilitats de suïcidar-se. El trastorn per ús de substàncies sovint és comòrbid amb altres trastorns psiquiàtrics, amb més freqüència amb depressió i ansietat. Els autors destaquen l'ús, amb més freqüència, de l'alcohol en els jugadors patològics, que determina un major risc de suïcidi. L'acumulació de diversos factors de risc predisponents i precipitants, combinats amb trets de personalitat (com la impulsivitat, l'agressió, el pessimisme i la desesperança) i les malalties mentals, intensifiquen el risc de comportaments suïcides en pacients amb addicció. Tot i que quan observem les xifres generals, els homes se suïciden amb més freqüència que les dones, quan hi ha un trastorn per ús de substàncies, l'associació és significativament més forta en les dones.

Nombroses variables exhibeixen un paper diferencial en la predisposició dels individus al risc d'estar involucrats en comportaments violents, siguin auto o heterolesius. Factors com la depressió, la desesperança, els nombrosos reptes de la vida, l'ansietat, tant a nivell de tret com d'estat, i una postura permissiva cap al suïcidi, mostren correlacions amb una elevada susceptibilitat a les tendències suïcides. D'altra banda, la impulsivitat, els conflictes legals i els estressors de la vida recent, s'associen amb un risc augmentat de participar en comportaments violents. L'ansietat de tret es correlaciona inversament amb la violència, suggerint que suprimeix la violència externa mentre amplifica la violència interna. La ira, l'agressió i la impulsivitat, són trets psicològics entrelaçats associats amb intents de suïcidi, proposats per ser considerats col·lectivament com un fenotip unificat. La impulsivitat, un concepte clau en les teories de la personalitat, engloba comportaments com la disminució de l'autoregulació, la mala planificació, la presa de decisions precipitada, la recerca de sensacions, la presa de riscos, les dificultats d'inhibició de la resposta i la prioritització de les recompenses immediates. Estudis recents han revelat que el tret impulsivitat mostra un major valor predictiu per a risc de conducta suïcida, en comparació amb la impulsivitat d'estat. A més, l'associació entre impulsivitat i risc de suïcidi demostra una major força en el domini de la impulsivitat conductual que la impulsivitat cognitiva. Les accions impulsives i les tendències suïcides destaquen com a trets distintius del Trastorn Límit de la Personalitat (TLP).

Els informes indiquen que entre el 50% i el 90% de les persones amb TLP han realitzat algun acte suïcida en algun moment, una taxa gairebé 50 vegades superior a la de la població general, identificant així TLP com un factor de risc psiquiàtric significatiu per el suïcidi. El TLP també suposa un risc substancial d'agressió cap als altres, ateses les dificultats per a la gestió emocional i de la ira habituals en el trastorn. Quan el Trastorn Límit es presentava, de manera comòrbida, amb un Trastorn Depressiu Major, van mostrar més intents de suïcidi al llarg de la vida, sent el primer intent a una edat primerenca, i presentant augment de factors interpersonals,

i nivells més alts d'agressió, hostilitat i impulsivitat en comparació amb aquells amb Trastorn Depressiu Major com a únic diagnòstic.

4.4 Factors de Risc

Un *factor de risc* (FR) es defineix com qualsevol característica, condició o comportament que augmenta la probabilitat que una persona desenvolupi una malaltia o experimenti un resultat advers per a la salut. Els FR s'associen estadísticament amb una major incidència de determinades patologies, han d'estar associats a una major probabilitat del trastorn i han d'antecedir la seva aparició. A més, els FR poden diferir significativament al llarg de la vida de l'individu, variables que poden ser factors de risc en una etapa de la vida poden o no posar a un individu en risc en una etapa posterior. LA identificació és fonamental en l'epidemiologia i la salut pública, ja que permet dissenyar estratègies de prevenció, cribratge i intervenció basades en l'evidència científica, per reduir la càrrega de malaltia en la població.

En l'àmbit de la psiquiatria, els FRs es defineixen com aquells elements biològics, psicològics, socials o ambientals que augmenten la probabilitat de desenvolupament, persistència o exacerbació d'un trastorn mental o d'una conducta patològica, com pot ser el suïcidi. Aquests factors no necessàriament actuen de manera determinant o causal directa, sinó que poden incrementar la vulnerabilitat d'un individu davant certs trastorns o comportaments, especialment quan coexisteixen amb altres variables de risc o en absència de factors protectors (*Reducing Risks for Mental Disorders*, 1994)cap. 6. Els FRs, inclosos els marcadors, sempre han de ser revisats en relació a la seva taxa d'ocurrència en la població normal. Un factor de risc determinat pot no ser únic per a aquells individus que, eventualment, desenvoluparan un trastorn mental. Pot ser força freqüent en població general i, per tant, no serà especialment útil en la identificació d'individus en risc.

Des de fa anys, a la definició de FR s'ha incorporat el concepte de vulnerabilitat, entesa com una predisposició a un procés de malaltia específic. Els trets de vulnerabilitat són identificables i mesurables (i de vegades es poden anomenar marcadors). No són intrínsecament la malaltia, però poden ser necessaris per a un trastorn mental específic. Tenir trets de vulnerabilitat pot augmentar el risc d'un individu per desenvolupar un trastorn, però altres factors de risc també poden ser necessaris per expressar la malaltia. L'avaluació del risc de suïcidi és un repte clínic complex. El suïcidi no és un diagnòstic, sinó una conducta associada a múltiples diagnòstics psiquiàtrics, així com a circumstàncies psicosocials. Un sol factor o signe d'alerta, aïllat, no és patognomònic de suïcidi. El nivell de risc de cada pacient pot canviar ràpidament. Ni tan sols la combinació de varis factors té significació estadística, atès el baix risc absolut de morir per suïcidi. En l'avaluació de risc de suïcidi, el judici clínic és bàsic a l'hora d'identificar i donar pes a factors, tant de risc com protectors, però està subjecte a errors quan s'utilitza de forma aïllada. L'entrevista clínic semiestructurada, per si sola, sense la interpretació clínic dels factors avaluats, tampoc aconsegueix prediccions fiables (Frierson & Gold, 2020).

A finals del segle XX Kraemer i cols. (Kraemer et al., 1997) plantegen que s'ha fet un mal us del terme "factor de risc", ja que s'utilitza tan per resultats indesitjats com pels positius. Defineixen el

factor de risc com una característica mesurable de cada subjecte en una població específica, que precedeix el resultat d'interès i pot utilitzar-se per dividir la població en 2 grups, els grups d'alt risc i els de baix risc, incloent tota la població. La característica pot ser del subjecte individual, o del seu context. La probabilitat de que el resultat aparegui en el grup de subjectes d'alt risc ha de ser superior que la d'aparèixer en el de baix risc, de manera que es pugui demostrar. Es a dir, cal poder rebutjar la hipòtesi nul·la de que la característica i el resultat són independents, i poder establir una associació entre ells estadísticament significativa amb la metodologia adequada. Els autors proposen una nomenclatura diferent. Si no es pot demostrar la precedència del factor respecte al resultat, indiquen que el terme apropiat és correlat, un correlat és un factor associat a un altre factor. Per exemple, si un estudi trobés que les persones que intentaven suïcidar-se tendien a mostrar símptomes de depressió, això podria indicar que els símptomes de depressió i els intents de suïcidi es correlacionaven. Si es pot demostrar que el FR canvia espontàniament en un subjecte, o bé per una intervenció, proposen anomenar-lo FR variable; marcador fixe quan no es pot demostrar que canviï (raça o any de naixement). Si no hi ha evidències sobre l'estabilitat o variabilitat de un FR en els subjectes, el terme apropiat és Factor de Risc. Si el FR és modificable i al canviar, canvia el risc del resultat, és un FR causal, si no pot canviar-ho, és un marcador variable. Si això no s'ha provat, parlen d'un FR variable. Utilitzen el terme factor de risc causal, no el terme causa. Aquest últim ús suggereix una condició necessària i suficient per al trastorn, causa única, una implicació que sovint és inapropiada.

La mala capacitat predictiva amb els dissenys d'investigació modal és coherent amb l'evidència que la gran majoria de les persones que posseeixen un FR específic per el suïcidi, mai presentaran comportament suïcida. Per exemple, els trastorns de l'estat d'ànim i el tractament psiquiàtric previ (especialment l'hospitalització) són àmpliament considerats com a risc principal de mort per suïcidi. No obstant això, la probabilitat al llarg de la vida de morir per suïcidi és baixa, en un sentit absolut, entre les persones amb diagnòstic de trastorns de l'ànim. L'estimació de la prevalença de suïcidi al llarg de la vida entre aquests, quan van ser hospitalitzats per conducta suïcida, va ser del 8,6%. Per als pacients amb trastorn afectiu hospitalitzats, sense especificar conducta suïcida, el risc de suïcidi de per vida era del 4,0%.

La prevalença de suïcidi al llarg de la vida per a les poblacions mixtes de pacients hospitalitzats i ambulatoris, va ser del 2,2%, i per a la població sense malaltia afectiva, el risc calculat va ser inferior al 0,5%. Es a dir, està ben establert que els pacients amb trastorns afectius pateixen un major risc de suïcidi en relació a la població general. No obstant això, no s'ha demostrat de manera fiable que cap FR, inclosa la classificació del subtipus diagnòstic, predigui el suïcidi (Bostwick & Pankratz, 2000); per referència, aproximadament l'1,6% de la població global mor per suïcidi ((Organization, 2014)). Com que entre el 96% i el 98% dels pacients que presenten un trastorn afectiu no moriran per suïcidi, un diagnòstic de trastorn afectiu aïllat és inherentment limitat en la seva capacitat per predir, amb freqüència, la futura mort per suïcidi: aquesta predicció serà errònia entre el 96% i el 98% de les vegades.

En paraules de l'OMS, el suïcidi no és atribuïble a una sola causa, sinó que emergeix de la interacció complexa de múltiples factors com ara biològics, psicològics, socials, culturals i ambientals. Entre els factors de risc documentats per a la conducta suïcida, i per tant per al suïcidi, es troben la presència de trastorns mentals com la depressió, els trastorns d'ansietat, l'abús d'alcohol i/o altres substàncies, antecedents d'intents de suïcidi, pèrdues, aïllament social, problemes financers, conflictes interpersonals, malalties cròniques, abús o violència, així com exposició a situacions adverses traumàtiques (Organization, 2014).

LA identificació de factors de risc i de protecció és un component clau per dur a terme una estratègia nacional de prevenció del suïcidi determinant la naturalesa del tipus d'intervencions necessàries. Els factors de risc, en aquest context, són indicatius de si un individu, una comunitat, o una població, és especialment vulnerable al suïcidi. Els factors de risc per al suïcidi poden dividir-se en dos grups. En un primer grup es situarien els considerats com a “immodificables o estàtics”, no susceptibles de canvi amb cap intervenció clínica, però amb pes important en el desenvolupament del risc. Inclouen factors sociodemogràfics com són l'edat, el sexe, l'orientació sexual, l'ètnia, el nivell socioeconòmic, l'estat civil, antecedents de violència, o ideació suïcida prèvia. I per altre banda, els factors de risc “modificables o dinàmics”, són situacionals, canviant en el temps i potencialment millorables amb intervencions terapèutiques adequades i eficients. Entre aquests s'inclou l'ansietat, la desesperança vital, l'accés a mitjans potencialment letals, dificultats per accedir a la continuïtat d'atenció assistencial, aïllament social, malaltia mèdica i, especialment, simptomatologia psiquiàtrica (Anseán, 2014). Alguns autors associen nivells més baixos de factors de risc dinàmics amb nivells inferiors de suïcidalitat.

Les condicions psiquiàtriques més comunes associades amb el suïcidi, o l'intent de suïcidi greu, són els trastorns de l'estat d'ànim. El seixanta per cent de tots els suïcidis presenten símptomes compatibles amb un diagnòstic de l'estat d'ànim en el moment de la mort (Sher & Oquendo, 2023). A finals del segle XX es va publicar un metaanàlisi analitzant els estudis de risc de suïcidi en els diferents trastorns mentals (Harris & Barraclough, 1997). Dels 44 trastorns estudiats, 36 d'ells tenien una taxa de mortalitat estandarditzada (SMR) significativament elevada per suïcidi, altres 5 mostraven una SMR elevada que no arribava a la significació, en un trastorn, la SMR no s'elevava, i per altres 2 la SMR no es podia calcular. Els autors conclouen, assumint la generalització dels resultats i les limitacions atribuïbles a basar-se en dades publicades i no en mostres (fet que pot sobreestimar l'efecte estudiat), que pràcticament tots els trastorns mentals tenien un major risc de suïcidi excepte el retard mental i, possiblement, la demència i l'agorafòbia. El risc de suïcidi va ser més alt pels trastorns psiquiàtrics sense comorbiditat no psiquiàtrica, i més baix per als trastorns “orgànics” amb trastorns per ús de substàncies de fons. No obstant això, dins d'aquests amplis grups, el risc de suïcidi variava àmpliament. A l'article també van reportar 9 patologies mèdiques, no psiquiàtriques, amb una taxa de suïcidi augmentada de manera significativa (insuficiència renal, esclerosi múltiple i neoplàsies malignes, entre d'altres). Els seus resultats apuntaven a un risc especialment elevat a l'inici del tractament, i al final del mateix. En un article recent Sher (Sher & Oquendo, 2023) reporta que trastorns del sistema nerviós

central com l'epilèpsia, la malaltia de Huntington, la lesió al cap i els accidents cerebrovasculars comporten, així mateix, un risc elevat de suïcidi. La patologia cerebral pot causar depressió i ideació suïcida i pot debilitar la restricció o la inhibició del desig de contenció dels pensaments suïcides. Les dades apunten a que l'aparició d'epilèpsia en els primers 17 anys de vida s'associa a un augment significatiu del risc de suïcidi, en comparació amb aquells amb un inici posterior de l'epilèpsia. Addicionalment, recerques recents assenyalen variables emergents que també contribueixen al risc suïcida, com la ideació suïcida vinculada a l'autolesió no suïcida en joves amb depressió, o el paper del “desemparament existencial”, la desesperança, i factors psicosocials mediat per estrès ambiental. Aquestes contribucions han estat identificades per mitjà d'estudis de cohorts, metanàlisis i anàlisis basades en intel·ligència artificial (Zhu et al., 2025). Les persones amb trastorns psiquiàtrics sovint experimenten problemes psicosocials que poden donar lloc a la pèrdua de feina, la ruptura de matrimonis o relacions, o l'incapacitat de desenvolupar relacions estretes. A més, les malalties psiquiàtriques i les dificultats psicosocials poden fusionar-se per intensificar l'estrès sobre l'individu i, possiblement, elevar el risc de suïcidi.

En quan el vincle entre suïcidi i les diferents condicions de salut mental en particular, la depressió i els trastorns per ús d'alcohol, i un intent de suïcidi anterior, està ben establert als països d'ingressos alts, molts suïcidis succeeixen impulsivament en moments de crisi. Altres factors de risc per al suïcidi inclouen l'experiència de pèrdua, el sentiment de soledat, la discriminació, relacions disruptives, problemes financers, dolor crònic i malaltia, violència, abús i conflictes bèl·lics, o altres emergències humanitàries (*World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.*).

Un FR de suïcidi es defineix com un factor empíricament correlacionat amb suïcidi, independentment del seu moment d'aparició. FRs a curt termini, com crisis d'ansietat, depressió agitada, i insomni, s'han trobat de manera prospectiva i són estadísticament significatius al llarg d'un any d'avaluació. Els factors a llarg termini associats amb mort per suïcidi en el decurs de 2 a 10 anys després de l'avaluació, inclouen idees suïcides, desesperança greu, i intents previs. L'existència de factors de llarg termini o crònics, estableix una vulnerabilitat al llarg de la vida per risc de suïcidi (Frierson & Gold, 2020). Cal incloure senyals d'alerta com a categoria diferenciada dels FRs, aquestes, proporcionen marcadors observables, consistents amb un intent potencial. Si aquestes senyals es donen sobre la base de vulnerabilitat al llarg de la vida, pot ser la primera indicació de risc agut elevat. Els clínics tenen més tendència a avaluar un risc alt si hi ha evidència d'un intent pròxim, com pot ser planificació o conductes “d'assaig”. La ideació suïcida i el comportament suïcida estan associats moderadament amb el suïcidi. Les dades existents no poden demostrar de manera concloent que els comportaments suïcides estan més fortament associats amb el suïcidi que la ideació suïcida. Els clínics no haurien de prioritzar el comportament suïcida sobre la ideació suïcida, quan s'avalua el risc de suïcidi. (Large et al., 2021). La presència o absència d'idees suïcides com a únic factor valorat, no és un bon indicador, especialment en aquells amb intents previs o ideació crònica. LA impulsivitat està present en molts intents, amb estudis que reporten una absència de planificació i precipitació en mes del

50% de casos, i un 75% d'intents realitzats dintre de les 3 primeres hores des de l'inici de la ideació, planificació o decisió de dur-lo a terme. L'interval pot anar des de pocs minuts, a poques hores. L'avaluació ha de ser un procés dinàmic, i pot ser necessari fer-ne tant sovint com variïn les circumstàncies del subjecte (Frierson & Gold, 2020).

La recerca adreçada a l'estudi dels pensaments i dels comportaments suïcides no ha pogut objectivar una disminució apreciable de cap d'ells al llarg de dècades. Un dels primers passos per elaborar i posar en marxa estratègies de prevenció i tractament d'aquests fenòmens, és establir factors de risc que poden incidir en la seva aparició en un individu (és a dir, predictors longitudinals). Moltes han estat les investigacions publicades al llarg del segle passat i en l'actual segle. El 2017 Franklin publica un metaanàlisi d'estudis que han intentat predir longitudinalment un resultat específic relacionat amb els pensaments i comportaments suïcides en els 50 anys previs (Franklin et al., 2017). Els resultats van ser inesperats. La capacitat de predicció dels factors avaluats, era només lleugerament millor que l'atzar per a tots els resultats; cap categoria o subcategoria àmplia va predir amb precisió molt per sobre dels nivells de l'atzar. Es a dir, els FRs estudiats van tenir poca precisió per anticipar qui podria arribar a desenvolupar pensaments o conducta suïcida. La capacitat predictiva no havia millorat en els 50 anys d'investigació; poques vegades els estudis havien avaluat l'efecte combinat de múltiples factors de risc; aquests es van mantenir homogenis en el temps, amb cinc categories àmplies que representen gairebé el 80% de totes les proves de factors de risc; els estudis més llargs no van produir una millor predicció. Aquests resultats suggereixen la necessitat d'un canvi d'enfocament des dels factors de risc, als algorismes de risc, basats en l'aprenentatge automàtic. Aquest tipus d'anàlisi permet integrar múltiples variables aconseguint millorar la precisió en la predicció i la prevenció. Altrament, s'han desenvolupat algunes teories, com la teoria interpersonal del suïcidi, o la teoria de les tres passes. Aquestes corrents plantegen que els factors que condueixen a un individu a experimentar pensaments suïcides, són diferents dels que el portarien a realitzar un intent (Chu et al., 2017). Els estudis empírics han explorat FRs específics associats amb la ideació suïcida, amb els intents de suïcidi, i amb morts per aquesta causa, amb l'objectiu d'identificar a quins factors adreçar les intervencions.

De la mateixa manera que els estudis científics han evidenciat l'existència de factors de risc amb influència directa sobre la conducta suïcida i el suïcidi, les investigacions també han objectivat la presència dels anomenats "factores protectors". Aquests indicadors incidirien en augmentar la capacitat d'un individu per fer front als esdeveniments adversos, reduint la probabilitat d'aparició d'idees i comportaments suïcides. Com a factors protectors de la conducta suïcida, l'OMS (2001) destaca la capacitat de cerca d'ajuda, la receptivitat cap a les experiències d'uns altres, l'obertura a nous coneixements i una relació familiar satisfactòria. Alguns factors de protecció són les relacions personals sòlides, les creences religioses o espirituals i les estratègies d'afrontament i pràctiques de benestar positives. També existeix evidència que alguns estils cognitius i de la personalitat, com comptar amb una autoestima positiva i la confiança en si mateix i en els assoliments aconseguits, protegeixen del suïcidi. De la mateixa manera, disposar d'habilitats

socials que permetin mantenir bones relacions interpersonals, comptar amb persones a qui recórrer en moments de dificultat (suport social), estar integrat en activitats de la comunitat i tenir creences religioses serien factors que protegeixen de la vulnerabilitat suïcida. Diversos autors ressalten el rol protector de la família en la funció de cura dels seus membres i com a promotora de les competències personals i de la salut. Ha estat demostrat que la família compleix un rol preponderant en el desenvolupament psicològic i protegeix del risc de patologia mental. La família que protegeix els seus membres estimula el desenvolupament de competències personals. Així mateix, la calidesa i el suport dels pares estan associats amb el benestar psicològic, la qual cosa pot protegir l'adolescent de dur a terme una conducta suïcida.

La OPS (2002) (Organización Panamericana de La Salud (2002). La Violencia Infligida. En Organización Panamericana de La Salud, Informe Mundial Sobre La Violencia y La Salud. Washington, DC, 2002) assenyala que quan hi ha factors protectors forts, encara que es trobin diversos factors de risc, és possible que no es configuren les condicions per a la ideació o comportament suïcida en una persona. La OMS planteja mitigar els factors de risc, com reduir els mitjans per induir la pròpia mort, i potenciar els factors de protecció per a fomentar la resiliència, el que permetria reduir de manera eficaç les taxes de suïcidi. Ja al segle passat, Borowsky i cols.(Borowsky et al., 1998) indiquen que el fet de reforçar i secundar-se en els factors protectors pot resultar fins i tot més efectiu que intervenir sobre els factors de risc.

La literatura existent denota escasses investigacions, fins ara, respecte als indicadors protectors, almenys no tan detalladament com els de risc. L'avaluació de la presència o absència, en un individu, de factors de risc i factors protectors alhora, podria informar del risc de suïcidi d'aquest individu en un moment determinat. Mitjançant la tècnica estadística d'anàlisi de xarxes (network analysis), els autors examinen possibles factors, tant de risc com protectors, en relació a la conducta suïcida (Holman & Williams, 2022). En els resultats, els factors de risc de més centralitat, eren sentir-se deprimat, sentir-se desesperat i la càrrega percebuda, tots ells, indicadors associats repetidament amb el suïcidi en la literatura empírica. En quant els factors de protecció estimats com de major centralitat, l'estudi va remarcar l'autoestima i el suport social, suggerint que aquests poden ser importants a l'hora d'avaluar, i adoptar un enfocament en la prevenció del suïcidi, tenint en compte els punts forts de la persona en el desenvolupament d'intervencions orientades a la protecció contra el comportament suïcida. Determinats factors protectors estaven directament i negativament relacionats amb la ideació suïcida, com ara la resiliència, l'autoestima, l'accés als serveis de salut mental i una actitud positiva cap a aquests. La premissa dels autors és que, actuant per millorar els factors protectors que són de forta centralitat a l'anàlisi (juntament amb la reducció d'aquells factors que posen a algú en un major risc de suïcidi), pot ser possible reduir-ne el risc.

L'OMS, en el seu informe de 2014 (Organization, 2014)remarca la importància de prioritzar l'atenció a grups en situació d'especial vulnerabilitat, identificant els següents: persones amb **problemes de salut mental** en situació de crisi i especialment aquelles amb quadres severes que

requereixen un suport prolongat del sistema sociosanitari (TMG); **persones amb discapacitat; gent gran**, especialment aquelles que viuen en situació de solitud no desitjada i una percepció de falta de suport; **adolescents i joves**, per augment de sofriment emocional i en els quals resulta important la generació d'espais saludables i sense violència; **persones LGTBIQ+1** afectades per diverses formes d'estigma, discriminació i violència; **persones en risc de pobresa i exclusió social**, en situació de precarietat o vulnerabilitat social; **persones que pateixen violència**; **persones amb malalties greus o dolor**, per predisposició a la presència de patiment emocional i sentiments de desesperança; **persones privades de llibertat** en centres penitenciaris. A nivell mundial, el suïcidi continua sent la principal causa de mort a les presons. Un estudi de l'OMS revela que la taxa de suïcidi en les presons d'Espanya ascendeix a 90,9 per cada 100.000 persones privades de llibertat, una xifra notablement superior a la de la població.

Nordentoft en una revisió estudis sobre el risc de suïcidi en poblacions de risc (Nordentoft, 2007), reporta que en persones amb esquizofrènia, els factors de risc predictors més importants de conducta suïcida van ser, gènere masculí, edat jove, curta durada de la malaltia, alt nombre d'ingressos hospitalaris l'any previ, descompensació psicopatològica actual, breu període de temps des de l'alta hospitalària, intent de suïcidi anterior i recent, depressió mòrbida, abús de drogues, mal compliment de la medicació, mala adherència al tractament, CI alt, i presència d'idees suïcides. Els resultats de la anàlisi dels símptomes psicòtics com a factor de risc per al suïcidi eren contradictoris, però una metanàlisi va concloure que tant les al·lucinacions com els deliris semblaven ser protectores; no obstant això, hi havia una tendència no significativa que les al·lucinacions de tipus imperatiu s'associessin amb un major risc de suïcidi.

Els estudis realitzats en població d'ètnies minoritàries i població amb estatus d'immigrants, mostren majors taxes de suïcidi comparades amb les de la població nadiua, tot i que algun estudi mostra el contrari (Brådvik, 2018). Els factors de risc relacionats amb aquest fet han estat barreres idiomàtiques i preocupacions sobre els familiars al país d'origen. Aquestes situacions sovint comporten l'aparició desesperança, depressió i ansietat, considerats factors de risc per a conducta suïcida. Les dificultats per accedir a l'assistència sanitària, la pèrdua d'estatus i de xarxa social de suport, així com la aculturalització, s'han identificat com a possibles disparadors dels símptomes. Situacions adverses durant la infantesa també han estat relacionades amb trastorns mentals i mort per suïcidi en la edat adulta, sobretot en dones.

Tal i com s'ha fet constar anteriorment, el trastorn afectiu és el trastorn psiquiàtric més comú, seguit de l'ús de substàncies (especialment alcohol) i de l'esquizofrènia. La comorbiditat dels trastorns augmenta considerablement el risc de suïcidi (Hawton & van Heeringen, 2009a). El risc de mortalitat per suïcidi associat a la depressió és moltes vegades més gran que el risc en la població general. Més de la meitat de totes les persones que moren per suïcidi, compleixen criteris per a diagnòstic de trastorn depressiu, en el moment de la mort, encara que l'associació sembla més feble a l'Àsia. Al voltant del 4% dels individus deprimits moren per suïcidi, però el risc és més gran en homes i en aquells que han necessitat hospitalització psiquiàtrica,

especialment si l'ingrés ha estat per motius relacionats amb el suïcidi. Els predictors clínics de suïcidi en persones amb trastorn depressiu greu, també inclouen una història d'intent de suïcidi, alts nivells de desesperança i puntuacions elevades en escales de tendències suïcides.

El suïcidi en el trastorn depressiu és més probable que es produeixi durant el primer episodi, aquest fet sembla estar relacionat amb l'abús de l'alcohol i trets de personalitat impulsius-agressius. L'efecte dels trets impulsius-agressius està present en el suïcidi infantil i adolescent i disminueix amb l'edat. El trastorn per ús de l'alcohol, particularment la dependència, està fortament associat amb el risc de suïcidi. La gravetat del trastorn, l'agressió, la impulsivitat i la desesperança semblen predisposar al suïcidi. Els factors precipitants clau són la depressió i els esdeveniments de vida estressants, particularment la interrupció de les relacions personals. El risc s'incrementa en el trastorn adaptatiu (45 vegades), els trastorns d'ansietat i el trastorn de pànic també s'associen amb un major risc (45,46 respectivament). No obstant això, el trastorn de l'estat d'ànim comòrbid i els trastorns d'abús de substàncies són comuns en els trastorns d'ansietat i no està clar en quina mesura aquests trastorns emmascaren l'ansietat en els estudis d'autòpsia psicològica, o fins a quin punt són responsables de l'augment de la taxa de suïcidi en els pacients amb trastorns d'ansietat. L'efecte d'aquests darrers en el suïcidi podria, per tant, ser subestimat o sobreestimat. Les troballes sobre el trastorn d'estrès posttraumàtic no són concloents.

El 40% de les persones que se suïciden, tenen trastorns de personalitat. El risc de suïcidi sembla ser particularment més alt en els trastorns de personalitat límit i antisocial. Per altre banda, gairebé tots els individus amb trastorns de personalitat que moren per suïcidi, tenen símptomes depressius concurrents, trastorns d'ús de substàncies, o ambdós. El concepte de trastorn de personalitat podria ser menys rellevant en els països en desenvolupament, on els actes suïcides sovint semblen impulsius. Al voltant del 10% de les persones que moren per suïcidi en la majoria dels països, no tenen cap trastorn psiquiàtric aparent, tot i què l'estudi de l'autòpsia psicològica d'aquestes persones indica que la majoria tenen símptomes psiquiàtrics i característiques de personalitat similars a aquells individus amb trastorn psiquiàtric, morts per suïcidi. Així, en la majoria dels països (excepte la Xina), el suïcidi sembla que rarament es produeix en absència de trastorn psiquiàtric o símptomes de psicopatologia. En la majoria d'estudis de factors de risc per al suïcidi, tenir antecedents d'autolesions o intents de suïcidi és el factor més fort, present almenys en el 40% dels casos. Tot i el debat sobre si l'intent de suïcidi s'ha de distingir de l'autolesió no suïcida, el risc de suïcidi està relacionat principalment amb si s'ha produït o no un acte intencional d'auto enverinament o autolesió, i menys amb el grau d'intencionalitat referit. El suïcidi sol estar precedit d'esdeveniments vitals notables, en particular esdeveniments interpersonals o relacionats amb la salut. Els esdeveniments principals que afecten poblacions senceres, com terratrèmols o morts de persones famoses, poden ser seguits per un augment de les taxes de suïcidi. Per contra, les guerres, poden associar-se a una disminució de les taxes de suïcidi, possiblement a causa d'una major cohesió i un sentit comú de propòsit en una societat determinada, encara que l'efecte de la guerra podria no aplicar-se a les guerres civils. L'abús físic i, en particular, sexual durant la infància està fortament associat amb el suïcidi. Els

efectes del maltractament infantil i la seva relació amb el suïcidi es veuen agreujats per la transmissió Inter generacional de l'abús. La transmissió familiar de la conducta suïcida és més probable si la persona que intenta suïcidar-se ha estat abusada sexualment com a nen. L'abús és, per tant, no només un factor de risc per a la conducta suïcida per a les persones abusades com a nens, sinó també per a la seva descendència. LA història familiar de conducta suïcida és important, de igual forma que l'educació, l'exposició a la conducta suïcida per part dels altres i en els mitjans de comunicació, i la disponibilitat de mitjans letals. Els programes enfocats a la prevenció del suïcidi inclouen els dirigits a grups d'alt risc i estratègies de població. No obstant això, hi ha molts reptes per a la prevenció a gran escala, especialment als països en desenvolupament (Hawton & van Heeringen, 2009b).

Els estudis basats en població general estimen una prevalença d'intents de suïcidi al llarg de la vida del 2.7% en adults, i una estimació agrupada del 6.0% en edat primerenca. Els intents de suïcidi es relacionen amb suïcidi posterior, amb una taxa de mortalitat mundial estimada de 11.6 per 100000 persones/ any. A més de la mort per suïcidi, els intents de suïcidi són marcadors de problemes persistents de salut mental i física, re intents de suïcidi, hospitalitzacions psiquiàtriques, dificultats acadèmiques, problemes laborals, vulnerabilitat per a patir abusos en les relacions de parella, o ser-ne abusador, intervencions de serveis socials amb els fills, solitud, dificultat en les relacions, funcionament social desadaptatiu i baixa satisfacció vital (Mortier et al., 2020). Aquests estudis epidemiològics emfatitzen la pertinència d'avaluacions psicosocials integrades de les necessitats, riscos individuals i factors de protecció, en el moment de la crisi, ja que l'evidència suggereix que aquest tipus d'avaluacions s'associen amb un risc reduït de repetició d'autolesions. Factors de risc clau, com la història prèvia d'autolesions i de comportament suïcida, la ideació suïcida i els símptomes de baix estat d'ànim, haurien de tenir una avaluació més matisada que vagi més enllà de la presència o absència de diversos factors, permetent una avaluació més rica de la situació i el risc d'un individu. El clínic també ha de preguntar sobre els esdeveniments de vida/estrès actuals que està experimentant el pacient. Això és essencial per situar en context els pensaments i comportaments suïcides i facilitar la comprensió dels desencadenants i factors de risc proximals.

El concepte "idea suïcida", o "pensaments" o "idees suïcides", és un concepte extens i heterogeni, incloent pensaments, desitjos i preocupacions al voltant de la mort i el suïcidi. No en disposem d'una definició consistent del concepte, el que dificulta la labor dels professionals a l'hora d'avaluar el risc de conducta suïcida. Per altre banda, no se'n disposa d'escalas fiables o útils per a detectar qui dels que presenten idees suïcides, presenten risc de suïcidi imminent. No existeix un "suïcida típic", ni tampoc idees i pensaments suïcides "típics". L'avaluació del risc de suïcidi (SRA per les seves sigles en anglès, *Suicide Risk Assessment*) posa el focus en identificar factors de risc i factors protectors, per a qualsevol individu, davant la possibilitat de realitzar una conducta suïcida. L'avaluació del risc es segueix per una formulació del risc, aquesta proporciona un valor que assigna un nivell de risc de conducta suïcida imminent, basant-se en evidències científiques. Aquest nivell de risc ajudarà al clínic a decidir el pla terapèutic, però mai pot substituir el criteri clínic ni l'entrevista clínic. Aquesta manera d'avaluar el risc ha estat

discutida a la literatura, ja que la única font és la comunicació de la ideació suïcida per part del pacient. Harmer i cols (Harmer et al., 2025) reporten estudis que troben fins a un 75% de morts per suïcidi, que a la darrera entrevista clínica van negar la presència d'idees de suïcidi, i que van morir dins del mes següent a la visita. Els autors postulen que els clínics assumeixen que la existència de l'idea suïcida és una premissa per a la conducta suïcida, quan aquesta idea n'és només un factor de risc. A més, l'idea suïcida és un predictor feble de risc augmentat al llarg de la vida, i no prediu risc imminent, ja que res no ho fa.

Trobem a la literatura científica resultats i posicions oposades respecte al fet d'equiparar els FRs per a morir per suïcidi i els relacionats amb intents de repetició. Una revisió d'estudis de dades a països nòrdic i Regne Unit publicada el 2007, trobà que el risc de repetició de conducta suïcida en estudis de seguiment a curt i mitjà termini, va ser d'aproximadament un 16 per cent, amb menor risc entre els individus que havien fet un primer intent, en comparació amb els que presentaven intents previs. Hi va haver una gran variació en la freqüència de repetició. La proporció que es va suïcidar en els estudis de seguiment a mitjà termini va ser del 2,8 per cent, 3,5 per cent a llarg termini (mitjana ponderada) amb proporcions clarament més altes en els estudis nòrdics que en els estudis del Regne Unit (Nordentoft, 2007). Els factors de risc objectivats per a l'intent de suïcidi van ser, intent de suïcidi previ, l'abús d'alcohol i drogues, la depressió, l'esquizofrènia, haver estat en tractament prèviament, haver marxat de l'hospitalització d'alta voluntària, la sociopatia, l'atur, el canvi freqüent de domicili, l'hostilitat, i la vida en solitari. Diversos dels predictors estaven superposats, i la majoria d'ells ja es van identificar en els primers estudis de factors predictius de repetició de l'intent de suïcidi. Els predictors per morir per suïcidi eren gènere masculí, edat gran, intent de suïcidi previ, abús d'alcohol i substàncies, malaltia somàtica, malaltia mental, i planificació de l'intent de suïcidi amb alta intenció suïcida, intent de suïcidi violent o intent de suïcidi amb alt grau de letalitat, i tractament psiquiàtric continuat o anterior. El risc de morir per suïcidi durant un període de seguiment de deu anys, entre els pacients ingressats el 1980, després d'enverinament voluntari, va ser 30 vegades més gran que en la població general. També van trobar un augment de la mortalitat per totes les altres causes de mort. Els predictors de suïcidi van ser diversos intents de suïcidi anteriors, viure sol i l'envelliment.

Com ja s'ha mencionat anteriorment, el factor de risc més gran per presentar un intent de suïcidi en la població general, és haver fet un intent previ (Oquendo et al., 2006); no obstant això, alguns estudis circumscriuen aquest paper predictiu a les poblacions clíniques (Fernández-Artamendi et al., 2019). El 2021 Madsen i cols. publiquen un article avaluant el risc de suïcidi durant la primera setmana posterior a l'alta d'una hospitalització psiquiàtrica, els resultats en termes absoluts van ser del 0,12% i el 0,06% dels homes i dones, respectivament, que van morir per suïcidi durant la primera setmana després de ser donats d'alta d'una hospitalització psiquiàtrica (Madsen et al., 2021). A més, s'estima que les taxes d'autolesions deliberades són almenys vuit vegades superiors a les de la mort per suïcidi. Partint d'aquestes xifres referides a la literatura prèvia, i coneixent l'associació entre la discontinuïtat del tractament amb un major risc de comportament suïcida, els autors consideren que, malgrat la praxis estàndard és avaluar el risc de suïcidi previ

a l'alta, pot ser difícil tenir en compte els obstacles que el pacient trobarà fóra de l'hospital i proposen programar una visita de seguiment durant els primers set dies per re avaluar la reaparició de risc i, secundàriament, identificar predictors d'aquesta i predictors per necessitar una visita de seguiment durant la primera setmana després de l'alta. Els resultats van trobar un 5% amb risc elevat de suïcidi. Tenir antecedents d'intents de suïcidi (risc 3 vegades superior), el risc de suïcidi com motiu de l'admissió a l'hospital (5 vegades superiors als que havien ingressat per altres motius), i tenir un primer diagnòstic psiquiàtric (8 vegades més alt, 18 vegades si el diagnòstic era de trastorn afectiu, 9,25 si era diagnòstic de trastorn de personalitat), es van associar amb un risc elevat de suïcidi després de l'alta. Un nivell de risc de suïcidi agut en el moment de l'admissió, no era predictiu d'avaluació de risc de suïcidi més alta en el seguiment. No obstant això, aquells que van ser avaluats per tenir un major risc de suïcidi el dia de l'alta, també eren propensos a tenir una avaluació de risc més alta en el seguiment. Entre els pacients que no van presentar cap d'aquests predictors, un 1,9% estava en major risc de suïcidi en la visita de seguiment. Entre els pacients que van presentar un, dos o tres d'aquests predictors 5,5% (13/236), 4,7% (5/106) i 37,5% (6/16) respectivament, tenien un major risc al seguiment. Ningú va presentar quatre o més dels predictors significatius. Factors com ser dona, tenir sentiments de desesperança en el moment de ser admès, o familiars que haguessin expressat preocupació per risc de conductes suïcides, influenciaven en tenir una visita programada abans de la setmana, des del dia de l'alta, amb més freqüència.

Altres variables que afavorien la programació d'una visita de seguiment van ser si el pacient havia estat diagnosticat amb un trastorn de l'espectre de l'esquizofrènia o un trastorn afectiu, i haver estat hospitalitzats durant més d'1 dia. Finalment, si el pacient havia estat donat d'alta en un dia laborable vs. en cap de setmana, la probabilitat de tenir programada una visita de seguiment va ser del 58% més gran. Els autors conclouen que la visita de seguiment podria ser una oportunitat per a identificar a les persones en risc de suïcidi en aquest període. La seva recomanació va ser realitzar aquesta visita preferentment a casa del pacient, ja que això proporcionarà al clínic informació addicional sobre el benestar mental i la situació social del pacient després de l'alta.

En un estudi qualitatiu del 2019, amb l'objectiu de conèixer les opinions de persones, hospitalitzades per patologia psiquiàtrica, sobre el risc de suïcidi i el tractament posterior a l'alta, 15 de cada 16 van reconèixer que preferien veure el professional cara a cara, perquè "el professional pot veure les seves emocions, el que no es pot aconseguir al telèfon". En aquest mateix estudi, alguns pacients van informar que si experimentaven un empitjorament en els seus símptomes de salut mental després de l'alta, era probable que es desvincuessin de l'atenció de seguiment (N. Riblet et al., 2019). A més, van expressar una tendència a evitar el tractament si experimentaven efectes secundaris no desitjats, se sentien afectats per l'estigma o van experimentar una mala aliança terapèutica. D'aquests darrers, quatre van informar, en el moment de l'alta, no percebre o percebre'n baix risc de suïcidi futur. Els autors, en les seves conclusions, remarquen la importància de planificar una visita de seguiment ja abans de l'alta.

Una presentació al servei d'urgències amb autolesions, és un dels predictors més forts de la mort per suïcidi que s'ha identificat. Per tant, hi ha bones raons per a avaluar acuradament a les persones que es presenten amb autolesions per a proporcionar la millor opció de cura posterior. És conegut que una o dues persones de cada 100 que es presentin a un servei d'urgències amb autolesions, moriran en el següent any. Contràriament, diversos estudis han demostrat que els qüestionaris per avaluar el risc són pobres a l'hora de predir a quines persones concretes s'hauria d'estar atents (Erlangsen & Nordentoft, 2019). A la revisió es va incloure un estudi on l'estimació del clínic era tan bona com l'avaluació del pacient; ambdues avaluacions van anar tan bé -o malament- com les escales clíniques establertes.

De la mateixa manera, una metaanàlisi va revelar que la precisió de les escales avaluades no era prou bona per prendre decisions informades sobre quin tipus d'assignació de tractament s'hauria de recomanar. LA incidència de suïcidi en els primers 12 mesos després de la presentació índex a l'hospital per autolesions, va ser 55,5 vegades superior a la incidència en la població general d'Anglaterra (2000–13). L'augment més alt en la taxa de suïcidi després de 12 mesos de seguiment es va observar en adults de 55 anys o més. El primer mes després de l'alta la incidència va ser particularment alta, prop de 200 vegades més alta que en la població general. Aquesta alta incidència del suïcidi posa l'accent en la importància de l'atenció immediatament després de la presentació de l'autolesió. A més, els homes tenien tres vegades més probabilitats que les dones de morir per suïcidi després d'haver presentat autolesions. Altres predictors que estaven relacionats amb riscos més alts de suïcidi eren, haver-se presentat diverses vegades amb autolesions, autolesions amb un mètode més letal, i utilitzar diferents mètodes d'autolesió. Contràriament a l'esperat, les persones que vivien a les zones més afavorides, tenien més probabilitats de morir per episodis fatals posteriors d'autolesions en comparació amb les persones de les zones més necessitades. Les raons d'això no són clares, però Geulayov i cols. (Geulayov et al., 2019) van fer alguns suggeriments. Els pacients que assisteixen a l'hospital per autolesions tenen un alt risc de suïcidi, especialment en el període immediat després de l'assistència a l'hospital. Certes característiques personals i del mètode emprat, juntament amb viure en zones de baixa privació socioeconòmica, poden augmentar el risc de suïcidi posterior dels pacients. No obstant això, mentre que els factors de risc específics poden integrar-se de manera útil en el procés d'avaluació, els factors individuals tenen una mala utilitat en la predicció del suïcidi, de manera que les necessitats i els riscos de tots els afectats s'han d'avaluar per desenvolupar un pla d'atenció posterior adequat, inclòs el seguiment precoç.

Respecte a factors clínics associats a repetició d'un intent de suïcidi, des de fa anys es coneix l'augment en un 32% del risc relatiu de realitzar un intent de suïcidi associat a cada intent previ (Christiansen & Jensen, 2007; Leon et al., 1990). En aquest estudi de seguiment del 2007 (temps mitjà de seguiment de 3.88 anys), van trobar un 10,37% de defuncions, 4 vegades més que entre pacients sense intent de suïcidi. La mort per suïcidi era més freqüent entre aquells amb intent previ (2,33%) front els que no tenien antecedents d'autolesions (0,04%). El 31,33% dels que havien realitzat un intent de suïcidi, van repetir l'intent en el període de seguiment. Els predictors de major fiabilitat per a suïcidi i mort van ser la repetició, el mètode utilitzat i estar en tractament

per trastorn mental. Els majors predictors per a la repetició van ser l'edat, el sexe i la malaltia mental.

En un altre estudi (Scoliers et al., 2009) van objectivar que almenys el 40% dels suïcidis amb final letal, tenien una o més temptatives al llarg de la seva història, identificant-se com a factors predictius de repetició, el sexe, l'edat, l'estat civil, estar en atur, situacions vitals, nivell d'educació, estatus socioeconòmic, mètode de l'intent, ús de substàncies, depressió i desesperança, hostilitat i impulsivitat, nombre d'intents previs, història psiquiàtrica, disminució de serotonina, història d'abús sexual i intent previ. Un funcionament global disminuït i tenir més símptomes psiquiàtrics també caracteritza els pacients amb alt risc de repetició de conducta suïcida. En aquest estudi van trobar que el sexe, l'edat i el nivell d'educació tenien un efecte significatiu en les repeticions no letals, presentant les dones 1.5 vegades més probabilitat d'intents posteriors. Els grups d'edat entre 20-29 anys i 30-39 anys tenien una taxa de repetició significativament més alta que el grup >50 anys. El risc de repetició en els primers 12 mesos de seguiment va ser major en els joves; per contra, en edats superiors a 30 anys, més individus realitzaven re intents després d'un lapse d'un any (fins a 5 anys). No van trobar associació significativa amb el sexe. Sí major risc de repetició en pacients amb estudis primaris. Així mateix, entre els repetidors van trobar un augment significatiu d'ideació suïcida en les entrevistes de seguiment. Gairebé un terç de la mostra (29,2%) va realitzar almenys un re intent no letal que va requerir hospitalització durant els 5 anys de seguiment.

Com s'ha fet constar, tenir antecedents d'un o més intents de suïcidi es considera un fort predictor per a morir per suïcidi. Alguns autors qüestionen que aquesta premissa ignora les característiques dels intents anteriors o dels individus morts en primer intent, esbiaixant els resultats sobre prevalença de mort per suïcidi entre els individus que realitzen un intent (Bostwick et al., 2016). Aquesta premissa ha estat plantejada per altres autors que afirmen que la major part de resultats letals es produeixen en el primer intent, 79% en un estudi de 2020 (Jordan & McNiel, 2020), amb el que la informació de factors de risc de persones que moren en el primer intent quedaria exclosa dels estudis.

Per verificar aquest plantejament, Bostwick i cols (Bostwick et al., 2016) van estudiar, retrospectivament, una cohort entre 3 i 25 anys, fent seguiment de tots els que van fer un intent de suïcidi índex durant aquest període, incloent en l'anàlisi aquells que van morir en el primer intent. Els resultats van ser d'aproximadament un 60% de morts en el primer intent (índex). Més del 80% dels que van morir en el següent intent consecutiu, ho van fer dins del primer any després de l'intent índex. Ignorar les morts en el primer intent dels anàlisis és el causant, segons conclusió dels autors, d'una infraestimació en el càlcul del risc de morir per suïcidi després d'un intent. Tenir programat un seguiment psiquiàtric en el moment de l'alta, sigui del servei d'urgències o després d'una hospitalització, independentment de si el seguiment es manté o no, apareix com un factor protector potent, reduint significativament el risc de morir en un intent posterior. Els autors conclouen que els resultats donen suport a dades preliminars, indicant l'any posterior a l'intent com un període crític per refermar els recursos adreçats a prevenir la repetició d'un intent, potencialment letal.

En un estudi per avaluar el risc de suïcidi a curt termini després d'una autolesió deliberada no fatal i la seva associació amb trastorns mentals coexistents i amb el mètode d'autolesions utilitzat, els autors (Runeson et al., 2016) van trobar com a resultats que el trastorn bipolar coexistent (6.3 en homes, 5.8 en dones) i el trastorn psicòtic no orgànic (5.1 en homes, 4.6 en dones) implicava el major risc de suïcidi després d'una autolesió anterior. El mètode de penjament com a mètode d'autolesió índex, era un fort predictor de suïcidi posterior en ambdós sexes. Tenir diagnòstic de trastorn bipolar i haver utilitzat un mètode diferent a l'enverinament en l'esdeveniment índex, va relacionar-se amb mort per suïcidi en el 20,4% de la mostra després de 3-9 anys. Les conclusions dels autors van ser la necessitat de centrar-se en el tractament del trastorn mental present en el moment de l'episodi, en situacions de conductes auto lesives en persones amb trastorn mental.

Wang, el 2019, publica un metaanàlisi d'estudis que informen de morts per suïcidi entre persones amb pensaments o comportaments suïcides, després de l'alta dels departaments d'urgències no psiquiàtriques o de les sales mèdiques o quirúrgiques dels hospitals generals (M. Wang et al., 2019). Els resultats van revelar una taxa de suïcidi post alta de 483 morts per 100000 hab/any, amb un interval de predicció 200-700, amb alta heterogeneïtat entre la mostra. La taxa va ser més alta en el primer any post alta (851 per 100 000 persones/any) però es va mantenir elevada a llarg termini. Les taxes de suïcidi van ser elevades entre els homes (716 per 100 000 persona-any) i les persones d'edat avançada (799 per 100 000 persona-any) però van ser més baixes en mostres de gent jove (107 per 100 000 persona-any) i entre els estudis publicats entre 2010 i 2018 (329 per 100 000 persones-any). En un altre metaanàlisi del 2019, l'estimació conjunta de la taxa de suïcidi en el primer mes post alta va ser de 2060 per 100 000 persones/any; 2950 en la primera setmana després de l'alta (Chung et al., 2019b). Els estudis inclosos amb dades provinents de la comunicació del propi afectat, tenien taxes de suïcidi més baixes que els estudis inclosos amb dades extretes de registres. Els autors plantegen possible biaix de publicació cap els articles que informen d'una taxa més alta de suïcidi post-alta. Malgrat això, conclou que la primera setmana i el primer mes post alta després de l'hospitalització psiquiàtrica, són períodes de risc extraordinàriament elevat de suïcidi. El seguiment a curt termini dels pacients donats d'alta hauria d'augmentar amb un major enfocament en la transició segura des de l'hospital, a l'atenció comunitària. En estudis prospectius d'individus que es presenten a l'hospital després de l'auto enverinament no fatal o autolesió, 1–6% moren per suïcidi en el primer any, tot i que la proporció varia entre països (Hawton & van Heeringen, 2009a). El risc és més alt en persones grans, en homes, en persones que s'autolesionen repetidament, en aquells que les autolesions impliquen una intenció suïcida alta (és a dir, desig aparent de morir), en persones que fan un ús indegut de l'alcohol, i en aquells que no viuen en família. En línia amb aquest resultat, un estudi del nostre entorn revela que, després de ser donat d'alta d'urgències per un intent de suïcidi, un de cada deu pacients va tornar a intentar-ho en període de seguiment de 6 mesos (Gomes-da-Costa et al., 2023a). En altres estudis s'estima que una de cada deu persones intenta tornar a suïcidar-se en els 5 dies següents a l'alta (Kapur et al., 2016) i el risc es manté elevat durant un període prolongat (M. Wang et al., 2019).

El 2019 (Ren et al., 2019) van investigar característiques clíniques que permetessin diferenciar categories de pacients al voltant del suïcidi. Es va avaluar si diferents components de la capacitat per al suïcidi (la por a la mort, la tolerància o la insensibilitat al dolor, la preparació per al suïcidi, el pla de suïcidi i el coratge), així com esdeveniments dolorosos i detonadors de conducta suïcida, l'autolesió no suïcida, els símptomes depressius i la desesperança, podrien ajudar a distingir entre aquells que realitzaven un intent de suïcidi, els que presentaven idees suïcides sense arribar a la conducta, i els controls no suïcides. Els resultats van trobar que nivells més alts de tolerància al dolor, plans de suïcidi més detallats, actituds més positives cap al suïcidi, així com experiències més doloroses i pertorbadores, i símptomes depressius més greus, es van associar positivament amb una major probabilitat de presentar tant ideació de suïcidi, com intents de suïcidi. Només l'autolesió no suïcida va augmentar la probabilitat de caure en el grup d'intents de suïcidi, en comparació amb el grup d'idees de suïcidi. Les troballes d'aquest estudi emfatitzen el paper de l'autolesió no suïcida en tot l'espectre de conducta suïcida.

El 2020 es publica un estudi sobre FR estratificats per àrees (Naguy et al., 2020) en els anys previs a la publicació. Respecte del gènere, reporten un augment de mort per suïcidi en homes i disminució en dones. El risc s'incrementa amb idees, plans, intencions o intents freqüents, intensos i perllongats, i disminueix amb idees infreqüents, de baixa intensitat i transitòries. Com a FR, el comportament suïcida passat, implica augment del risc quan existeixen múltiples intents, de manera planificada, baixes probabilitats de rescat, alta intenció de morir, utilització de mètode altament letal, i disponibilitat de mitjans; reporten un risc disminuït per a un primer intent, intents en contextos impulsius, amb alta probabilitat de rescat, ambivalència o baixa intenció de morir, i mètode de baixa letalitat. En quant a la història psiquiàtrica de l'individu, el suïcidi s'ha relacionat amb el trastorn depressiu major (15%), el trastorn bipolar (10-15%), l'esquizofrènia (10%), el trastorn límit de la personalitat (4-9,5%), el trastorn de la personalitat antisocial (5%), i l'alcoholisme (2%). Per als autors, la probabilitat de suïcidi s'incrementa quan existeix desesperança, anhedònia severa, ansietat greu o atacs de pànic, i disminueix amb presència d'optimisme, religiositat i satisfacció de la vida. Respecte a l'estatus psicosocial, s'ha demostrat que el suïcidi augmenta entre els divorciats, en els vidus, en els aturats, en les relacions interpersonals conflictives, en l'aïllament social, amb relacions interpersonals pobres, amb la violència domèstica, amb l'abús sexual o físic; però disminueix en el casat, amb el fet de feina estable, les relacions estables, un suport social positiu, la relació terapèutica positiva, una família solidària, i l'absència d'abús de tòxics. Els trets de personalitat relacionats amb més risc van ser una visió pobra d'un mateix, pensament rígid i un control pobre i eficaç; el risc va disminuir amb ser perspicaç, alt sentit de la responsabilitat envers la família, bona capacitat de copsar la realitat, habilitats d'afrontament positiu, habilitats de resolució de problemes, i flexibilitat i capacitat per a gestionar les emocions.

El 2023, els resultats d'un metaanàlisi sobre 110 estudis (de la Torre-Luque et al., 2023) concorden amb dades prèvies en considerar un intent de suïcidi previ, com el factor de risc més crític per al suïcidi, tant en les mostres de població general, com en les clíniques. Una de cada

cinc persones pot presentar un intent de suïcidi, després d'un intent anterior. L'estudi se centra en el paper crític d'un intent de suïcidi previ (intent índex), com a factor de risc clau per a la repetició dels intents de suïcidi. En aquest sentit, un intent previ està fortament relacionat amb un risc elevat de mortalitat per suïcidi i amb un augment de la discapacitat. D'altra banda, factors de risc rellevants (p. ex., el mètode utilitzat en l'intent índex, els trastorns psiquiàtrics) per a la repetició dels intents, així com factors protectors (és a dir, la implementació de programes preventius), no han estat considerats en les metanàlisis prèvies sobre la repetició dels intents.

Pel que fa a la durada del seguiment, els resultats mostren que, a mesura que augmenta el període de seguiment dels estudis, també s'incrementa el risc de repetició de l'intent de suïcidi. Concretament, el risc de repetir un intent va resultar relativament similar entre el període de seguiment més breu —fins a sis mesos després de l'intent índex— amb una *Odds Ratio* (OR) = 1,49, i els dos períodes intermedis: entre set i dotze mesos, OR = 1,49, i entre tretze i vint-i-quatre mesos, OR = 1,56. Aquesta tendència indica que el risc de repetició no disminueix amb el pas del temps després de l'intent inicial, sinó que es manté estable, o fins i tot augmenta lleugerament en períodes més llargs de seguiment. Per tant, es posa de manifest la importància de mantenir estratègies de prevenció i intervenció continuades, més enllà dels primers mesos posteriors a l'intent de suïcidi, ja que el risc de recurrència persisteix a mitjà i llarg termini. En quan el risc de repetició segons el mètode utilitzat, haver realitzat un primer intent amb autolesions tallants, tenia un 58% més de probabilitats de repetir un intent posteriorment, comparats amb altres mètodes, OR = 1.58. Quan el mètode utilitzat va ser l'enverinament (sobredosi, intoxicació), hi havia un 27% més de risc de tornar a intentar-ho. En canvi, els pacients que van intentar suïcidar-se per asfíxia o ofegament, mostraven un risc molt menor (63% menys) de repetir un intent. La utilització de diferents mètodes, tendia a estar més associat amb un major risc de repetició. Es a dir, mètodes menys letals (tall o intoxicació) s'associen amb més probabilitat de repetir un intent, i mètodes més letals (asfíxia, ofegament) s'associen amb menys probabilitat de repetir-lo, possiblement perquè molts no sobreviuen o reben intervencions intensives posteriors.

Quan es va fer una anàlisi específica segons el trastorn mental diagnosticat, es va trobar que tots els trastorns estudiats augmentaven el risc de repetició d'intent. La relació de probabilitats més alta es va observar per als trastorns d'ansietat i pels trastorns psicòtics. Els pacients amb qualsevol (o tots dos) d'aquests trastorns són més propensos a mostrar un nombre més gran de mediadors cognitius i volitius per al suïcidi (per exemple, un major nombre d'intents de suïcidi anteriors, una història d'experiències traumàtiques, una major impulsivitat i capacitat adquirida per al suïcidi), amb el subsegüent augment del risc de repetició. Un altre resultat va ser una relació directament proporcional entre la proporció de dones de les mostres estudiades i el risc de repetició. Com a conclusió els autors plantegen que un intent previ pot augmentar l'habitució a les autolesions, fent més probable el re intent.

Una de les dificultats per les quals la predicció del re intent de suïcidi no ha estat, fins ara, d'utilitat clínica, malgrat les investigacions, té a veure amb el gran número de factors que intervenen en

la transició de la ideació suïcida a l'intent. Tot i conèixer aquests factors de risc per a realitzar un intent de suïcidi, el coneixement no és directament transferible als intents (Mendez-Bustos et al., 2013). Pemau i cols. realitzen un metaanàlisi recent amb l'objectiu de valorar risc de re intent per conèixer els trets que defineixen els reintentadors (Pemau et al., 2024). Els estudis detecten que el risc de re intent es pot incrementar fins al doble, en presència de qualsevol dels factors de risc associats al risc de suïcidi, com poden ser la història prèvia, ideació suïcida activa, història de traumes, o trastorn per ús d'alcohol i d'altres drogues. No obstant això, la impulsivitat i l'autolesió no suïcida no van mostrar un efecte significatiu en el re intent. Alguns factors de risc rellevants en un primer intent, poden no ser-ho pel re intent. Hi ha un menor número d'estudis en aquest sentit, i manca una evidència clara sobre quin pes té cada factor de risc en successius intents al llarg de la vida. Els factors de risc estudiats en els primers intents de suïcidi es repliquen parcialment en els intents de repetició, però cal tenir en compte que la majoria d'estudis recluten les mostres a partir d'un intent "índex" que no sempre és el primer. Aquells que van fer intents abans de l'índex, tenien un major risc de repetició. Hi ha dos grups de variables particularment interessants quan s'estudien els re intents. D'una banda, les relacionades amb la pròpia història personal de suïcidi. Aquestes variables s'han associat amb l'anomenada capacitat adquirida per al suïcidi, plantejada a la teoria interpersonal del suïcidi. Aquest concepte està relacionat amb l'habitució o "tolerància" al suïcidi, i l'absència de por davant la mort o el dolor (Klonsky et al., 2018). L'altre grup de variables serien els factors de risc volitius. Aquest terme fa referència a aquelles variables que prediuen la transició de la ideació suïcida a l'intent de suïcidi, es a dir, la voluntat d'actuar. En el Model Integrat Motivacional-Volitiu (O'Connor & Kirtley, 2018), aquests factors inclourien aspectes com la impulsivitat, l'accés a mitjans letals, o l'antecedent d'exposició a intents previs. No obstant això, les autolesions sense finalitat suïcida i la impulsivitat, no tenen la mateixa rellevància en el re intent. La presència d'idees actives en el moment de la mesura inicial, també és un factor de risc rellevant. Mantenir la ideació suïcida, fins i tot després de l'intent, podria conduir a nous intents en el futur.

Les dades d'un estudi cas-control dut a terme a Gales (DelPozo-Banos et al., 2024), va reportar que les persones de la mostra que van morir per suïcidi, dins dels 12 mesos posteriors a haver estat en contacte amb els serveis de salut mental (casos), presentaven taxes elevades de contactes amb recursos de salut, en la setmana abans de la seva mort, en tots els àmbits: una de cada tres havia tingut un contacte amb l'atenció primària la setmana abans de morir. En comparar aquests pacients amb aquells que no van morir per suïcidi (controls), els casos tenien més probabilitats d'acudir al servei d'urgències i de ser hospitalitzats amb caràcter urgent (gairebé dos de cada tres casos havien tingut aquests contactes durant l'any abans de la data índex). A la inversa, aquells que van morir per suïcidi en l'any següent al contacte amb els serveis de salut mental, havien estat visitats menys sovint a l'atenció primària i a les consultes externes de l'hospital que pacients similars, malgrat tenir menys cites cancel·lades o perdudes. Més d'un de cada quatre pacients de salut mental que van morir per suïcidi es van presentar als serveis sanitaris per accidents, lesions i intoxicacions, i especialment per autolesions, en l'any abans de la seva mort. Aquestes presentacions van ser menys comunes en pacients similars que no van

morir per suïcidi, novament de manera especial en el cas de persones que van realitzar autolesions. És possible que, en aquells que van morir per suïcidi, les presentacions per accidents, lesions i intoxicacions fossin en realitat episodis d'autolesió no revelats, mal identificats, o no registrats. Tot i que les odds ratio de contactes per autolesió van ser similars entre dones i homes en general (coherent amb la literatura), van ser més altes en els homes per al servei d'urgències, i en les dones per a l'hospitalització. Les dones també presentaven OR més elevades de contactes per lesions i intoxicacions d'intent no determinat o no especificat i, en menor mesura (p. ex., amb intervals de confiança superposats), per accidents, en comparació amb els homes. Prèviament, s'havia informat d'aquest patró en el conjunt de la població de morts per suïcidi, reforçant la possibilitat d'episodis d'autolesió mal identificats, no revelats, o no registrats. El fet que les OR d'hospitalització per lesions i intoxicacions canviessin dràsticament entre els models no ajustats i ajustats, mentre que les d'autolesió canviessin molt poc, indica encara més una correlació important entre ambdós factors. Les taxes elevades de contactes per autolesió en persones que van morir per suïcidi, dins dels 12 mesos d'haver estat en contacte amb els serveis de salut mental, confirmen que l'avaluació i gestió de l'autolesió d'acord amb la guia del NICE és essencial per gestionar el risc de suïcidi.

A més de les investigacions per la detecció de factors de risc en poblacions clíniques amb conducta suïcida, s'han fet estudis per detectar-ne individus amb risc potencial, que no han consultat per aquest motiu, però han rebut assistència sanitària. El 2022 es publicà un estudi on s'analitzaven, retrospectivament, dades de salut de persones que havien mort per suïcidi a la ciutat de Barcelona en un període de 5 anys (Fradera et al., 2022). Dels 2.109 casos de suïcidi, 971 havien tingut contactes previs amb l'atenció primària; el 33,8 % tenien més de 65 anys i el 74 % eren homes. Del total de la mostra amb contacte amb un recurs de salut, prèviament al suïcidi, un 33 % va morir durant la setmana següent i un 58,5 % dins del mes següent. L'anàlisi va identificar diversos factors de risc rellevants: intents de suïcidi previs, diagnòstic psiquiàtric, nombre de visites a primària, derivacions a salut mental, medicació prescrita (incloent fàrmacs psicoactius recents) i estar de baixa per problemes de salut mental l'any anterior. Com a conclusions, els autors destaquen que malgrat que prop de la meitat dels qui es van suïcidar havien tingut contacte amb el sistema sanitari, el risc sovint no es va detectar ni gestionar adequadament. Els registres mèdics electrònics rutinaris, representen una oportunitat per proporcionar eines de suport a la decisió clínica que es podrien implementar a través del càlcul de riscos automatitzat i sistemes automatitzats d'alerta per ajudar a prevenir suïcidis.

El gran nombre d'investigacions adreçats a conèixer en profunditat situacions i factors relacionats amb la conducta suïcida, ha impulsat el desenvolupament d'intervencions adreçades a aconseguir una reducció de les morts per suïcidi i de la conducta suïcida arreu del món.

4.5 Prevenció del suïcidi. Estratègies

La conducta suïcida no és una malaltia en si mateixa, sinó una manifestació de patiment emocional profund, pel que pot aparèixer en diferents contextos sense clares senyals prèvies (Comisión de Salud Mental. Ministerio de Sanidad, 2025). La urgència d'actuar per a prevenir els suïcidis ha estat reconeguda i prioritzada al més alt nivell. La reducció de la taxa de suïcidis és un indicador dels Objectius de Desenvolupament Sostenible de les Nacions Unides, l'únic relatiu a la salut mental, el Programa General de Treball de l'OMS, i el Pla d'Acció Integral sobre Salut Mental 2013-2030 de l'OMS (TEAM & <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview>, 2021). Els sistemes nacionals de salut han d'incorporar la prevenció del suïcidi com a part central de les seves polítiques. Els professionals de la salut han de ser formats i equipats per a atendre aquest problema de salut, assegurant l'accés de tothom que en pugui necessitar, especialment aquells de poblacions vulnerables, sovint amb risc augmentat (Organization., 2021). De la mateixa manera es va pronunciar la Unió Europea a les *Conclusiones del Consejo sobre Salud Mental*, emeses el novembre de 2023, on es posa en relleu la importància d'implementar una combinació de mesures i intervencions preventives, ajustades a les necessitats de cada context, amb enfocaments tant universals, com selectius. Tanmateix fa una crida als Estats membres per a intensificar els esforços en la prevenció del suïcidi. Però malgrat les directives de les institucions internacionals i el consens sobre la necessitat d'establir mesures adreçades a la reducció de taxes de suïcidi, existeix controvèrsia entre els investigadors en la matèria, sobre els arguments al voltant de la prevenció del suïcidi, i quines són les estratègies amb evidències suficients per ser considerades eficaces. S'ha demostrat que els enfocaments tradicionals de predicció resulten insuficients, generant sovint falsos positius, conduint a tractaments innecessaris, i falsos negatius, impeding l'accés a intervencions necessàries. Per altre banda, els plantejaments clàssics no aborden la naturalesa dinàmica del risc, ni els factors modificables que podrien influenciar en aquest (Turner et al., 2022). El suïcidi és un esdeveniment de mal predir. Degut a la baixa incidència de l'esdeveniment en xifres totals, en la població general, les prediccions de suïcidi no són massa precises ni útils. Per aquesta raó, els especialistes prefereixen parlar de "avaluació" de risc, encara que sigui un terme més clínic.

La promoció de la salut mental té com a objectiu millorar la capacitat de l'individu per aconseguir el benestar psicosocial i fer front a les adversitats. D'altra banda, la prevenció de malalties s'enfoca en les causes dels factors de risc per evitar-les. Hi ha tres categories de prevenció proposades per la *Commission on Chronic Illness* al 1957: **prevenció primària**, es centra en diversos determinants en tota la població o en el grup d'alt risc; **prevenció secundària**, consisteix en la detecció precoç i la intervenció; **prevenció terciària**, posa l'objectiu a la recuperació avançada i la reducció del risc de recaiguda (Min et al., 2013). Aquest sistema de classificació va començar a quedar-se obsolet quan es van anar incorporant dades i conceptes de caràcter no mecanicista en la recerca biomèdica i es va proposar completar aquesta classificació prèvia amb una aproximació centrada en una valoració entre riscos i beneficis per a diferents grups de població: prevenció **universal**, **selectiva** i **indicada**. La prevenció universal s'adreça a tota la

població, sense distingir nivells de risc, amb l'objectiu de promoure la salut i reduir factors de risc generals. La prevenció selectiva se centra en grups específics amb major risc de desenvolupar el problema tractat, amb l'objectiu de reduir risc abans de l'aparició de símptomes. Per últim, la prevenció indicada s'adreça a persones que ja mostren signes o símptomes del problema, amb l'objectiu que el problema es desenvolupi o empitjori. Aquesta aproximació ha estat recollida per a proposar un marc general d'intervenció preventiva, específic per als trastorns mentals (Ayuso-Mateos et al., 2012a). El nivell en el qual hauria de situar-se cada tipus d'intervenció concreta depèn dels resultats empírics obtinguts per les recerques i de l'anàlisi de costos/beneficis realitzat per a cada problema i població específics. Al seu torn, aquests tres tipus de prevenció poden aplicar-se en tres nivells diferents d'especificitat respecte al context concret d'aplicació: intervencions biopsicosocials, intervencions ambientals, i intervencions socioculturals. Altres autors han classificat de manera jeràrquica els factors de risc suïcida en primaris, secundaris i terciaris. Els primaris (metge-psiquiàtrics) són els predictors de suïcidi més poderosos, i la seva prevenció seria competència del sistema sanitari. Els factors secundaris (psicosocials) la competència dels quals recau en les autoritats polítiques, socials, organitzacions civils i religioses, tenen un valor preventiu menor, així com els factors terciaris (sociodemogràfics), sense competència definida.

Els conceptes de promoció de la salut mental, i la prevenció, estan interrelacionats i superposats. De fet, la via causal directa no s'estableix generalment en la majoria de les malalties mentals, sinó que múltiples factors, inclosos els factors de risc i de protecció, contribueixen al seu desenvolupament. Per tant, la promoció de la salut mental podria implicar activitats específiques per a la prevenció, alguns investigadors van utilitzar la promoció de la salut mental com un terme general que inclou tots dos conceptes.

A la dècada dels vuitanta, Pokorny publica un estudi prospectiu (Pokorny, 1983) que pretenia identificar quines persones moririen per suïcidi o farien un intent. Els individus de la mostra van ser avaluats amb un ampli ventall d'instruments de mesura, incloent-hi la majoria dels prèviament informats com a predictius de suïcidi. L'estudi no va tenir èxit. Van perdre molts casos durant el seguiment, i van haver-hi massa falsos positius per poder considerar factible l'estudi. La conclusió va ser que la identificació d'individus en risc no era factible, degut a que els instruments existents presentaven baixa sensibilitat i especificitat, i a la baixa taxa en la població de la conducta suïcida. Pokorny planteja que el judici clínic tendeix a emfatitzar els "indicadors tous", tendeix a ser "místic i privat", i que el concepte "alt risc" és erroni, atès que el risc pot anar de 1/10.000 (ratio en població general) a 1/10 (taxa al llarg de la vida dels que han realitzat un intent previ), el que suposa fins a un 10% de probabilitats de que succeeixi. S'estima que fins el 80% dels suïcides donen pistes prèvies de les seves intencions pel que remarquen la importància d'explorar l'existència de factors de risc.

No sols és necessari comprendre els determinants del suïcidi, sinó també implementar estratègies de prevenció basades en l'evidència, millorar la capacitat de detecció precoç, reduir l'estigma que envolta els problemes de salut mental, i desenvolupar polítiques públiques

adequades al context cultural i socioeconòmic de cada regió. Informes com *Preventing Suïcidi: A Global Imperative*, de l'OMS, subratllen que els suïcidis es poden prevenir i ofereixen recomanacions pràctiques perquè els països elaborin estratègies nacionals de prevenció (Organization, 2014).

Seguint aquesta política, el 2021 l'OMS publica *LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries* (Organization., 2021). El document proporciona orientació tècnica per el desenvolupament de quatre intervencions multisectorials efectives i basades en l'evidència, i sis pilars fonamentals transversals per a la prevenció del suïcidi. Les intervencions es basen en:

Limitació d'accés a mitjans letals (la restricció de mitjans letals ha inclòs la creació de barreres físiques per dissuadir del salt en llocs amb risc de precipitació; el disseny d'instal·lacions ometent punts susceptibles de penjamet; l'augment del control de la possessió d'armes de foc, limitació d'accés a substàncies tòxiques, verins, i medicaments potencialment nocius; i la desintoxicació del gas natural), considerada com la intervenció clau universal per a la prevenció del suïcidi; es fa èmfasi en la importància d'identificar els mitjans més habituals a cada país o context específic.

Interacció amb els mitjans de comunicació per informar de manera responsable.

Fomentar habilitats soci emocionals entre els joves.

Early/Identificació precoç i suport a totes les persones afectades pel suïcidi i l'autolesió, maneig de la crisi i assegurar l'atenció i seguiment necessari.

La Guia remarca el fet que les poblacions vulnerables han d'estar sempre al centre de les estratègies de prevenció del suïcidi, pel que cal garantir el seu accés a cobertures de salut universal.

Conceptes rellevants a considerar sobre intervencions per prevenir el suïcidi, segons definició en els informes de l'OMS (Scott, Ann & Guo, 2012) són:

Prevenció indicada. Adreçada a persones d'alt risc que han estat identificades com a persones que presenten signes o símptomes mínims però detectables que anticipen un trastorn mental, emocional o de conducta, o marcadors biològics que indiquen una predisposició a aquest trastorn, però que en l'actualitat no compleixen els criteris diagnòstics.

Conducta suïcida no fatal. Un acte no habitual amb resultat no mortal que la persona, tot esperant o assumint el risc de morir o de patir dany corporal, ha iniciat i dut a terme amb la finalitat de provocar canvis desitjats.

Postvenció. Activitats desenvolupades per, amb o per a supervivents d'un suïcidi per facilitar la recuperació després del suïcidi i prevenir resultats adversos, inclosa la conducta suïcida.

Prevenció. Intervencions que tenen lloc abans de l'aparició d'un trastorn i que tenen la intenció de prevenir o reduir el risc de desenvolupar-lo.

Factors de protecció. Característiques a nivell biològic, psicològic, familiar o comunitari (incloent-hi iguals i cultura) que s'associen a una menor probabilitat de resultats problemàtics o que redueixen l'impacte negatiu d'un factor de risc sobre aquests resultats.

Factors de risc. Característiques a nivell biològic, psicològic, familiar, comunitari o cultural que precedeixen i s'associen a una major probabilitat de resultats problemàtics.

Prevenició selectiva. Intervencions adreçades a individus o subgrups de població el risc dels quals de desenvolupar trastorns mentals és significativament superior a la mitjana. El risc pot ser imminent o pot ser un risc al llarg de la vida. Els grups de risc poden identificar-se en funció de factors de risc biològics, psicològics o socials que se sap que estan associats amb l'inici d'un trastorn mental, emocional o de conducta.

Suïcidi. Un acte amb resultat mortal que la persona difunta, sabent o esperant un resultat potencialment mortal, va iniciar i dur a terme amb la finalitat de provocar canvis desitjats.

Intent de suïcidi. Una conducta potencialment auto lesiva que s'associa amb una certa intenció de morir com a resultat de l'acte. L'evidència que la persona tenia intenció de matar-se, almenys en certa mesura, pot ser explícita o inferida del comportament o de les circumstàncies. Un intent de suïcidi pot comportar o no lesions reals.

Ideació suïcida. Pensaments passius de voler estar mort o pensaments actius de matar-se, no acompanyats de conductes preparatòries.

Tractament. Intervencions adreçades a persones que han estat identificades com a patint actualment un trastorn diagnosticable i que tenen la intenció de guarir el trastorn o reduir-ne els símptomes o els efectes, incloent-hi la prevenció de la discapacitat, la recaiguda o la comorbiditat.

Prevenició universal. Intervencions adreçades al públic general o a tota una població que no ha estat identificada en funció del risc individual. La intervenció és apropiada per a tothom dins d'aquest grup.

A la literatura científica es poden trobar resultats positius en programes implementats per disminuir les taxes de suïcidi, a Dinamarca les taxes han disminuït durant les darreres dècades. La indicació clara de l'accés restringit a mitjans letals, en aquest país, es va associar amb la disminució del suïcidi amb aquests mètodes específics, i en molts casos, també amb la mortalitat total del suïcidi. La restricció a l'accés és especialment important per els mètodes amb una taxa de mortalitat de casos alta. Un dels estudis va detectar un efecte beneficiós en les taxes de suïcidi, relacionades amb restriccions en l'accés a barbitúrics, dextropropoxifens, gas domèstic i fums d'escapament d'automòbils amb alt contingut de monòxid de carboni (Nordentoft, 2007). Encara que altres factors de la societat també podrien ser importants, es va concloure que les restriccions en l'accés a mitjans perillosos per el suïcidi, probablement exercirien un paper important en la reducció de les taxes de suïcidi a Dinamarca, especialment per a les dones. Posteriorment, la mateixa autora (Nordentoft & Erlangsen, 2019) reporta que l'exemple danès mostra que les iniciatives de prevenció del suïcidi salven vides, i que les iniciatives universals orientades a grans grups de població, podrien haver assegurat els beneficis a llarg termini.

Diversos països han establert estratègies nacionals de prevenció del suïcidi. Algunes estratègies inclouen objectius específics per a la reducció. Encara que el valor d'aquests passos no s'ha provat, semblen ajudar a centrar l'atenció en el problema del suïcidi (Hawton & van Heeringen,

2009a). Tot i que es poden identificar grups globals de risc, la predicció del suïcidi en individus és difícil, perquè els factors de risc individuals representen una petita proporció de la variància en el risc i no tenen especificitat suficient, donant lloc a altes taxes de falsos positius. Cada persona amb depressió ha de ser avaluada per el risc de suïcidi, preguntant específicament sobre pensaments i plans suïcides. Si la ideació suïcida és present, o se sospita d'intencions suïcides, s'han d'avaluar els factors de risc de suïcidi. Si el risc de suïcidi és present, una avaluació addicional hauria d'abordar la imminència del comportament suïcida.

La intenció de morir (explícitament expressada o inferida pel comportament), els plans actius i un alt nivell de desesperança, podrien indicar un risc imminent. És probable que aquest risc augmenti amb l'abús de l'alcohol i amb un fàcil accés als mètodes per dur a terme un acte suïcida. En els casos de risc de suïcidi alt o imminent, es necessita una acció immediata, inclosa la vigilància i la supervisió dels pacients, potser a través de l'hospitalització, l'eliminació dels mètodes potencials de suïcidi i l'inici d'un tractament eficaç del trastorn psiquiàtric associat. Com que la majoria dels suïcidis associats a l'hospitalització psiquiàtrica es produeixen poc després de l'ingrés (majoritàriament per penjament), o després de l'alta, els programes de prevenció haurien d'incloure el desenvolupament de serveis d'atenció més segurs, l'atenció clínica intensiva i l'atenció continuada, més enllà de la recuperació estrictament clínica, especialment en pacients amb trastorns psiquiàtrics. L'alt risc de suïcidi després de l'autolesió o intent de suïcidi, implica que els individus amb aquests comportaments, especialment aquells amb característiques que indiquin un risc més alt, com l'autolesió repetida, han de ser incorporats a programes de prevenció. Els tractaments psicològics específics, especialment la teràpia del comportament cognitiu, poden reduir la repetició.

Una revisió de l'eficàcia dels enfocaments per a la prevenció del suïcidi va ser feta per Mann i cols. el 2005 (Mann et al., 2005). Els resultats van ser contradictoris sobre l'eficàcia del seguiment per a les persones que havien fet un intent de suïcidi. Des del seu informe, diversos estudis més han mostrat resultats antagònics. Les intervencions amb contacte a través de cartes periòdiques semblaven ser efectives per reduir la repetició del comportament suïcida a l'Iran, però no als països d'ingressos alts. LA informació i suport a través de contactes telefònics o presencials semblava reduir els suïcidis en països de renda baixa i mitjana, on els recursos de salut mental de la comunitat són escassos, però, paradoxalment, no van afectar a la repetició dels intents de suïcidi. El seguiment estructurat de les persones que havien fet un intent, disminuïa el nombre d'intents repetits i els suïcidis en alguns, però no en tots els estudis. L'atenció coordinada amb la implicació dels serveis d'atenció primària en el seguiment, s'ha demostrat que és factible, acceptable i efectiva, en termes d'ideació, en comparació a l'atenció estàndard. Resultats positius es van identificar en programes similars, adreçats a pacients d'edat avançada deprimits i amb idees suïcides. Finalment, un estudi de cohort va mostrar que, allà on hi havia serveis disponibles de salut mental, especialment amb una combinació de recursos, el comportament suïcida es va reduir clarament. D'altra banda, no es va trobar cap associació significativa entre el número de professionals mèdics per càpita i les taxes de suïcidi. Mann també inclou estudis ecològics a la revisió, aquests han vinculat la iniciació de campanyes de sensibilització ciutadana a un augment

significatiu de trucades a línies d'ajuda, però sense reducció en el número de suïcidis. Un estudi va mostrar reducció en la presència d'ideació i plans suïcides en una població específica d'homes homosexuals, i un altre va mostrar reducció en els suïcidis en el seguiment a curt termini. La formació dels metges d'atenció primària en el reconeixement i tractament de la depressió es va identificar com una de les intervencions més efectives en la reducció de les taxes de suïcidi. En una intervenció multifactorial, l'eficàcia dels elements educatius no va poder ser separada d'altres elements de la intervenció (consultes telefòniques gratuïtes amb psiquiatres locals, nova clínica de depressió, i facilitar l'accés als antidepressius reduint el preu). La revisió va mostrar de manera coherent el benefici de les activitats formatives dels metges de família. Els resultats dels estudis d'eficàcia dels serveis telefònics i d'internet, tenien nivells relativament baixos d'evidència. La conclusió va ser que l'heterogeneïtat d'estratègies i mesures de resultats, així com l'absència de bons estàndards per al nivell d'evidència en la literatura, limita les conclusions sobre l'eficàcia actual de les estratègies de prevenció del suïcidi. No obstant això, és evident que hi ha hagut grans avanços des de la revisió per Mann el 2005. Les troballes que associen la major disponibilitat de serveis de salut mental amb taxes reduïdes de suïcidi indiquen la necessitat de proporcionar aquests serveis sanitaris en iniciatives nacionals de prevenció. De fet, s'ha estimat que fins al 92% de les persones que moren per suïcidi, tenen algun tipus de contacte sanitari l'any anterior a la mort, amb taxes que van des del 54% al 80% per als contactes d'atenció primària, 31% al 66% per als contactes d'atenció en salut mental, 24% al 60% de visites ambulatories i 21% hospitalàries (Mortier et al., 2020).

En una metaanàlisi de Riblet i cols (N. B. V Riblet et al., 2017a) van identificar la intervenció de contacte breu de l'OMS (Global Treatment Action to Combat Deterioration of Mental Health and Suicide. (2023). Protocol of BIC Study., 2023) com el mètode de prevenció de suïcidi més eficaç, resultant en una reducció estadísticament significativa de les taxes de mort per suïcidi. Un estudi de Fleischmann i cols. (Fleischmann, 2008) va analitzar la implementació d'un protocol de tractament en cinc nacions, determinades per l'ONU (Brasil, Sri Lanka, Iran, Índia i la Xina), la intervenció consistia en proporcionar un contacte regular a llarg termini a qualsevol persona que hagués estat visitada en un servei d'emergències després d'intentar suïcidar-se, així com educació i consells pràctics sobre estratègies alternatives constructives d'afrontament. Els costos relativament baixos del protocol d'intervenció inclouen una sessió d'informació individual d'una hora abans de l'alta i, després, nous contactes telefònics o presencials de seguiment, per un professional amb experiència clínica, com una infermera o un/a psicòleg/a. Es van trobar diferències significatives amb menys morts per suïcidi als 18 mesos després de l'alta, en comparació amb un grup de tractament habitual (TAU) (0,2% vs 2,2%, respectivament; P0.00.001). Tant els grups d'intervenció, com els de control, van demostrar taxes similars de baix ús dels serveis de salut mental (5,7% vs 5,0%, respectivament). Això va reforçar la conclusió que la diferència en els resultats era atribuïble al propi protocol d'intervenció, i no a l'ús dels recursos de salut mental. Encara que aquest estudi no es va realitzar en països occidentals d'alts recursos, els resultats van ser prou influents (Frierson & Gold, 2020). Aquesta mateixa revisió Cochrane

d'estudis aleatoritzats, referia un article de Hawton et al. (2016) on no van trobar proves clares que donessin suport a l'eficàcia de la teràpia dialèctica-conductual, intervencions mixtes multimodals, intervencions de contacte a distància, maneig de casos, teràpia de resolució de problemes, teràpia conductual, teràpia interpersonal, tractament per ús d'alcohol, ingress hospitalari complet o parcial, o psicoteràpia a llarg termini (Frierson & Gold, 2020). Els factors individuals i ambientals que contribueixen al suïcidi varien considerablement entre països i regions. Les taxes d'intent de suïcidi són diferents de les taxes de suïcidi complet, de manera que la taxa d'intent de suïcidi pot ser més alta en un grup, mentre que la taxa de suïcidi complet pot ser més alta en un altre grup (Poorolajal et al., 2015).

El 2018, a Austràlia, realitzen una enquesta a persones que han realitzat un intent de suïcidi, sobre la seva experiència amb els serveis de salut (Shand et al., 2018). El sistema respon a les necessitats, però molts pacients informen d'experiències difícils i sovint estigmatitzants (SANE Austràlia, 2015, programa de suport a persones al voltant de la Salut Mental). La repetició de l'intent de suïcidi en aquells amb antecedents d'un intent de suïcidi anterior és al voltant del 30% (Carter, G. L., Clover, K. A., Bryant, J. L., & Whyte, 2002).

El període immediat post alta, d'hospitalitzacions per un intent de suïcidi o per un altre motiu psiquiàtric, és d'alt risc. A Austràlia, més d'un terç dels homes d'Austràlia Occidental i més de la meitat de les dones que van morir per suïcidi entre 1986 i 2005, havien estat hospitalitzades prèviament per lesions auto infligides. Dels pacients que van morir per suïcidi després de ser donats d'alta de l'hospital, el 15% dels homes i el 20% de les dones van morir per suïcidi el mateix dia de l'alta. Un estudi del Regne Unit va identificar que el 47% dels suïcidis es van produir durant el primer mes, un 43% dels quals, abans de la primera cita de seguiment (Hunt et al., 2009). Per tant, no proporcionar un seguiment ràpid i eficaç després d'un intent de suïcidi és una oportunitat perduda i s'associa amb un major risc de nous intents de suïcidi i a mort per suïcidi. En relació a aquest aspecte, diversos estudis han demostrat l'associació entre l'atenció rebuda després d'un intent de suïcidi i el risc d'un altre intent. La percepció d'insuficient atenció professional, està fortament associada al suïcidi.

En contrapartida, la planificació del seguiment assistencial, i l'atenció integral a l'alta d'urgències, semblen reduir el comportament suïcida posterior i les morts per suïcidi millorar l'adherència al seguiment posterior, i disminuir la simptomatologia (Bickley et al., 2013). La continuïtat dels models d'atenció pot ser efectiva (Hvid et al., 2011), i les breus intervencions de contacte es mostren prometedores en la reducció del nombre de repeticions (Milner et al., 2015). Els estudis longitudinals també indiquen que oferir un tractament de seguiment, redueix el risc de suïcidi. Un estudi de 89 serveis de salut mental d'Anglaterra i Gal·les, va informar d'una taxa reduïda de suïcidi quan es van implementar les recomanacions de prevenció del mateix: equips de crisi, seguiment post alta, intervencions contra l'incompliment del tractament (While et al., 2012). Entre els que van rebre una derivació, una part no van rebre seguiment com es va prometre, i altres van informar de fins a 12 setmanes de retard entre l'aprovació de la gestió i l'atenció del seguiment (T. L. Taylor et al., 2009). Fins i tot quan els pacients són referits als serveis de salut mental, l'accés a l'ajuda pot ser complicada. Aquestes troballes són preocupants: prendre

decisiones i prendre mesures immediatament després d'un intent de suïcidi, sovint és difícil, i els intents inútils d'accedir a l'ajuda poden exacerbar els sentiments de desesperança i aïllament, afavorint l'augment del risc. Gairebé tots els enquestats inclosos a l'estudi (96%), van estar en contacte amb un servei de salut la setmana següent al darrer intent de suïcidi, i el 57% va tenir una avaluació psiquiàtrica dins de la primera setmana posterior a l'intent. El primer punt de contacte amb els serveis de salut era, amb major freqüència, el servei d'urgències. Dos terços dels enquestats no tenien contacte amb un segon servei de salut i el 84% no tenien contacte amb un tercer servei. El segon servei de salut més utilitzat era un psiquiatre, seguit per serveis d'urgències, psicòleg, o un altre treballador de salut mental. Quan es van examinar tots els contactes, el 27% dels participants tenien contacte amb els serveis d'emergència (24%), seguits per psiquiatre (14%), o línia d'ajuda telefònica (13%). Dels que van tenir el primer contacte amb els serveis d'emergència, el 58% va tenir el seu següent contacte amb un servei d'urgències, el 22% amb un professional de salut mental i el 5% amb un metge generalista (GP). Per a aquells el primer contacte dels quals va ser amb urgències, el 25% va veure un psiquiatre com el seu següent punt de contacte, el 19% no tenia cap altra atenció, el 13% va veure un GP, i el 12% va veure un altre professional de la salut mental. Als participants se'ls va preguntar si creien que se'ls havia ofert suficient ajuda: (1) immediatament després de l'intent de suïcidi, (2) després de sortir de l'hospital o centre de tractament, i (3) en els 6 mesos següents a l'intent de. A cada punt, menys de la meitat (45%, 41% i 44%, respectivament) van acordar que se'ls havia ofert ajuda suficient. La raó més comú referida per percebre ajuda insuficient va ser "l'actitud dels membres del personal cap a mi era pobre" (26%).

També es va demanar els participants que valoressin la seva satisfacció amb cada tipus de servei, la qualitat del servei, les actituds del personal i els seus coneixements professionals. Els participants van informar que la menor satisfacció era a causa de les males actituds del personal cap a ells, formació inadequada d'aquests sobre el suïcidi, ser donat d'alta massa aviat, no haver fet seguiment després de l'alta de l'hospital, i no rebre atenció per a l'angoixa. El quaranta-tres per cent dels participants van informar a un professional de la salut que estaven experimentant pensaments suïcides explicant-ho, o tenien un pla de suïcidi abans del seu intent més recent. Els motius referits per no dir-ho a un professional de la salut van ser, que no volien ser aturats (28,6%), sentir vergonya (25,9%), pensar que ningú els pogués ajudar (23,2%), o no voler ser hospitalitzat (16,1%). Més de la meitat (57%) va dir que si tinguessin pensaments o plans suïcides en el futur, ho dirien a un professional de la salut. En anàlisi univariant, els que van optar per revelar en un futur les seves idees suïcides a un professional de la salut, van reportar una satisfacció general més alta (mitjana 2,5), millor percepció de qualitat assistencial (mitjana 2.3), i millors actituds i coneixements per part dels professionals. En coherència amb estudis previs, un estudi que analitzava l'avaluació a l'hospital i la derivació posterior a seguiment especialitzat de pacients atesos en hospitals anglesos, posteriorment a la implementació de la Guia Clínica Nacional, per motius relacionats amb intents de suïcidi, poc més de la meitat dels participants van informar haver rebut una avaluació exhaustiva en la setmana següent al seu intent de suïcidi, 57%, objectivant-se diferències al mètode emprat i l'hospital implicat (Cooper et al., 2013;

Geissler et al., 2021). A més, molts pacients no disposaven de seguiment programat a la sortida de l'hospital, tot i que l'evidència apunta que tenir organitzat el seguiment assistencial en el moment de l'alta, redueix el risc d'un intent de suïcidi posterior, fins a 51% menys de risc en els derivats a seguiment especialitzat (Hazard Ratio de 0.49) (Kapur et al., 2004); contràriament, una avaluació incorrecta a l'alta i la no organització del seguiment posterior a l'hospitalització, podria comportar un alta freqüència de re visites a urgències en un període breu, 37,5% el primer any en aquells sense derivació a l'alta, front el 18,2% dels correctament avaluats (Hickey et al., 2001). La principal limitació d'aquest estudi va ser el mostreig de conveniència utilitzat i, per tant, el risc que els resultats no siguin en general representatius de tots els pacients que reben seguiment. Els autors suggereixen la conveniència d'una atenció coordinada després d'un intent de suïcidi, incloent l'opció d'un gestor de casos.

En una publicació de 2021, Mann i cols. (Mann et al., 2021) afirmaven que no s'ha demostrat que la detecció activa d'idees o conductes suïcides sigui millor que la simple detecció de depressió. En els darrers anys, noves eines d'intel·ligència artificial en desenvolupament, s'orienten a la detecció de risc a través de la revisió de registres electrònics de salut, impulsada per algorismes, l'anomenat ML (Machine Learning), altres vies proposades són la detecció basada en Internet i el monitoratge passiu de telèfons intel·ligents per a identificar als pacients d'alt risc, instruments encara en estudi (Ballester et al., 2025; Tang et al., 2024).

Malgrat les evidències que donen suport al valor de la prevenció secundària, l'atenció rutinària als pacients d'alt risc és molt variable en molts països, incloent Espanya, i els programes sovint s'implementen localment a petita escala, amb un nombre limitat de pacients i només uns pocs proveïdors d'atenció sanitària. No obstant això, els enfocaments més ambiciosos també han demostrat tenir èxit. Com a exemple, al llarg de les últimes dues dècades, diversos països, incloent Noruega, Suècia i Finlàndia, han implementat programes de prevenció del suïcidi a nivell nacional que han demostrat ser eficaços en la prevenció (Lewitzka et al., 2019). Altres iniciatives, com el programa Zero Suicide (Labouliere et al., 2018) als Estats Units, són prometedores però no han informat de dades d'eficàcia fins a la data. L'Aliança Europea contra la Depressió va dur a terme un projecte multinivell i internacional anomenat "*Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe*" (OSPI Europe) (Hegerl et al., 2006), que va reduir significativament la tendència suïcida als països participants (Hegerl et al., 2019). Totes aquestes evidències, considerades en el seu conjunt, suggereixen que els esforços de prevenció s'haurien de dirigir cap a programes a gran escala per incloure poblacions més grans i obtenir un major impacte (Pérez et al., 2020). Fins ara, les estratègies d'abordatge amb l'evidència més forta per reduir la mortalitat, són les intervencions basades en població general. Aquestes intervencions es classifiquen en: Intervencions sobre població d'alt risc: psicofarmacologia i psicoteràpia; i intervencions en població general: restricció de l'accés a mitjans letals (armes, verins, edificis o llocs perillosos), línies telefòniques "calents" i cobertura mediàtica.

Diferents programes han mostrat diferents graus d'eficàcia en prevenir conductes posteriors (Hvid et al., 2011; Inagaki et al., 2019), retardant i reduint les taxes de re intents (Cebrià et al., 2013a), allargant el període de temps abans de la mort per suïcidi (Pan et al., 2013). En contra d'aquests resultats, altres estudis han reportat una absència d'efectes significatius (Hawton et al., 2016; Johannessen et al., 2011), o simplement efectes a curt termini d'aquests programes (Inagaki et al., 2015). Els resultats suggereixen que els tractaments amb característiques actives i duts a terme poc després de l'intent són més útils per a les persones que han intentat posar fi a la seva pròpia vida més d'una vegada, mentre que els tractaments passius podrien tenir més èxit després d'un primer intent (Carter, G. L., Clover, K. A., Bryant, J. L., & Whyte, 2002; Evans et al., 2005; Vaiva et al., 2006). S'han dut a terme investigacions combinant estratègies centrades en tots dos perfils (Vaiva et al., 2011), però no hi ha dades disponibles sobre la seva eficàcia.

Una estratègia alternativa que produeix resultats prometedors en diversos contextos de salut mental és la psicoeducació. Ressenyes de Riblet, Meerwijk, i estudis com el de Fleischmann, refereixen resultats positius per a programes psicosocials i psicoeducatius en la prevenció d'intents de suïcidi. També s'ha suggerit que la psicoeducació en línia sobre la gestió i la prevenció del suïcidi dirigida als professionals de la salut mental, és prometedora (Fleischmann, 2008; Gryglewicz et al., 2018; Meerwijk et al., 2016; N. B. V Riblet et al., 2017b). En aquesta línia, en un estudi sobre intents de suïcidi que presentaven antecedents d'haver estat atesos als serveis d'urgències per aquest mateix motiu, el 62,2% havien rebut tractament psiquiàtric en els intents de suïcidi previs (Son et al., 2020). La mortalitat va ser significativament diferent entre el grup que estava sent atès en consulta psiquiàtrica (2,5%) i el grup de no consulta (5,8%) ($P = 0,01$). L'anàlisi estadístic va mostrar una associació significativa de la consulta psiquiàtrica prèvia, amb més baixa mortalitat i amb la utilització de mètodes de suïcidi no fatal. Es a dir, pacients que van rebre consulta psiquiàtrica en intents de suïcidi anteriors, van tenir una menor mortalitat relacionada amb el suïcidi, en intents posteriors, en comparació amb els pacients que no n'havien rebut, i això pot haver estat relacionat amb l'elecció de mètodes de suïcidi menys letals.

Si parlem de mortalitat prematura associada a malaltia mental, no per suïcidi, els autors d'una investigació al respecte, refereixen haver identificat 12 factors i mecanismes clau de risc, amb més punts en comú que les diferències entre els dominis del suïcidi i les comorbiditats físiques (O'Connor et al., 2023). També van identificar 18 propostes de millora que es poden agrupar en tres principis organitzatius: la integració de l'atenció a la salut mental i física; la prioritització de la prevenció alhora que s'enforteix el tractament; i l'optimització de les sinèrgies d'intervenció a través dels nivells socioecològics i del cicle d'intervenció. Aquestes solucions inclouen una atenció primària accessible i integrada d'alta qualitat; i les intervencions basades en la comunitat codissegudes per les persones a les quals haurien de servir; la despenalització del suïcidi i la restricció de l'accés a mitjans letals; la reducció de l'estigma; l'atenció a població vulnerable pel gènere i per la desigualtat racial; i l'augment de la inversió.

Una part substancial de les persones que moren per suïcidi, havien entrat en contacte amb el sistema sanitari l'any anterior a la seva mort. Aquesta observació s'ha traduït en el

desenvolupament de nombroses eines de predicció del suïcidi per ajudar els pacients, adreçades a intervencions preventives. No obstant això, la baixa sensibilitat i el baix valor predictiu positiu han portat als crítics a argumentar que aquestes eines no tenen valor clínic. Kessler i cols. publiquen el 2020 un estudi on revisen les intervencions i les crítiques rebudes (Kessler et al., 2020a). Conclouen que les eines existents són subòptimes i que les millors, si es poden fer, requeriran que els desenvolupadors treballin amb conjunts predictors més complets, dissenys de cribratge escenificats i mètodes avançats d'anàlisi estadística.

Encara que les eines de predicció de suïcidi existents actualment tenen poc valor clínic, i en alguns casos podrien fer més mal que bé, una avaluació imparcial del valor potencial d'eines d'aquest tipus no es pot fer actualment, perquè aquesta avaluació dependria de proves que no existeixen hores d'ara. Els autors argumenten que l'única manera de resoldre aquesta incertesa és vincular els esforços futurs per desenvolupar o avaluar eines de predicció del suïcidi, amb preguntes concretes sobre decisions clíniques específiques, destinades a reduir els suïcidis, i avaluar el valor clínic d'aquestes eines en termes de benefici net, en lloc de sensibilitat o valor predictiu positiu. També defensen un enfocament en el desenvolupament de regles de tractament individualitzades, per ajudar a seleccionar els tractaments adequats, centrats en el suïcidi per els pacients adequats, en els moments adequats.

La majoria d'esforços per desenvolupar eines de predicció del suïcidi se centren en una de les tres poblacions de pacients d'alt risc que se superposen parcialment: pacients en serveis d'emergència amb intenció suïcida o després d'un intent de suïcidi, pacients ingressats psiquiàtrics durant l'hospitalització i pacients ingressats psiquiàtrics després de l'alta. Les metanàlisis suggereixen que la taxa de suïcidi en el primer d'aquests grups és d'uns 1.600/100.000 habitants dins de l'any següent a la visita del servei d'urgències; la taxa en el segon grup (hospitalitzats), és d'uns 150/100.000 habitants per any, incloent-hi morts per suïcidi mentre es troben ingressats, i que la taxa de suïcidi després de l'alta hospitalària psiquiàtrica és d'entre 3000/100.000 hab/any en la primera setmana després de l'alta, i 650/100.000 hab/any entre els 4 i 12 mesos després de l'alta. Una petita fracció de la població nord-americana (2%) es troba en un o més d'aquests tres grups d'alt risc, en una any donat, concentrant gran part dels suïcidis, 33% aproximadament. Amb aquests resultats, els autors determinen que les eines de predicció del suïcidi no són prou fortes per justificar el seu ús en la presa de decisions clíniques. L'argument subjacent a aquesta conclusió és que tots els pacients en entorns d'alt risc (és a dir, en serveis d'urgències amb crisis de salut mental, o en hospitals psiquiàtrics), haurien de ser considerats amb un risc de suïcidi significativament elevat i, per tant, haurien de rebre una avaluació clínica en profunditat amb un enfocament en les seves necessitats, en lloc de fer servir el risc de suïcidi per prendre decisions clíniques, fent innecessari l'administració d'escalas de predicció del suïcidi perquè la informació obtinguda en aquestes eines s'obtindrà com a part de l'avaluació clínica.

Les eines per a pacients d'alt risc estan dissenyades per a ser utilitzades tant en l'ingrés com en l'alta, per a ajudar a guiar la planificació del tractament. Les eines per a poblacions globals estan dissenyades, ja sigui per dirigir-se a pacients amb altes probabilitats predites, per a la divulgació,

o per crear alertes en els registres mèdics electrònics per recordar els professionals d'atenció primària que preguntin sobre el risc de suïcidi en les visites rutinàries. No s'ha arribat a un acord sobre la millor manera d'establir un llindar d'alt risc a partir de les puntuacions de probabilitat contínues generades per aquestes eines de predicció. Aquests instruments, segons els crítics, presenten un baix valor predictiu positiu, només al voltant de 0,004, als seus llindars de decisió recomanats (valor predictiu positiu, la incidència de suïcidi sobre un horitzó de temps preespecificat entre els pacients classificats com a d'alt risc). Aquest valor va ser, aproximadament, deu vegades més alt que la taxa de suïcidi entre els pacients per sota del llindar d'alt risc predit, el que significa que les intervencions de prevenció del suïcidi centrades en tots els pacients classificats com d'alt risc, "duren a prendre mesures en molts pacients, que mai moriran per suïcidi, duent a intervencions intrusives o de coacció excessiva". A més, els crítics assenyalen que la baixa sensibilitat (proporció de suïcidis que es van produir entre els pacients classificats per sobre del llindar de risc) de les eines en els seus llindars recomanats, significa que les intervencions de prevenció del suïcidi centrades només en pacients classificats com d'alt risc, exclourien la majoria dels pacients que acaben morint. A més, els detractors d'aquests instruments, argumenten que molts pacients perceben les eines estructurades de predicció del suïcidi com a superficials, ja que requereixen que els pacients triïn una resposta preespecificada, per respondre preguntes que inevitablement no aconsegueixen captar tota la complexitat de les experiències del pacient, donant-los la impressió que estan sent tractats com a números en lloc de com a persones. Tanmateix, argumenten que aquest enfocament impersonal de l'avaluació, interfereix amb l'establiment de l'aliança terapèutica necessària per a avaluacions clíniques de risc més en profunditat, una posició recolzada per alguns estudis qualitius.

Basant-se en aquestes evidències, algunes, però no totes, de les directrius de pràctica clínica, recomanen no utilitzar eines estructurades de predicció del suïcidi (Kessler et al., 2020b). No obstant això, aquestes eines continuen sent àmpliament utilitzades fins i tot en entorns on les directrius de la pràctica clínica diuen que no s'han d'utilitzar. Una possible raó és que les eines de predicció estructurada del suïcidi, són molt menys lentes que les avaluacions psicosocials clíniques detallades demanades per les guies de pràctica, i alguns clínics les utilitzen per ajudar a determinar quins pacients haurien de rebre posteriorment aquestes avaluacions clíniques detallades.

Una comparació de les característiques dels pacients que reben aquestes avaluacions clíniques detallades versus els que no, suggereix que els clínics utilitzen regles de triatge informals per decidir quan administrar avaluacions en profunditat del risc de suïcidi, encara que aquestes regles informals semblen prestar més atenció a alguns factors de risc rellevants, que a d'altres.

Una qüestió important en l'avaluació de les crítiques a les eines de predicció del suïcidi estructurat, és si les avaluacions clíniques són més precises que les avaluacions estructurades en la predicció de suïcidis i conductes auto lesives posteriors. L'evidència suggereix que no. De fet, fa temps que se sap que els models estadístics són superiors als judicis clínics no estructurats en la predicció d'una àmplia gamma de resultats clínics, encara que la força d'aquest avantatge

varia sobre els ajustos i decisions, i la precisió de l'avaluació clínica es pot millorar mitjançant l'ús de mètodes estructurats per guiar la integració de la informació per arribar a judicis clínics argumentats. De fet, els mètodes Machine Learning sacrifiquen la precisió de l'estimació de coeficients en ares d'augmentar la precisió general de la predicció del model. A més, alguns dels avantatges de la ML també es poden aconseguir amb l'ús reflexiu dels mètodes d'anàlisi clàssic. També hi ha alguns casos en els quals els mètodes clàssics o bé funcionen bé o millor que alguns mètodes ML depenent de l'estructura de les dades sota investigació. Això fa que sigui important sospesar els beneficis de la precisió de la predicció del model ML a costa de la disminució de la intuïció dels resultats, encara que existeixen mètodes per abordar aquest últim problema mitjançant l'avaluació de la importància variable del predictor (Alayo et al., 2025).

Les intervencions de contacte proactiu i organització del seguiment especialitzat, iniciades des d'urgències després de la conducta suïcida, han demostrat efecte sobre el risc de repetir un intent de suïcidi. En un estudi antic de seguiment, a 5 anys, post assistència a urgències per intent autolític (Suokas & Lönnqvist, 1991), el 3,2% de les persones incloses a la mostra s'havia suïcidat. Durant el primer any després de l'intent índex, el risc de morir per suïcidi de la mostra va ser 50 vegades més alt en comparació amb el de la població total d'Hèlsinki. Els factors de risc van ser homes d'edat avançada, tenir trastorns mentals, intents de suïcidi previs, un intent de suïcidi índex no impulsiu, la letalitat de l'intent de moderada a molt greu i la intenció greu de morir durant l'intent de suïcidi índex. Quan es va valorar la letalitat com a molt greu o la intenció de morir com a certa, un 21% es va suïcidar. El risc relatiu per als que es van quedar sense consulta psiquiàtrica va ser de 0,6 quan la letalitat era lleu i 1,6 quan era greu. Els resultats indiquen indirectament que la consulta psiquiàtrica semblava tenir un efecte positiu en el resultat d'aquests intents de suïcidi. Inagaki i cols avaluen aquest efecte en pacients ingressats en un servei d'urgències per conducta suïcida, en un termini de 6 mesos (Inagaki et al., 2019). També avaluen l'efecte als 12 mesos, com a resultat secundari. L'estudi es va centrar en la prevenció de repetició d'intents de suïcidi durant el període de més risc després d'un intent de suïcidi, segons la literatura (6 mesos). La metaanàlisi va mostrar que les intervencions actives de contacte i seguiment, eren efectives per prevenir una repetició d'intent de suïcidi en un termini de 6 mesos, en pacients ingressats en serveis d'urgències per intents de suïcidi.

Alguns investigadors postulen que comprendre els factors psicosocials associats amb l'augment i la reducció del risc de suïcidi pot ser útil per planificar un tractament eficaç. Les investigacions mostren que les intervencions psicosocials que impliquen avaluació clínica, resposta a la crisi i plans de seguretat adaptats, i tenir un contacte de seguiment, poden reduir significativament el risc de suïcidi i les probabilitats de futures conductes suïcides (Chan et al., 2016). La vinculació dels individus amb ideació i/o conducta suïcida als serveis de salut mental, és un component clau en les estratègies de prevenció del suïcidi. En una revisió de la literatura publicada sobre aquesta qüestió (Hom et al., 2015), subjectes amb antecedents d'ideació, planificació o temptativa suïcida, presentaven una taxa aproximada de 29,5% d'utilització de serveis especialitzats, basant

el càlcul en mitjanes ponderades. Els motius que els propis subjectes referien per no acórrer a les consultes de salut mental van ser: manca de percepció de necessitar-ho, preferència per sobreposar-se per un mateix, por a ser hospitalitzat, i factors estructurals com manca de temps o de recursos econòmics. Entre els que sí van acudir a l'atenció especialitzada, les raons referides per visitar-se van ser: les facilitats per fer-ho (incloent psicoeducació en salut mental), percepció positiva dels serveis, i ser encoratjats per l'entorn. Els autors cridaven a fer una interpretació cautelosa de les conclusions, atès que els estudis revisats no permetien comprovar aspectes com ara la temporalitat de la cerca d'atenció respecte a la ideació/ intent.

Tot i així, molts estudis van trobar menor cerca d'ajuda quan més severes eren les idees, especialment en adolescents. Respecte a la percepció de poder manegar-ho per un mateix, és possible que estigués influenciada per la manca de consciència de trastorn, o per l'estigma que pot suposar ser atès pels serveis de salut mental i la por a ser considerat feble o incompetent. Aquests resultats suggereixen aspectes a modificar per aconseguir millorar les taxes de participació en els tractaments dels individus amb ideació i/o conducta suïcida. Entre d'altres, facilitar l'accés a l'atenció, campanyes de sensibilització entre la població, eixir al pas de falses mites o creences sobre el tractament i estar especialment atent a col·lectius més vulnerables o amb major dificultat per accedir a l'atenció especialitzada.

El 2017 es publica un estudi que avalua si les intervencions iniciades al servei d'urgències aconseguixen reduir la conducta suïcida en una mostra de pacients atesos, considerats d'alt risc (Miller et al., 2017). Es recluten 3 branques: tractament habitual (TAU), cribratge universal de risc de suïcidi des d'urgències, i cribratge universal més intervenció de gestió de recursos a l'alta i trucades telefòniques post-alta adreçades a reduir el risc de suïcidi, en un període de seguiment de 52 setmanes. Un 20.9 dels pacients atesos van fer, almenys, un intent de suïcidi. No es van trobar diferències significatives en la reducció de risc entre la branca de tractament habitual i la de cribratge. Tanmateix, en comparació amb la branca TAU, el grup d'intervenció mostrà una disminució absoluta del 5% en el risc de intent de suïcidi (23% vs 18%), amb una reducció de risc relatiu del 20%. Els participants de la fase d'intervenció van presentar un 30% menys d'intents totals de suïcidi. En xifres globals, el 20.9% de participants va fer al menys 1 intent de suïcidi en els 12 mesos de seguiment, en la branca TAU va ser el 22.9%, comparat amb el 21,5% de la fase de cribratge, i 18,3% en la fase d'intervenció. 5 intents van resultar en mort, 2 en fase TAU i 3 en fase intervenció.

Large, el 2017, partint dels resultats de la revisió de Pokorny de 1983, revisa els metaanàlisis publicats posteriorment. Generalment es considera que la incertesa en l'avaluació del risc de suïcidi, es pot reduir en gran mesura mitjançant una avaluació detallada dels pensaments i plans suïcides del pacient, a més de parar atenció a altres factors demogràfics i clínics. Les directrius d'avaluació del risc de suïcidi i les publicacions revisades per parells sovint contenen llargues llistes de preguntes i factors a considerar. Aquest enfocament assumeix que un coneixement més substancial del pacient, la seva malaltia, circumstàncies i intencions, reduiran la incertesa

epistèmica en l'avaluació. El curs de la malaltia subjacent, la presa de decisions individuals impredecibles, la impulsivitat, i les circumstàncies futures del pacient, són fonts d'incertesa aleatòria. Cadascuna d'aquestes metaanàlisis ha posat en dubte la noció que saber més sobre les idees de suïcidi, o la suïcidalitat en termes més generals, redueix la incertesa sobre el suïcidi.

Fa més de 30 anys, Pokorny va concloure el seu treball amb l'afirmació que *«és ineludible que no posseïm cap element d'informació ni cap combinació d'elements que ens permetin identificar en un grau útil les persones particulars que se suïcidaran, tot i que sí que tenim desenes d'articles disponibles, cadascun dels quals està significativament relacionat amb el suïcidi»*. Això indica que la taxa de suïcidi entre els pacients d'alt risc es pot esperar que sigui d'unes 5 vegades la taxa de suïcidi dels pacients de baix risc. Tot i que això sembla que podria ser una troballa clínicament útil, aquestes probabilitats no milloren significativament en les ORs agrupades associades amb alguns factors de risc de suïcidi individual entre els pacients psiquiàtrics, com la depressió, la desesperança i els intents de suïcidi previ. La metaanàlisi de Large també va trobar que el 56% dels suïcidis es van produir en grups d'alt risc, i el 44% es van produir entre el grup de baix risc. Durant un seguiment mitjà de 5 anys, el 5,5% dels pacients d'alt risc, però l'1% dels de baix risc, van morir per suïcidi. Aquesta mortalitat per suïcidi del 5,5% durant un període de 5 anys significa, que la probabilitat de suïcidi de pacients d'alt risc durant períodes clínicament importants, és extremadament baixa. De manera rellevant, la metaanàlisi va trobar que els models predictius que utilitzaven més factors de risc de suïcidi no tenien més força estadística, i no aconseguien millor discriminació entre grups d'alt risc i de menor risc, que els estudis que utilitzaven menys factors. De fet, els estudis que empraven dos factors tenien una força predictiva similar als estudis que empraven deu o més factors. Els resultats d'aquests estudis soscaven un dels principals supòsits de la nostra professió sobre l'avaluació del risc de suïcidi.

La ideació suïcida, el comportament del suïcidi, i el modelatge més complex, ofereixen avantatges predictius només una mica millor de discriminació que l'atzar. Per tant, la major part de la nostra incertesa sobre el risc de suïcidi és aleatòria; saber més no ajuda, perquè la incertesa epistèmica juga només un paper menor. Large, arran d'aquests resultats, postula que cal admetre aquest problema fonamental de l'avaluació del risc de suïcidi reconeixent la impotència dels clínics per classificar de manera útil individus o grups de pacients, d'acord amb el risc de suïcidi futur, i comunicar-ho als departaments de salut, als tribunals i, cosa que és més important, als pacients i a les seves famílies. Partint d'aquí, és cabdal proporcionar un estàndard d'atenció més universal, que inclogui una avaluació completa i empàtica de cada pacient, de la seva malaltia i de les seves circumstàncies. Aquesta avaluació és necessària per orientar els plans de tractament individualitzats, i també podria tenir el benefici intrínsec de reduir la suïcidalitat. En termes pràctics el que això significa és, que si tenim a un pacient amb alt risc de suïcidi, la nostra millor capacitat d'estimar la incidència de suïcidi en la setmana següent a l'alta, és d'1 entre 4.700. Fins i tot si existís un factor de risc hipotètic que augmentés transitòriament el risc de suïcidi en la setmana següent 10 vegades, encara així, hauríem de supervisar a 500 persones

per a prevenir un suïcidi, assumint que la supervisió fos eficaç al 100%. Models que utilitzen multitud de factors no funcionen millor que els que usen pocs factors. És essencial proveir la millor atenció possible i, si es detecten factors de risc potencialment modificables, adreçar les intervencions per fer-ho.

Quant a la utilització d'escala de risc per avaluar-ne i prendre decisions sobre el pla terapèutic, un estudi de Quinlivan i cols, estudia la utilitat d'aquestes escales en pacients que han consultat a l'hospital per actes auto lesius (Quinlivan et al., 2016). La conclusió és que els instruments funcionen pitjor que la valoració que fan els clínics, o els propis pacients, del risc de suïcidi. Com a exemple, una de les escales que millor va funcionar, la "Manchester Self-harm Rule", de 100 episodis que considerava d'alt risc de repetició, només es van repetir en 30. El valor de predicció positiu de les millors escales (és a dir, la probabilitat que una persona catalogada com d'alt risc de repetició, ho repetís) va ser d'un 44-47%. També tenen efectes perjudicials perquè la seva aplicació es converteix en una rutina —una casella que cal marcar— que allunya al clínic i al pacient de la realitat, i disminueix la seva col·laboració mútua. Els autors conclouen que aquestes escales no haurien de fer-se en el maneig clínic dels pacients.

En el seu article de 2022, Turner postula el que anomena "la Paradoxa de la Prevenció del Suïcidi" (Turner et al., 2022), proporcionant un model mental útil per donar suport a un canvi de paradigma. Aquest plantejament posa de manifest la situació, aparentment paradoxal, en la qual, la major càrrega de malaltia o mort és causada per aquells amb un risc baix o moderat, a causa del seu major nombre. Els actuals marcs de planificació i recursos no es basen en l'adopció d'aquests nous enfocaments, el que porta a oportunitats perdudes per prevenir els comportaments suïcides en l'assistència sanitària. L'adopció d'enfocaments de sistemes per a la prevenció del suïcidi, com el Zero Suicide Framework (Brodsky et al., 2018), implementat en un gran servei de salut mental a Austràlia i presentat en aquest article com un estudi de cas, pot donar suport a un enfocament equilibrat dels esforços de prevenció del suïcidi basat en la població i individual. Els resultats demostren reduccions significatives en les presentacions amb intents de suïcidi per als usuaris que reben aquest model d'atenció; no obstant això, el nombre creixent de casos atesos, comprometen la capacitat dels equips clínics per completar tots els components de la via d'atenció estandarditzada. Això posa en relleu la necessitat de revisar els marcs de planificació de recursos i les avaluacions en curs dels aspectes crítics de les intervencions.

4.5.1 Estratègies

Tot i que l'antecedent d'haver fet un intent de suïcidi és un FR per morir per suïcidi en el futur, només un 10%, aproximadament, de les persones que han realitzat un intent, moren per suïcidi. La vinculació als serveis de salut mental després d'un intent pot ser una intervenció que salvi vides, pel que cada contacte que es fa amb un professional de la salut, sigui o no de salut mental, pot ser una oportunitat per disminuir el risc de suïcidi d'una persona, a través de fer una avaluació adequada i una intervenció, si es considera necessària. En les darreres dècades les estratègies en la lluita per evitar les morts per suïcidi, s'ha passat d'un model de "predicció del suïcidi" a un model que emfatitza l'avaluació i el maneig del risc de manera individualitzada. Degut a la multiplicitat i fluctuació de les variables implicades en la conducta suïcida, no és possible predir, de manera fiable, qui i qui no realitzarà un intent o morirà per suïcidi. Com ja s'ha repetit al llarg dels anteriors apartats, el suïcidi és un esdeveniment estadísticament rar, presentant un risc absolut de mort baix. Els anàlisis estadístics han demostrat que els esforços per predir esdeveniments rars, donen com a resultat un gran nombre de falsos positius (Maris, 1983, 2002; Swanson, 2011). La major part de les persones en risc de conductes suïcides, incloent els que expressen pensaments actius, no moren per aquesta raó. En canvi, l'avaluació de "risc relatiu" es basa en el fet que en persones amb trastorn mental, és més probable, de manera significativa, la mort per suïcidi, que en aquells que no presenten malaltia mental. Els esforços en la prevenció requereixen de l'avaluació de risc relatiu de mort per suïcidi, basada en factors identificables de risc i protectors, per tal d'implementar accions adreçades a modificar aquests factors, i avaluar l'eficàcia de les intervencions possibles (des d'hospitalització, tractament farmacològic, intervencions psicoterapèutiques, a augment de suports socials o necessitats no sanitàries) (Frierson & Gold, 2020).

La prevenció primària té com a objectiu reduir primers intents de suïcidi en la població general, mentre que la prevenció secundària està orientada a reduir la possibilitat d'intent de suïcidi en pacients considerats d'alt risc. Les intervencions terciàries estan dirigides a individus que ja han fet un o més intents de suïcidi, i tenen com a objectiu prevenir la repetició de temptatives, i suprimir el comportament suïcida (Katsivarda et al., 2021). Els programes nacionals de prevenció de suïcidi (NSPP) es van iniciar en la dècada de 1990 amb l'objectiu d'una aproximació holística per combatre'l. A l'anterior dècada només 28 països, tots ells del món desenvolupat, disposaven d'estratègies nacionals per a la prevenció del suïcidi (Lewitzka et al., 2019). Els programes de prevenció estan dissenyats per a identificar grups vulnerables, millorar l'avaluació i l'atenció de les persones en risc de comportament suïcida, i millorar la vigilància i la investigació. També tenen com a objectiu augmentar la sensibilització mitjançant la millora de l'educació de la població. Els NSPPs intenten contrarestar l'estigma cap a les persones que mostren un comportament suïcida i aquelles que pateixen trastorns mentals. Per a prevenir eficaçment el suïcidi cal intensificar la vigilància i el seguiment dels casos, tant de suïcidi, com dels actes auto lesius. Les diferències entre els països en quant als patrons de conducta suïcida, l'evolució de

les taxes i les característiques dels suïcidis, així com els mètodes utilitzats, posen en relleu la necessitat que cada país millori la integritat i la qualitat de les seves dades i la rapidesa amb què poden estar disponibles. Amb aquesta fi, s'ha de fer constar els suïcidis en els registres civils i les conductes autòlisis en els registres hospitalaris, i cal realitzar estudis nacionals representatius, que compilin la informació sobre aquestes conductes notificades per la pròpia persona (World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.). Institucions com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Associació Internacional per a la Prevenció del Suïcidi (IASP) han desenvolupat directrius comunes i les següents recomanacions per establir estratègies de prevenció del suïcidi, incloent-les en els NSPP :1) les mesures preventives han d'adreçar-se tant a la prevenció del suïcidi com dels intents de suïcidi; 2) el suport i la rehabilitació de les persones en risc poden prevenir alguns suïcidis, essent necessari un enfocament holístic; 3) els governs nacionals són responsables de desenvolupar estratègies per proporcionar suport financer i tècnic que involucri a la societat en el seu conjunt; i 4) és imprescindible avaluar l'eficàcia dels programes, esperant-se objectius mesurables i estudis sistemàtics que validin els resultats (Organization., 2021). Noruega seria un model en quant a les polítiques de prevenció, publicant la primera estratègia nacional de prevenció del suïcidi el 1995, mantenint continues revisions i actualitzacions. Els aspectes de les estratègies de prevenció secundàries i terciàries, són el focus del seu programa (Espeland et al., 2021; "Support in Suicidal Crises: The Swedish National Program to Develop Suicide Prevention. The Swedish National Council for Suicide Prevention., 1997) .

L'OMS ha integrat la reducció de la mortalitat per suïcidi en els Objectius de Desenvolupament Sostenible de l'ONU sota l'objectiu 3.4, marcant-lo com un indicador fonamental per al progrés de la salut global. Aquest compromís es posa de manifest en el 13è Programa General de Treball 2019-23 de l'OMS i en el Pla d'Acció per a la Salut Mental 2013-20, que s'han ampliat fins al 2030 i posen l'accent en la inversió en recursos per a la prevenció del suïcidi, i per fomentar societats resilients i pròsperes. A partir de la dècada de 1950, les línies d'ajuda a la crisi han evolucionat cap a serveis multifacètics, amb personal voluntari no professional, format per oferir suport anònim, confidencial, no directiu i sense judicis cap els individus que tenen ideació suïcida. Les línies d'ajuda a la crisi, han sorgit com a recursos fonamentals en el panorama de la prevenció del suïcidi, oferint assessorament immediat i suport emocional, especialment per a les persones que podrien estar geogràficament aïllades o preferir l'assistència anònima. Les crisis sovint comporten ambivalència psicològica, on els individus, al mateix temps poden desitjar tant auto lesionar-se, com ser rescatats. Les investigacions realitzades en autòpsies psicològiques, reforça l'associació entre el comportament suïcida i les crisis precipitades per esdeveniments de vida estressants, destacant el paper potencial de les línies d'ajuda de crisi en la resolució de l'angoixa aguda. Aquests serveis, inicialment basats en el telèfon, s'han expandit per incloure correu electrònic, text i plataformes basades en webs, atenent a diverses preferències i necessitats. Principalment, les línies d'ajuda a la crisi, serveixen com a intervencions de primera línia, amb

l'objectiu de mitigar les crisis immediates, reduir la ideació suïcida i facilitar la derivació als recursos de suport formal i informal dins de la comunitat (Zabelski et al., 2023) .

S'han dut a terme diferents estudis per avaluar l'eficàcia en països amb NSPP implementat, amb dades positives respecte a la reducció de taxes de suïcidi. Tot i les diferències òbvies entre països, les evidències apunten a l'eficàcia d'aquests programes (Matsubayashi & Ueda, 2011; Mulder, 2007; S. J. Taylor et al., 1997). Aquests programes de prevenció del suïcidi dirigits pel govern són més eficaços en aconseguir resultats entre les poblacions grans i joves. Per contra, les taxes de suïcidi dels grups en edat laboral, independentment del gènere, no semblen respondre a la implementació d'aquests programes de prevenció a nivell nacional.

El 2019 es publica un estudi (Lewitzka et al., 2019) on s'analitzen i comparen les dades sobre suïcidi en 4 països, tots ells amb l'existència acreditada d'un complet programa nacional de prevenció del suïcidi, amb una durada mínima de cinc anys (aquest grup de països són anomenats per els autors com "verum countries"). El grup de comparació està format per altres 4 països, de característiques socio-demogràfiques i científiques similars als anteriors, però sense tenir implementat un NSPP (països controls). Les dades van mostrar una disminució estadística significativa de les taxes de suïcidi als països verums en els homes, amb efectes més forts en grups d'edats entre 25 i 44 anys, i de 45 a 64 anys. També s'observa un efecte significatiu en dones de 45 a 64 anys i de 65 anys en endavant, encara que aquest efecte no era tan fort com ho havia estat en els homes. Aquest efecte no es va observar als països del grup control (excepte en aquells majors de 65 anys). Després d'analitzar les diferències en les taxes de suïcidi entre els països del grup verum i del grup control, no van aparèixer canvis significatius o canvis de tendència. Els esforços principals als països amb programa de prevenció, s'havien centrat en limitar l'accessibilitat als mitjans letals, utilitzats per realitzar el suïcidi. L'establiment d'organitzacions, com ara els "Samaritans", "Befrienders International" o "Life-line" va causar un efecte preventiu perceptible però menor. Altres enfocaments com "Tele-Help" o "Tele-Check" es van associar amb números de suïcidi més baixos. La formació en aspectes al voltant del suïcidi a metges generalistes, va ser inapel·lable pel govern suec, en la dècada de 1980. En el moment que els metges generals van augmentar la seva capacitat per a detectar la depressió respecte els anys anteriors, les taxes de suïcidi van disminuir considerablement. A més, cal tenir present que el període transcorregut des de la implementació del NSPP, a l'avaluació de resultats, va ser força breu (cinc anys). Algunes estratègies podrien necessitar més temps per aconseguir la seva eficàcia.

Malgrat els NSPP tenen com a objectiu principal disminuir les taxes de suïcidi a través de diferents enfocaments, també són notables els efectes de dites intervencions en aspectes econòmics. Vasiliadis i cols. (Vasiliadis et al., 2015) van mostrar que els programes de prevenció del suïcidi com l'Aliança Europea de Nuremberg contra la Depressió (NAD) són rendibles i poden produir estalvis potencials significatius a través de morts per suïcidi evitades i anys de vida perduts estalviats. Una anàlisi narrativa realitzada per Zalsmann (Zalsman et al., 2016) va investigar l'eficàcia de diferents estratègies de prevenció del suïcidi. A causa de l'heterogeneïtat

de les poblacions i la metodologia, no es van poder aplicar metaanàlisis formals. Van arribar a la conclusió que cap estratègia és clarament superior a les altres. L'enfocament d'intervenció basada en la comunitat de l'Aliança Europea contra la Depressió es dirigeix de manera simultània a la depressió i el comportament suïcida, mitjançant una intervenció multifacètica basada en la comunitat. Ha estat implementada en més de 115 regions a tot el món a través del programa OSPI-Europa (*Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe*). La teoria general és que les intervencions d'un sol nivell produeixen petits impactes, però les intervencions a diferents nivells combinades, produiran majors beneficis que les intervencions individuals per se o, fins i tot, poden aconseguir un impacte més gran que la suma de les seves parts. Per tant, hi ha una suposició implícita d'interacció sinèrgica entre els nivells d'intervencions. La teoria del programa i els mecanismes d'acció previstos per a les intervencions individuals, són diferents, encara que, en general, proporcionar formació als professionals per prendre consciència de la necessitat d'avaluar l'existència de depressió i de comportament suïcida, pot augmentar els nivells de detecció, derivació i suport.

El 2019 es va publicar una primera avaluació de la influència de la implementació a 4 països (Hegerl et al., 2019). Els resultats no van confirmar la hipòtesi principal: quan es van agregar els actes suïcides de les quatre regions avaluades, les xifres no van mostrar una reducció estadísticament significativa en comparació amb les dades basals de l'any anterior i les regions de control. Els efectes d'intervenció van resultar significativament diferents entre països. No obstant això, a la vista dels molts factors associats a les conductes suïcides, les intervencions que combinen diverses d'aquestes mesures úniques són més prometedores i són recomanades per l'OMS com a estratègia per a la prevenció del suïcidi. La combinació de mesures individuals ha demostrat que, no només comporta efectes preventius del suïcidi additius, sinó també efectes sinèrgics.

La possibilitat d'intervenir en intents de suïcidi o ideació suïcida a través de programes de prevenció primària i secundària del suïcidi, representen un dels reptes més importants en medicina preventiva. Diferents intervencions de prevenció del suïcidi com ara restringir l'accés a mitjans letals o programes de sensibilització basats en l'escola, semblen demostrar els beneficis. La millora en la detecció de depressió en atenció primària, les campanyes d'educació a la població i les directrius als mitjans de comunicació sobre com comunicar notícies al voltant del suïcidi, han mostrat evidències insuficients, principalment a causa de la falta d'assaigs controlats aleatoris (RCT) en l'avaluació d'intervencions de prevenció. A més, la manca de continuïtat d'atenció després d'un intent de suïcidi representa una de les principals limitacions per a un programa de prevenció eficaç. (Olsson et al., 2014). Els resultats d'una metaanàlisi (Inagaki et al., 2019) informaren de reducció de risc de repetir un intent de suïcidi, en el període de 6 mesos després de l'admissió a un servei d'urgències per conducta suïcida, pels programes de prevenció secundària que comprenien el contacte actiu i seguiment amb atenció intensiva, divulgació, intervencions breus i contacte a través de carta/postal, o telèfon, i la combinació de carta o postal i telèfon.

Les enquestes de salut mental de l'Organització Mundial de la Salut van mostrar que, en països d'ingressos baixos i mitjans com l'Índia, només el 17% de les persones amb comportaments suïcides havia rebut atenció en un recurs de salut mental, en comparació amb el 56% dels enquestats en països d'ingressos alts. Estudis al llarg dels anys, i de diferents països, han demostrat, de manera similar, que els individus que busquen ajuda als hospitals generals per a les complicacions mèdiques derivades dels intents de suïcidi, no sempre van ser visitats pels serveis de salut mental. Les dades sobre el seguiment després de ser atesos per un intent de suïcidi, a una ciutat de l'Índia (Sreedaran et al., 2020), van objectivar un seguiment en una sola ocasió amb els serveis de salut mental, en un 25% de les persones. La major part de les persones ateses a l'hospital de l'Índia, especialment les que no tenien un diagnòstic psiquiàtric, no van fer seguiment pels serveis de salut mental després de la conducta. El 90,8% van ser contactats per telèfon com a part de l'atenció posterior, per un gestor de casos. La primera trucada telefònica va ser dins de la 1a setmana d'alta, la següent, 2 setmanes després de la trucada anterior, i posteriorment, el pacient va ser seguit per telèfon mensualment durant 6 mesos. La taxa de seguiment pels serveis de salut mental, almenys en una ocasió, dins dels 6 mesos després de l'intent, va ser del 25%. No hi va haver diferències significatives entre els que van seguir i els que no, pel que fa a les variables sociodemogràfiques i la història passada d'intent de suïcidi.

Es va observar que el 29% de les persones amb diagnòstic psiquiàtric va ser seguida pels serveis de salut mental, en comparació amb el 12% dels que no havien rebut un diagnòstic psiquiàtric. En el grup d'individus amb diagnòstics psiquiàtrics, gairebé la meitat del grup d'aquells amb diagnòstics de trastorn bipolar, trastorn obsessiu-compulsiu, i psicosi (44%), van fer un seguiment amb els serveis de salut mental almenys en una ocasió, mentre que les taxes més baixes de seguiment van ser en aquells amb trastorns per ús de substàncies. No hi va haver diferències significatives en el nombre de trucades contestades entre els que tenen un diagnòstic psiquiàtric i els que no. L'estudi també va mostrar que una proporció molt baixa d'aquells amb trastorns de consum de substàncies, era atesa en els serveis de salut mental després de l'intent. Les investigacions de l'Índia van mostrar que el contacte amb qualsevol tipus de proveïdor de salut per a les persones amb trastorns d'alcohol, era del 2,8% i per a les persones amb depressió, era del 12,75%. Considerant que les persones amb trastorns mentals freqüents, com els trastorns d'ús de substàncies i la depressió, no utilitzen els serveis de salut mental de manera òptima, en els entorns indis, els resultats porten a la inferència que aquesta utilització de serveis subòptims, també s'estén a les persones amb intents de suïcidi. Investigacions prèvies han mostrat una associació significativa entre intents de suïcidi i estressors. En una enquesta de la comunitat del sud de l'Índia, el 50% dels enquestats homes, creia que el suïcidi era una solució raonable per a certes situacions. En un estudi sobre la influència de l'estrès i la depressió, en les creences relacionades amb el suïcidi, aquells de la mostra d'origen asiàtic, van informar d'un grau significatiu d'associació entre l'estrès percebut i les creences relacionades amb el suïcidi, fins i tot en absència de depressió. Aquests estudis donen suport a la interpretació que una proporció significativa d'individus de l'estudi, podrien haver intentat suïcidar-se com a reacció als estressors i no consideraven les seves accions suïcides com un símptoma mèdic que justificqués l'ajuda dels

serveis de salut mental. Els contactes telefònics periòdics són una estratègia potencialment útil per a arribar a aquesta població.

Connectar les persones suïcides amb els serveis de salut mental adequats és un component clau dels esforços de prevenció del suïcidi. El 2015 es publica una revisió (Hom et al., 2015) de la literatura existent sobre la recerca d'ajuda i la utilització dels serveis de salut mental entre les persones amb un risc elevat de suïcidi. A través dels estudis, la taxa d'ús del servei de salut mental per a aquells amb ideació, plans i/o intents de suïcidi, va ser d'aproximadament el 29,5% basada en mitjanes ponderades, amb una manca de necessitat percebuda de serveis, preferència per l'autogestió, por a l'hospitalització, i factors estructurals (per exemple, el temps, les finances) identificats com a barreres clau que impedièen l'atenció.

Els estudis també van revelar factors facilitadors per buscar atenció, que incloïen l'alfabetització en salut mental, opinions positives dels serveis i l'estímul de la família o amics a buscar suport. Anys després, també als Estats Units, es va portar a terme un estudi per valorar quin era el grau de seguiment especialitzat, en els 30 dies posteriors a una visita a urgències per motius psiquiàtrics (Geissler et al., 2021) a l'estat de Massachussets, i en línia amb la bibliografia prèvia, es van reportar, en general, taxes baixes de seguiment amb només un 33% de derivacions. La derivació a seguiment especialitzat s'associa amb augment de costos, i major probabilitat d'hospitalització en el període de seguiment. L'estudi no permetia valorar si el major ús de recursos sanitaris millora el pronòstic dels pacients, en rebre cures més apropiades. Malgrat aquestes troballes probablement tenen a veure amb les polítiques sanitàries del país, cal remarcar el baix percentatge de derivacions.

Lee i cols (Lee et al., 2017) en la seva mostra, també al Estats Units, busquen el patró i factors de risc per re consulta a un servei d'urgències de pacients amb diagnòstic de trastorn mental i trastorn per ús de substàncies, reporten que el 14,2% tenen una nova visita o una hospitalització en els 30 dies següents a la visita a urgències de psiquiatria, sent una edat augmentada (>65a), comorbiditat amb malalties mèdiques cròniques, visites a urgències prèvies o hospitalització prèvia, factors associats a tenir una nova atenció en psiquiatria en els 30 dies posteriors a la visita índex. Beadles i cols. (Beadles et al., 2015) estudien, en persones incloses al servei públic, Medicaid, de Carolina del Nord, l'impacte sobre el seguiment en atenció especialitzada, en els 7 dies posteriors a l'alta d'una hospitalització psiquiàtrica, en comparació amb aquells sense seguiment en els següents 30 dies. Haver estat atès durant la primera setmana, per un recurs ambulatori de salut mental, es va associar a una major adherència al tractament i major ús de recursos ambulatoris, així com menor nombre d'assistències posteriors a urgències, respecte els que no van ser atesos per salut mental en el període de 30 dies post-alta. No es van registrar, pràcticament, diferències en quan a la utilització de recursos ambulatoris de salut mental posteriors, entre el setè dia i en el període entre el dia 8 i el 30. Respecte quins són els factors que incideixen sobre la decisió clínica de derivació, després d'una valoració psiquiàtrica d'urgències, Bruffaerts i cols (Bruffaerts et al., 2005) van reportar un 44% d'ingressos, 38% de derivacions a tractament ambulatori, 9% van rebutjar qualsevol tipus d'atenció, i la resta van ser derivats a metge generalista. Els pacients amb trastorn psicòtic van ser els que van presentar

major probabilitat d'ingrés, seguits d'aquells amb símptomes relacionats amb el suïcidi (OR=2.25). Cap d'aquests estudis es basava exclusivament en mostres amb conductes suïcides, però posa de relleu les possibles dificultats per accedir a un seguiment ambulatori de salut mental, el que dificulta noves avaluacions del risc de suïcidi en el període posterior a l'atenció hospitalària, considerat com el de major risc.

Cada vegada apareixen més evidències respecte a considerar els 12 mesos posteriors a una crisi suïcida, com a període de risc incrementat per a morir per suïcidi. Moltes intervencions han estat proposades per a aconseguir reduir aquest risc. Algunes avaluacions d'intervencions posteriors a un intent de suïcidi, basades en contactes periòdics "per tenir cura", mostren alguns resultats positius (Brown & Green, 2014; Katsivarda et al., 2021), especialment si la intervenció s'ha completat en les dates programades, i el pacient no ha abandonat el tractament precoçment. En diferents estudis s'han dut a terme trucades telefòniques periòdiques, atenció presencial, o contacte per mail en períodes que varien entre el primer any i els 5 anys posteriors a la crisi suïcida. En alguns d'aquests estudis, els pacients mostren disminució en les morts per suïcidi. Igual resultat s'aconsegueix en un estudi on el contacte es fa mitjançant missatges de text, però no així en d'altres estudis que avaluen la mateixa intervenció, sense que hagi estat possible aclarir el motiu d'aquestes inconsistències. Independentment d'aquests resultats, la majoria de guies actuals i avaluacions de qualitat, recomanen el contacte presencial en els 7 dies posteriors a l'alta de l'hospital (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012b). No hi ha evidència que un cribratge rutinari en població general disminueixi les taxes d'intents o de mortalitat, segons els autors d'aquesta revisió.

Les guies de pràctica clínica també han proposat el manteniment de registres o llistats de pacients amb major risc d'autolesió (Labouliere et al., 2018). Aquestes llistes apel·len a institucions grans i d'alt volum d'atenció, on els pacients amb alt risc podrien ser identificats i seguits amb el temps. La coordinació entre els professionals clínics i el personal de suport pot ser beneficiós per a la cobertura creuada i l'atenció addicional, en cas que aquests pacients truquin demanant ajuda o faltin a les cites programades. Els criteris proposats per a l'entrada d'un individu a les llistes "d'alt risc", varien i, en última instància, depenen del judici clínic del professional. Les característiques comunes per a la inclusió serien, pacients amb un augment significatiu dels factors de risc i pacients amb més necessitats durant les transicions entre els diferents recursos assistencials. L'ús d'aquestes llistes s'associa sovint amb intervencions recomanades. La inclusió d'un pacient a la llista, justificaria cites més freqüents en un interval més curt, i un contacte més estret. Quan no acudeixen a les cites, també es possible activar certs protocols, com ara un contacte proactiu amb el pacient o un familiar proper, en cas de perdre una visita programada sense previ avís. Tot i que aquestes llistes de classificació poden ser útils, l'objectiu d'incloure un major nivell d'intervenció és que els pacients finalment aconseguixin una estabilitat i seguretat, que permeti treure'l del grup de risc elevat. Els criteris per sortir del llistat

són variats i poden incloure, estabilitat clínica per a un determinat període de temps, reducció o mitigació de factors d'alt risc, i judici clínic (Labouliere et al., 2018).

Avaluant altres aspectes que poden influir en la repetició de la conducta suïcida, l'any 1976, alguns autors van trobar un vincle entre el risc de suïcidi i un baix nivell de satisfacció cap a l'assistència sanitària rebuda. Fins el 2010, només a dos estudis amb mostres de pacients amb conducta suïcida, es va incloure l'avaluació de la satisfacció dels pacients, trobant un fort vincle entre la insatisfacció i el risc suïcida (Gruat et al., 2010). Durant l'estudi SYSCALL, realitzat a França, que mesurava l'impacte del re contacte sistemàtic per telèfon, sobre la recurrència de la conducta suïcida, en les setmanes següents a un intent de suïcidi, es va avaluar si el procediment estudiat, i els seus mètodes, eren ben acceptats pels pacients. Una gran majoria (78,9%) dels que van ser re contactats, van considerar que el fet era beneficiós; un 40,4% van considerar que havia influït en les seves vides, i un 29,4% van pensar que el re contacte havia contribuït a evitar que fessin un nou intent de suïcidi. Dels pacients re contactats, el 94,5% havia agraït la persona que havia re contactat, i només el 8,3% es va sentir molestos per ser re contactats per un professional diferent a qui l'havia atès al servei d'Urgències. La majoria d'ells, 54,1%, consideraven que la telefonia era el mètode més adequat per al re contacte. Per contra, d'aquells que no estaven convençuts de ser re contactats per telèfon, el 89,5% pensava que la visita presencial era la millor alternativa. Finalment, al voltant d'un terç dels pacients, haurien preferit ser re contactats abans. En examinar més de prop els 10 pacients re contactats que estaven insatsfets per la intervenció, no es va trobar cap element que els caracteritzés, excepte un historial anterior de més intents de suïcidi en la seva família. Finalment, una majoria dels pacients insatsfets, haurien preferit que se'ls notifiqués abans del moment de tornar a contactar, i la meitat d'ells pensaven que se'ls havia trucat massa tard, però no es van molestar en ser contactats per un metge diferent.

El programa OSTA, també realitzat a territori francès, no va aconseguir resultats positius en reduir la proporció de pacients que realitzaven un re intent de suïcidi, respecta a un grup control (14.5% vs 14%)(Mouaffak et al., 2015). El programa incloïa contactes telefònics, i proporcionava un número d'atenció 24 hores per contactar amb un psiquiatre. Diversos investigadors han demostrat l'eficàcia d'aquestes intervencions en la reducció del comportament suïcida. Aquest és el cas de Fleischmann(Fleischmann, 2008), amb una reducció significativa en el nombre d'intents en el seu estudi, basat en la comunicació contínua en combinació amb els tractaments habituals; Bertolote (Bertolote, 2020), qui reportava eficàcia de les trucades telefòniques sobre la mortalitat per suïcidi; o Cebrià el 2013(Cebrià et al., 2013a) a Catalunya, mostrant una disminució en el nombre de re intents relacionats amb la intervenció a través de trucades telefòniques. No obstant això, una barrera important per als estudis de seguiment és la pèrdua de contacte durant el període d'intervenció. En alguns estudis clínics, s'ha constatat que un 50%, o més, dels pacients no es van presentar a la visita, o van retirar la seva participació del programa en la primera setmana de seguiment. Vaiva et al (Vaiva et al., 2006) van destacar els problemes de seguiment en el seu estudi d'Algos, i van assenyalar que els resultats poden veure's distorsionats per una pèrdua excessiva. Els resultats de l'avaluació del programa VigilanS

francès (Fossi Djembi et al., 2020) que incloïa: trucades telefòniques centrades en l'estat de salut mental del pacient i l'adherència al tractament post alta; lliurament d'una targeta de recurs donant un número de telèfon d'un professional de gestió de crisi; enviament de cartes remeses per algun dels professionals que havia conegut durant la seva estada a l'hospital; i enviament de postals i SMS per mantenir el contacte, van mostrar que la majoria de les pèrdues de seguiment es van produir durant el període d'1 a 12 mesos, no així des del mes 12 al 25, independentment del grup de subjectes. Certes variables són significatives entre els que van fer un primer intent de suïcidi, però no entre els repetidors, i inversament. Els autors van analitzar l'ocurrència de pèrdua de seguiment d'individus, prop del 70%, comparant característiques dels que completen el seguiment i dels que abandonen el mateix abans del 6è mes, que marcava el final del seguiment (Fossi et al., 2022). Més d'un terç dels que van abandonar, van fer re intents de suïcidi (46,6%) i el mètode més freqüent va ser per intoxicació voluntària de drogues i fàrmacs (83,2%). L'anàlisi estadística va identificar una relació significativa amb la pèrdua de seguiment entre els que havien realitzat temptatives de repetició, els consumidors d'alcohol, els pacients que havien arribat sols a urgències, i els pacients que no feien o no rebien cap trucada durant l'estada a l'hospital. L'augment de temps d'estada a l'hospital després d'una temptativa va ser un factor de protecció contra la pèrdua del seguiment.

Aconseguir una millora en la capacitat de predicció del risc de suïcidi proporcionarà, previsiblement, una major capacitat per prevenir aquest risc. La incorporació de tècniques de intel·ligència artificial ha obtingut resultats prometedors en aquesta línia. Es pot millorar la predicció del risc post hospitalització, afegint la informació de notes clíniques i registres públics de salut a un model estàndard d'aprenentatge automàtic (ML). Kessler (Kessler et al., 2023), parteix de la premissa que la gestió intensiva de casos post alta, encara que potencialment eficaç en la prevenció del suïcidi, és probable que sigui rendible, només, si està dirigida a pacients d'alt risc, i reporta en la seva investigació, que el rendiment d'un model ML per predir suïcidis, després de les altes psiquiàtriques del sistema de salut d'atenció a veterans de guerra, va millorar significativament, en incloure predictors extrets de notes clíniques, amb processament del llenguatge natural (PNL) i d'una base de dades de registres públics de. El model resultant va tenir un benefici net positiu per a l'indagar de decisions plausibles sobre horitzons de risc entre 3 i 12 mesos, es a dir, el model va millorar la presa de decisions, comparat sense utilitzar-lo, en diferents terminis de predicció (3 i 12 mesos), i dintre dels rangs de probabilitat de risc raonables per la presa de decisions clíniques. El benefici net sobre horitzons de risc entre 3 i 12 mesos era generalment més alt per al model que incloïa tant PNL com predictors socials de salut. La conclusió dels autors va ser que, tot i que es necessita precaució per inferir la causalitat basada en la importància del predictor, diversos predictors clau tenen implicacions potencials d'intervenció que s'han d'investigar en futurs estudis. Afegeixen que la troballa de benefici net positiu (NB) contradiu la crítica prèvia sobre que els models de predicció del suïcidi no són factibles donada la raresa dels suïcidis entre els pacients d'alt risc. Aquesta crítica se centra en la raresa del resultat, mentre que un enfocament com el NB és àmpliament coherent amb els

resultats en altres àrees de la medicina, en quan a que les intervencions per a resultats relativament rars, però greus, són factibles quan els beneficis de prevenir el resultat superen amb escreix els costos d'intervenció. Com a limitacions refereixen l'absència de consens sobre el nivell mínim de risc necessari, per justificar l'aplicació d'una intervenció de prevenció agressiva, el que va fer impossible seleccionar un únic llindar de decisió per a l'anàlisi del NB. D'altra banda reporten la limitació en quan a les particularitats de la mostra emprada (veterans de guerra, grup que gaudeix de l'accés comparativament alt a l'atenció d'alta qualitat).

Un aspecte relacionat amb l'èxit de les intervencions per prevenció de re intents de suïcidi ha estat el grau d'aliança terapèutica aconseguit pels professionals amb l'afectat. Gysin-Maillart (Gysin-Maillart et al., 2017) proposa una teràpia breu per a pacients que han realitzat un intent de suïcidi: un estudi controlat aleatori de seguiment durant 24 mesos del Programa d'Intervenció Curta sobre Intents de Suïcidi (ASSIP). La teràpia es basa en un model centrat en el pacient que presenta conducta suïcida, fent èmfasi en l'aliança terapèutica primerenca. Els participants d'ASSIP van rebre tres sessions de teràpia, seguides de contacte regular a través de cartes personalitzades durant 24 mesos. Es van incloure participants considerats d'alt risc, el 63% tenien diagnosticat un trastorn afectiu, i el 50% història d'intents de previs. L'estudi representa un entorn clínic del món real en una clínica ambulatoria d'un hospital universitari de psiquiatria. La mesura principal de resultat va ser la repetició d'intents durant el període de seguiment de 24 mesos. La taxa de participants que va repetir un intent, almenys una vegada, va ser del 8,3% vs el 26,7% dels controls. L'ASSIP es va associar amb un risc reduït d'aproximadament un 80%, i amb una disminució del 72% de dies a l'hospital al període estudiat. Les puntuacions més altes de l'aliança terapèutica amb pacients en el grup ASSIP, es van associar amb una taxa més baixa de repetició. Els intents previs de suïcidi, la depressió i un diagnòstic del trastorn de la personalitat a la línia de base no van afectar significativament el resultat. Els participants amb un diagnòstic de trastorn límit de la personalitat, van tenir més intents de suïcidi previ i un nombre més alt de re intents. En quan a les taxes d'abandonament, tot i que en ambdós grups van ser baixos, van augmentar durant el seguiment. Als 24 mesos, la diferència en la taxa d'abandonament va ser significativa: ASSIP, 7% (n=4); control, 22% (n=13). L'estudi presentava limitacions en quan al número de participants, i no disposa d'informació detallada sobre el tractament concomitant a la intervenció estudiada, però els autors conclouen que ASSIP compleix amb la necessitat d'una intervenció fàcil d'administrar, de baix cost.

En la seva metanàlisi de 2023, els autors (de la Torre-Luque et al., 2023) analitzen l'efecte dels programes d'intervenció amb un enfocament clar en la identificació de característiques clau, és a dir, l'avaluació d'efectes de la modalitat d'intervenció que poden estar relacionades amb la reducció del risc de repetició d'intents. El resultat suggereix que la inclusió a una intervenció per prevenir l'intent de suïcidi, va reduir el risc de repetició de l'intent, en comparació amb una condició TAU. Tot i que alguns estudis van trobar que l'efecte preventiu no pot durar més d'un any, els resultats posen el focus en el paper de la modalitat d'intervenció, en lloc de en la durada

del seguiment. En aquest sentit, els resultats donen una reducció significativa del risc de repetició entre les persones que es troben en un programa de psicoteràpia (O OR 0,38), però no per a les altres modalitats d'intervenció. No es va mostrar cap efecte significatiu respecte a la durada del seguiment. Això pot anar en línia amb un efecte protector a llarg termini del programa preventiu (és a dir, cal tenir en compte que alguns estudis van seguir als participants més de cinc anys després de l'intent d'índex). Finalment, l'anàlisi variable en el temps (meta-regressió) pot proporcionar una àmplia instantània del risc de repetició del suïcidi, però la precisió per predir el resultat (re intent de suïcidi) es pot veure compromesa, tenint en compte la discrepància entre la durada del seguiment dels estudis i el temps exacte de l'esdeveniment de l'intent.

En una editorial del Lancet (Erlangsen & Nordentoft, 2019) els autors feien esment de les directrius de l'Institut Nacional per a la Salut i l'Excel·lència Assistencial subratllant la urgència de la intervenció primerenca. Tanmateix, mencionen l'aparició d'una creixent gamma d'eines electròniques d'autoajuda en salut, incloent plans de seguretat i teràpia en línia. Tot i que reconeixen què, en el moment de la publicació, 2019, el cos de proves encara era petit, es valoren com a opcions viables per a una persona en crisi que busca ajuda a Internet. El seu atractiu es veu reforçat per ser intervencions de baix cost i no limitades geogràficament. Els autors emfatitzen la necessitat d'assegurar que els pacients que ho necessitin, rebin ajuda immediatament en el moment que presentin la necessitat i s'apliqui una continuació de l'atenció posteriorment.

La diferent terminologia emprada en els estudis sobre prevenció de suïcidi, dificulta la recerca. Un estudi que analitza el concepte de continuïtat de l'atenció (CoC) en la prevenció del suïcidi (Arnon et al., 2023) conclou que els elements clau de la CoC inclouen la coordinació entre diferents nivells assistencials, el paper dels professionals d'atenció primària i dels gestors de casos, el seguiment dels pacients després del tractament i l'existència de guies institucionals i nacionals. Tot i això, hi ha poca evidència científica i manquen assaigs clínics que permetin avaluar-ne l'eficàcia.

Tot i que diversos tractaments han demostrat ser útils per reduir la ideació suïcida i les conductes suïcides en assaigs clínics, els programes de tractament integrals basats en la recuperació per a persones d'alt risc són poc freqüents; o no se'n disposa d'avaluacions empíriques. En aquest context, el *Psychiatry High Risk Program* (PHRP), un programa integral de recuperació en règim ambulatori per a adolescents i joves adults amb alt risc de suïcidi, es va posar en marxa el 2017 en un centre mèdic acadèmic del centre de l'estat de Nova York. El programa facilita les transicions assistencials i ofereix un tractament complet i especialitzat. Emfatitza una curació transformadora mitjançant la psicoteràpia i té com a objectiu enfortir les capacitats personals i relacionals, tot construint una resiliència que condueixi a la recuperació. La psicoteràpia individual setmanal amb *dynamic deconstructive psychotherapy* (DDP) és un component central del programa. El tractament se centra en corregir dèficits en cognició social i processament emocional, així com en fomentar l'autoacceptació. El PHRP ofereix altres tractaments segons

sigui necessari, incloent-hi farmacoteràpia, teràpia familiar i teràpies de grup. A més, el PHRP facilita les transicions assistencials mentre els pacients encara són a l'hospital. Un estudi avalua l'eficàcia del programa (Thomas et al., 2022). Els pacients que van aconseguir fer la transició amb èxit al PHRP no van necessitar ser re hospitalitzats durant els 6 mesos dins del programa, i van tenir poques visites al servei d'urgències. En canvi, un grup històric comparat, amb característiques semblants i que rebia l'atenció habitual a la comunitat, mostrava taxes elevades de re hospitalitzacions psiquiàtriques. En total, el 34% (N=11) del cohort del PHRP va ser readmès dins dels 6 mesos, fet coherent amb un estudi previ que informava d'una taxa de readmissió del 42% en 12 mesos (10). Els participants del PHRP també van mostrar altres indicadors de reducció del risc de suïcidi durant el període d'estudi, incloent-hi disminucions estadísticament significatives en la gravetat de la depressió i la ideació suïcida. Malgrat les limitacions, els autors conclouen que l'estudi proporciona evidència preliminar que un model de prevenció del suïcidi basat en la recuperació pot ser factible, sostenible i efectiu per reduir el risc de suïcidi i les estades d'hospitalització.

Basant-se en les recomanacions del *National Action Alliance for Suicide Prevention* (Best Practices in Care Transitions for Individuals With Suicide Risk: Inpatient Care to Outpatient Care, 2019) en quan a la indicació de proporcionar una visita de seguiment, entre 24 i 72 hores després de l'alta d'una hospitalització o visita d'urgències, per causes relacionades amb conducta suïcida, i no més tard de 7–30 dies, es posa en marxa el programa CAMS. És un tractament centrat en el suïcidi que utilitza el Suicide Status Form (SSF) per avaluar, planificar i seguir el tractament. A cada sessió, el pacient valora factors com el dolor psicològic o la desesperança i, juntament amb el terapeuta, es crea un pla de tractament i estabilització. El CAMS identifica i tracta els factors que impulsen el suïcidi (com problemes emocionals, econòmics o relacionals) utilitzant qualsevol tècnica terapèutica útil, finalitzant amb un enfocament clar en generar esperança i construir una vida que valgui la pena viure. L'estudi avalua la eficàcia del CAMS (Comtois et al., 2023) comparant amb el TAU, oferint una cita l'endemà, després d'un ingrés per risc de suïcidi. Tot i que tots els participants van millorar al llarg de 12 mesos, no es van trobar diferències significatives entre CAMS i TAU quant a conductes suïcides o ideació suïcida. Els pacients TAU van mostrar una remissió més ràpida de la ideació suïcida als 3 mesos, probablement perquè tenien més ideació al començament. Els pacients CAMS van mostrar una reducció significativa de la gravetat de la ideació als 12 mesos. Els pacients no van trobar CAMS més satisfactori que TAU, però els terapeutes sí que van valorar CAMS com més acceptable i satisfactori.

La majoria d'estudis, tot i què amb resultats a voltes contradictoris, avalen l'eficàcia de les intervencions de prevenció, per prevenir conductes suïcides i impel·leixen cap a la àmplia implementació. A més, les intervencions multinivell haurien de ser un focus de futures investigacions, ja que mostren un major efecte. Els suïcidis completats continuen sent un comportament de baixa incidència, el que pot donar lloc a estimacions menys precises de l'efecte, comparat amb els intents de suïcidi. Una publicació de 2020 (Hofstra et al., 2020) postula que ja no és vàlid assumir que les intervencions tenen el mateix efecte sobre suïcidis completats

i intents, ni en diferents entorns. L'efectivitat de les intervencions per reduir els suïcidis s'ha demostrat en certs entorns, però encara no en tots. Tot i l'evidència creixent sobre l'efectivitat de diverses estratègies, encara no hi ha una estimació comparativa del seu efecte, ni està clar quina estratègia és la més efectiva ni si l'entorn on s'aplica influeix en el resultat. Els autors argumenten que una acció efectiva per reduir el suïcidi necessitaria intervencions combinades de diferents professionals, i en múltiples àmbits (intervencions multinivell), que podrien tenir un efecte sinèrgic, és a dir, que la combinació sigui més potent que la suma dels efectes individuals. Els resultats de l'estudi mostren que les intervencions per a prevenir el suïcidi són efectives, tant per prevenir suïcidis, com intents. La mida de l'efecte és major per als suïcidis complets. Pot semblar contra intuïtiu que intervencions efectives contra suïcidis, no sempre prevenen intents, ja que els intents són el major factor de risc per a suïcidis consumats. Una possible explicació és que el perfil dels pacients que intenten suïcidar-se pot ser diferent, pel que fa a trastorns de personalitat o mètode de suïcidi. Per tant, una intervenció efectiva per a un tipus no és automàticament igual d'efectiva per a l'altre. Això coincideix amb dades que mostren que les persones que moren per suïcidi, comparades amb les que ho intenten, són més sovint homes d'edat mitjana o gran i utilitzen mètodes més letals, mentre que les persones que intenten suïcidar-se són més sovint dones joves i utilitzen mètodes menys letals. Cal més investigació per determinar si hi ha diferències en la presència de trastorns psiquiàtrics entre aquests grups.

En una revisió sistemàtica i meta-anàlisi de 14 estudis (Doupnik et al., 2020), els resultats van associar les intervencions breus de prevenció del suïcidi en atenció aguda, amb una reducció dels intents de suïcidi posteriors i un augment de vinculació al seguiment posterior. La majoria d'aquestes intervencions incloïen múltiples components, sent els més comuns: coordinació de l'atenció, planificació de seguretat, contactes de seguiment breus i intervencions terapèutiques breus. Les estimacions combinades van mostrar que aquestes intervencions es van associar amb reducció dels intents de suïcidi posteriors (OR combinada 0,69; IC 95 %, 0,53–0,89) i millor vinculació al seguiment (OR combinada 3,04; IC 95 %, 1,79–5,17). No obstant, no van mostrar reducció significativa dels símptomes de depressió (Hedges $g = 0,28$; IC 95 %, $-0,02$ a $0,59$).

Les millors pràctiques en prevenció del suïcidi recomanen que les persones identificades amb risc rebin un tractament específic per reduir-lo, i serveis que assegurin la seva continuïtat en l'atenció de salut mental. Per aconseguir-ho, els equips clínics necessiten intervencions basades en l'evidència que abordin directament el risc de suïcidi i facilitin la transició cap a una atenció continuada <http://zerosuicide.sprc.org/toolkit/transition>. Les *intervencions breus* s'utilitzen en l'atenció aguda per detectar i gestionar inicialment problemes de salut mental. Són avantatjoses perquè poden aplicar-se en una sola trobada limitada en el temps i posen l'èmfasi en la continuïtat del tractament. Algunes s'amplien amb coordinació assistencial o seguiment un cop el pacient abandona l'atenció aguda. Aquest tipus d'intervencions, centrades en la reducció immediata del risc i en la transició cap a l'atenció continuada, són especialment adequades per a entorns que no disposen de serveis de salut mental a llarg termini. La *coordinació assistencial* es va definir com la comunicació bidireccional entre l'equip que deriva el pacient i

l'equip que en farà el seguiment. Dels 14 estudis inclosos, 3 (21,4%) van incorporar aquesta coordinació, com ara programar visites de salut mental o la intervenció d'un equip de crisi. Les *intervencions terapèutiques breus* es van definir com aquelles dirigides a prevenir futurs comportaments suïcides o a fomentar la continuïtat del tractament, administrades en una única trobada presencial o en breus trucades telefòniques. Tots els estudis, excepte un, van incloure aquest tipus d'intervenció, i la més habitual va ser la *Safety Planning Intervention*. Les troballes indiquen que les intervencions breus poden reduir el risc de futurs intents de suïcidi i augmentar la continuïtat en l'atenció de salut mental. Un repte futur important és identificar estratègies eficaces per implementar aquestes intervencions en l'atenció aguda. Hi ha nombroses barreres: la necessitat de sistemes robusts per detectar el risc de suïcidi, la variabilitat en l'èxit del cribratge, i la manca de professionals especialitzats. Els treballadors socials solen tenir el perfil adequat, però sovint són escassos, de manera que altres professionals (infermeres, metges, gestors de casos) poden assumir parts de la intervenció. Les solucions de telemedicina poden millorar l'accés a especialistes i oferir seguiment i coordinació assistencial. Finalment, no va ser possible determinar si aquestes intervencions redueixen les morts per suïcidi perquè la majoria d'estudis no incloïen aquest resultat, però sí que es van poder analitzar tres resultats rellevants, i per dos d'ells no es va detectar biaix de publicació.

Un informe de la seu europea de l'OMS el 2012 (Scott, Ann & Guo, 2012) tenia l'objectiu de sintetitzar les conclusions de recerques procedents de revisions sistemàtiques existents per respondre dues preguntes. Quins tipus d'intervencions preventives s'han avaluat en la literatura publicada? Quines estratègies disposen d'evidència de bona qualitat que les avalï? Els resultats van indicar que algunes intervencions podien ser prometedores. Com a conclusió el document refereix que les revisions sistemàtiques de bona qualitat sobre l'evidència relativa a l'efectivitat de les intervencions de prevenció del suïcidi, són limitades. A més, una revisió sistemàtica de bona qualitat no implica que els estudis inclosos siguin metodològicament robustos. L'evidència procedent de les set revisions sistemàtiques identificades, que eren de qualitat mitjana a bona, es pot resumir de la manera següent:

- L'evidència sobre l'efectivitat dels centres comunitaris de prevenció del suïcidi i dels programes nacionals de prevenció del suïcidi per reduir les taxes de suïcidi i ideació suïcida era escassa i poc conclouent. La restricció de l'accés a mitjans letals mitjançant lleis de control d'armes de foc podia reduir les taxes de suïcidis per causes específiques, però l'efecte sobre la taxa total de suïcidi era incert a causa del possible efecte de desviament cap a altres mètodes de suïcidi. Restringir l'accés a agents farmacològics semblava reduir les taxes de suïcidi en la població general, però la magnitud d'aquest efecte era difícil d'estimar, ja que les dades podien estar afectades per una tendència descendent coincident del suïcidi al llarg del temps.
- L'evidència suggeria que alguns tipus de tractaments psicosocials i farmacològics, incloent-hi la teràpia de resolució de problemes, la provisió d'una targeta de contacte d'emergència, l'administració de flupentixol i la teràpia cognitiva conductual, eren

prometedors per reduir les taxes de repetició d'autolesions en pacients amb antecedents d'autolesions deliberades o intents de suïcidi.

- L'administració de liti reduïa el risc de mort i de suïcidi aproximadament un 60%, i el risc combinat de suïcidi i autolesió deliberada aproximadament un 70% en pacients amb trastorns de l'estat d'ànim.
- Programes de prevenció del suïcidi basats en l'escola que se centren en el canvi de comportament i les estratègies d'afrontament en la població escolar general, així com en la formació d'habilitats i el suport social per a estudiants de risc, van tenir efectes beneficiosos en resultats intermedis, com ara les tendències suïcides i els factors de risc de suïcidi; tanmateix, es desconeixia l'efecte d'aquestes intervencions en les taxes de suïcidi.
- Hi havia evidència limitada que els programes multifacètics de prevenció del suïcidi, basats en la identificació de factors de risc i en canvis educatius i organitzatius, reduïssin les taxes de suïcidi i d'intents de suïcidi entre el personal militar.

Tot i que l'efectivitat de diverses intervencions de prevenció del suïcidi ha estat examinada en investigacions primàries, no tots aquests estudis han estat recopilats en revisions sistemàtiques. A més, moltes de les intervencions actualment en ús encara no han estat avaluades en estudis primaris. Cal ser cautelós a l'hora de considerar els resultats de qualsevol tipus de recerca, especialment perquè la generalització de les troballes a altres poblacions i contextos socials pot no ser adequada. Els reptes futurs en la planificació de programes i la investigació en l'àmbit de la prevenció del suïcidi inclouen estandarditzar les definicions de la terminologia relacionada amb el suïcidi, estandarditzar els protocols d'avaluació per identificar poblacions de risc, i utilitzar mesures de resultat amb validesa i fiabilitat comprovades.

Inagaki i cols., en el metaanàlisi sobre les intervencions per prevenir la repetició d'intents de suïcidi, plantegen que el contacte actiu i les intervencions sobre el tipus de seguiment, podrien reforçar la connexió terapèutica entre pacients i professionals, reduint el risc d'un intent de suïcidi repetit en un termini de 6 mesos. De fet, un dels principals problemes en la prevenció dels intents de suïcidi és la manca de continuïtat de l'atenció després d'un intent de suïcidi.(Inagaki et al., 2019). Els autors remarquen, dels estudis inclosos al metaanàlisi, un estudi observacional britànic que va proporcionar un seguiment de intervenció 7 dies després de l'alta hospitalària, i es va associar amb una disminució significativa dels intents de suïcidi durant el període de 3 mesos després de l'alta.

En línia amb els resultats publicats, un estudi danès de casos-control realitzat entre 1981 i 1997, el risc de re intent de suïcidi va ser major durant la primera setmana després de l'alta hospitalària. Malgrat l'esperable, el risc va disminuir en les setmanes i mesos següents (Qin & Nordentoft, 2005). Com a conseqüència, els responsables polítics haurien de prioritzar la promoció de la continuïtat de l'atenció de salut mental per a aquells pacients amb alt risc de suïcidi durant el període immediatament posterior a l'alta hospitalària.

L'aparició de l'ús de noves tecnologies en el tractament i prevenció de patologies arriba també a la salut mental, incloent la prevenció del suïcidi. Un article de 2018 ofereix una anàlisi sobre l'ús de les tecnologies emergents per a la prevenció del suïcidi en vuit països europeus diferents (Muñoz-Sánchez et al., 2018), a partir de l'opinió de diferents professionals implicats en aquest àmbit. Uns dels objectius de l'anàlisi feia referència als factors facilitadors per a l'ús de tecnologies emergents en la prevenció del suïcidi. Els països del nord d'Europa, excepte Bèlgica, donen una major rellevància als factors que optimitzen la implementació i els beneficis. En canvi, els països del sud d'Europa atorguen més importància als factors orientats al professional i centrats en l'usuari. Els professionals de la salut mental, els responsables polítics i els qui prenen decisions polítiques concedeixen més importància als factors orientats al professional i centrats en l'usuari. Altre dels objectius estava relacionat amb les barreres a la usabilitat de les tecnologies emergents en la prevenció del suïcidi. Tant els països com els grups d'interès, atribueixen una major importància a les barreres associades a la manca de recursos que no pas a les centrades en limitacions personals. No s'han observat diferències entre països ni entre grups d'interès. Tanmateix, hi ha una certa interacció entre grups d'interès i països que indica que les opinions sobre les limitacions de recursos expressades pels diferents grups d'interès no segueixen un patró uniforme, sinó que varien segons el país.

Hawton publica una revisió de l'eficàcia dels abordatges psicosocials i farmacològics per a prevenir la repetició del suïcidi (Hawton et al., 2016) a partir d'una revisió sistemàtica Cochrane i una metanàlisi sobre l'efectivitat de les intervencions psicosocials per a l'autolesió en adults, amb dades d'assaigs clínics aleatoritzats comparant-les amb el tractament habitual, després d'un episodi recent (dins dels següents 6 mesos a l'autolesió). La majoria de les intervencions es van avaluar en assaigs únics. La psicoteràpia basada en la cognitiva conductual (CBT; incloent teràpia cognitiva conductual i teràpia de resolució de problemes) es va associar amb un menor nombre de participants que repetien l'autolesió als 6 i als 12 mesos de seguiment. També es van observar millores significatives en resultats secundaris com la depressió, la desesperança, la ideació suïcida i la resolució de problemes. Els pacients que van rebre teràpia dialèctica conductual (en tres assaigs) no van disminuir la probabilitat de repetir l'autolesió en comparació amb el tractament habitual als 6 mesos o als 12 mesos. No obstant això, el resultat secundari de la freqüència d'autolesió es va associar amb una reducció significativa amb l'ús de la teràpia dialèctica conductual. Quatre assaigs tant de gestió de casos, com d'enviament regular de targetes postals, no van reduir la repetició de l'autolesió.

Els programes d'educació i sensibilització han mostrat la seva rellevància en l'assistència primària. En aquest àmbit, fins a un 25% de malalts atesos presenten simptomatologia psiquiàtrica, i s'ha mostrat que el 60% dels suïcides van ser visitats durant el mes anterior a la seva mort sense que es detectés el risc. A més, fins a un 30% dels suïcides majors de 65 anys no estan vinculats als Centres de Salut Mental, sent assistits únicament pels metges de família. L'adequat coneixement d'aquests professionals sobre els trastorns depressius i els factors de

risc suïcida, especialment la detecció d'idees suïcides, són decisius per a la prevenció. La educació mèdica permet identificar plans presuïcides reals, disminueix la censura social i facilita comunicar les idees autodestructives. Els trastorns mentals, i els antecedents suïcides, com s'ha citat reiteradament, són els factors de risc de major rellevància, per la qual cosa alguns programes han analitzat diferents símptomes i temps evolutius amb major risc. Els programes d'intervenció i seguiment de les temptatives suïcides, han demostrat que entre els 12 i els 24 mesos posteriors s'agreuja el risc tant de repetició, com de consumació (Crawford et al., 2007; Hegerl et al., 2006; Szanto et al., 2007).

Cap article va proporcionar proves que vinculessin definitivament els registres de suïcidi o altres sistemes de seguiment del suïcidi amb la prevenció del suïcidi o la reducció de les taxes de suïcidi. No obstant això, es van identificar una varietat de beneficis del seguiment del suïcidi per a intervencions preventives i de salut pública. El nombre de nacions amb sistemes de vigilància per a la prevenció del suïcidi és baix. A més, hi ha una falta de coherència en la recollida sistemàtica, l'anàlisi i la interpretació de la informació relacionada amb el suïcidi en tots els països examinats. Es necessiten esforços per establir sistemes de vigilància del suïcidi d'alta qualitat als quals es pugui accedir de manera oportuna i fàcil per informar estratègies personalitzades per a la prevenció del suïcidi (Nevarez Flores et al., 2024).

A causa de les diferències, entre països i dins d'un mateix país, en el registre de les presentacions per autolesions als hospitals, és difícil estimar amb precisió les taxes d'autolesió. Un estudi va estimar que les dades recopilades de manera rutinària a Anglaterra infravaloraven les taxes globals d'autolesions tractades a l'hospital aproximadament en un 60% (Zortea et al., 2020). Les troballes de l'Adult Psychiatric Morbidity Survey (2014) a Anglaterra van indicar que només una quarta part (24,4%) de les persones que s'havien auto lesionat van informar d'haver anat a l'hospital en el seu episodi més recent. L'autolesió pot repetir-se en els mesos posteriors a l'episodi inicial, i diversos estudis estimen que aproximadament un 16% de pacients tornaran a realitzar una autolesió no fatal en els 12 mesos següents, mentre que entre un 2-7% de les persones moren per suïcidi en els 1-9 anys següents. El risc és encara més alt per a les persones que acudeixen a un servei d'urgències després d'un intent de suïcidi. Aquest grup té un increment del risc del 16,3% de realitzar un altre intent i un 3,9% de morir per suïcidi en un termini de 5 anys. Rebre tractament hospitalari per qualsevol autolesió està fortament associat amb un futur suïcidi, i les persones que es presenten a l'hospital amb autolesions tenen 30 vegades més probabilitats de morir per suïcidi que la població general. Dades recents del Regne Unit, per exemple, indiquen que el 88% de les pacients dones menors de 25 anys que van morir per suïcidi tenien antecedents d'autolesió. Finalment, el contacte de seguiment és imprescindible en el tractament del risc de suïcidi. L'evidència suggereix que realitzar una sèrie d'intervencions actives de contacte i seguiment s'associa amb una menor probabilitat de comportament suïcida i de futures visites hospitalàries per autolesions, especialment durant els primers sis mesos després de l'alta del servei d'urgències després d'un intent de suïcidi. La recerca indica que la implementació d'un pla de seguretat amb almenys dues trucades telefòniques de seguiment s'associa amb una reducció dels intents de suïcidi i una millor implicació en el tractament per part

dels pacients que havien intentat suïcidar-se. En un estudi a gran escala, els investigadors van descriure el seguiment com a trucades telefòniques per monitorar el risc de suïcidi, revisar, modificar i comentar les experiències del pacient amb la implementació del pla de seguretat. Durant aquest contacte de seguiment, els clínics han de ser sensibles als èxits del pacient, però també a les seves dificultats relacionades amb la resposta a la crisi i el pla de seguretat. Recentment, s'ha dut a terme al Regne Unit un estudi de viabilitat sobre la implementació d'una intervenció similar basada en la planificació de la seguretat i el suport telefònic. L'evidència suggereix que l'avaluació tradicional del risc basada exclusivament en qüestionaris estandarditzats de factors de risc té una utilitat clínica limitada. En canvi, comprendre els factors psicosocials associats a l'augment i la reducció del risc de suïcidi pot ser útil per planificar un tractament efectiu. La recerca mostra que les intervencions psicosocials que inclouen una avaluació clínica, una resposta a la crisi i plans de seguretat personalitzats, així com contacte de seguiment, poden reduir significativament el risc de suïcidi i la probabilitat de futur comportament suïcida.

A un hospital de Califòrnia es va avaluar les causes de mortalitat entre les persones ateses al servei d'urgències durant 3 anys (Goldman-Mellor et al., 2019). Les taxes de morts per suïcidi per cada 100 000 persones-any durant l'any posterior a la presentació inicial a urgències, van ser de 693,4 morts entre 83 507 persones que es presentaven amb autolesions deliberades (SMR, 56,8; IC del 95%, 52,1-61,4), 384,5 morts entre 67 379 persones que es presentaven amb ideació suïcida però sense autolesions (SMR, 31,4; IC del 95%, 27,5-35,2) i 23,4 morts entre 497 760 pacients de referència (SMR, 1,9; IC del 95%, 1,6-2,3). En comparació amb la població general demogràficament equivalent, les taxes de mortalitat per causes externes no relacionades amb el suïcidi també van augmentar entre els pacients amb autolesions (SMR, 14,2; IC del 95%, 12,9-15,5), pacients amb ideació suïcida (SMR, 11,8; IC del 95%, 10,6-13,0) i pacients de referència (SMR, 2,2; IC del 95%, 2,0-2,3). Aquestes dades suggereixen que els pacients que acudeixen a urgències amb autolesions deliberades o ideació suïcida presenten un risc substancialment més alt de suïcidi i d'altres causes de mortalitat durant l'any posterior a la visita a urgències. El procés de planificació de l'alta del servei d'urgències pot oferir oportunitats per garantir transicions segures cap a l'atenció continuada de salut mental en règim ambulatori i per considerar un risc més ampli de lesions no intencionades i altres causes de mortalitat prematura. Una revisió exhaustiva recent de l'evidència va mostrar que els mecanismes associats amb la mort prematura i el comportament suïcida entre les persones amb malaltia mental tenen moltes similituds, incloent els factors de comportament (com poden ser l'ús de tabac, hàbits dietètics inadequats i tendència al sedentarisme) i accés reduït a una atenció adequada (Mortier, Conde, et al., 2024). Les solucions proposades inclouen polítiques per cessar el consum de tabac i millorar la nutrició, així com una millor integració de l'atenció a la salut mental i física. Enfocaments de medicina de precisió, a través de l'ús d'algoritmes de predicció basats en l'aprenentatge automàtic, han mostrat potencial per delinear millor els pacients amb major risc, amb la perspectiva d'una millor assignació efectiva.

Una revisió sistemàtica (Owens et al., 2002) amb l'objectiu d'avaluar repeticions auto lesives amb resultat de mort i resultat no fatal, va trobar proporcions mitjanes de repetició al cap d'1 any de 16% no fatal i 2% fatal; després de més de 9 anys, aproximadament un 7% dels pacients havien mort per suïcidi. Els estudis del Regne Unit van trobar taxes especialment baixes de suïcidi posterior. Les conclusions van se que, al cap d'1 any, les taxes de repetició no fatal són d'aproximadament el 15%. La forta connexió entre l'autolesió i el suïcidi posterior se situa entre el 0,5% i el 2% després d'1 any i per sobre del 5% després de 9 anys. El risc de suïcidi entre les persones que s'autolesionen és centenars de vegades més alt que en la població general. En base a aquests resultats, els autors postulen que les estratègies nacionals de prevenció del suïcidi haurien de basar-se en una recerca actualitzada sobre les lesions deliberades de resultat no fatal. Els estudis de seguiment d'alta qualitat d'autolesions ajudaran a mantenir aquestes estratègies, rellevants per a les necessitats clíniques. La proposta dels autors és d'estudis amplis, amb un seguiment de més de 1000 pacients que s'autolesionen, i basant-se en tots els pacients que assisteixen a l'hospital, independentment de si han estat ingressats per altres motius.

Una revisió sistemàtica i metanàlisi va estudiar les taxes combinades de repetició no fatal, després d'una conducta auto lesiva(Liu et al., 2020), els resultats van ser del 15,01%, 17,03%, 20,82% i 24,20% durant els seguiments de mig any, 1 any, 2 anys i 3 anys, respectivament. Les taxes corresponents de repetició fatal van ser del 0,77%, 1,34%, 1,49% i 2,46%, respectivament. Centrant-nos en el seguiment d'1 any, la taxa combinada de repetició fatal, però no la no fatal, va ser significativament més alta en homes que en dones. La taxa de repetició no fatal d'autolesions deliberades (DSH) va ser més alta en adults de mitjana edat, mentre que la taxa de repetició fatal va ser més alta entre la gent gran. Geogràficament, Europa presentava una taxa més elevada de repetició no fatal, mentre que l'Àsia tenia una taxa més alta de repetició que conduïa a la mort. Tant les repeticions no fatals com les fatals són freqüents entre les persones amb autolesions deliberades, però les taxes difereixen considerablement segons el gènere, l'edat i la ubicació geogràfica. Aquestes dades poden orientar la prestació d'atenció de seguiment i els esforços de prevenció del suïcidi per a aquesta població d'alt risc.

El model Zero Suïcidi (*Zero Suicide Model*) és un enfocament integral de prevenció del suïcidi dins dels sistemes de salut, dissenyat per reduir al màxim —idealment fins a zero— les morts per suïcidi entre les persones que reben atenció sanitària. No es tracta d'un programa únic, sinó d'un marc organitzatiu i clínic basat en evidència, que promou la millora contínua de la qualitat i un canvi cultural dins dels serveis. Es basa en set components essencials, sovint agrupats en dues dimensions: organització i pràctica clínica. El *Assess, Intervene and Monitor for Suicide Prevention Model (AIM-SP)* es proposa com un marc per implementar el model Zero Suicide (**ZS**) (Brodsky et al., 2018) en l'atenció clínica. “Avaluar” es refereix a l'ús de la detecció sistemàtica i l'avaluació integral del risc per identificar pacients de risc. “Intervenir” consisteix a dur a terme intervencions breus i psicosocials específiques del suïcidi. “Monitor” proporciona estratègies per a un seguiment continu i un major contacte durant els períodes d'alt risc coneguts. AIM-SP proporciona directrius per a la formació clínica i les millors pràctiques en prevenció del suïcidi

que es poden aplicar en una àmplia gamma d'entorns assistencials. El pla de seguretat d'intervenció (SPI) és una intervenció breu de bones pràctiques que incorpora estratègies de reducció de riscos de suïcidi basades en l'evidència, com la reducció de mitjans letals, la resolució breu de problemes i les habilitats d'afrontament, l'augment del suport social i la identificació de contactes d'emergència per utilitzar durant una crisi de suïcidi. En la realització d'un SPI, clínic i client col·laboren per desenvolupar un pla de sis passos per mantenir-se segur. Aquests inclouen: identificació de signes d'advertència, habilitats individuals d'afrontament, persones i llocs de distracció, persones a contactar per demanar ajuda, professionals a contactar per a ajuda, i passos per a la seguretat dels mitjans. La pràctica de contactar amb les persones i donar suport després de l'alta del servei d'urgències, o després de ser identificat com a en risc de suïcidi, redueix els comportaments suïcides i les morts. La breu intervenció i contacte (BIC), una sessió d'informació d'1 hora i proporcionar un contacte de seguiment després de la visita a urgències, es va associar amb un nombre reduït de morts per suïcidi en els 18 mesos següents a la inclusió, en un assaig aleatoritzat de cinc països. Les xarxes multidisciplinàries d'atenció continuada, per a persones que havien realitzat un intent de suïcidi, després de l'hospitalització a Noruega, han donat lloc a taxes més baixes d'intents de repetició. El contacte actiu i el seguiment es van trobar eficaços en la prevenció d'intents de repetició, més d'un any després de l'admissió al servei d'urgències per aquest motiu. El seguiment presencial i telefònic va reduir els pensaments suïcides i va augmentar l'esperança en aquells amb els intents de suïcidi. En una revisió d'11 estudis empírics d'intervencions de seguiment (és a dir, telèfon, carta postal, postals, visites presencials, correu electrònic i text), cinc van demostrar una disminució significativa del comportament suïcida. Una intervenció combinada de planificació de la seguretat i seguiment estructurat (SPI-SFU), es va considerar acceptable i útil per prevenir el comportament suïcida futur i promoure el compromís amb el tractament. El Programa implica nombrosos elements, incloent la planificació de seguretat i les cartes semi estandarditzades durant un lapse de 2 anys. Els resultats d'un assaig de control aleatori suggereixen que ASSIP va reduir efectivament el risc de re intents de suïcidi en un 80%, i va conduir a una reducció significativa del temps dedicat als hospitals en el seguiment.

A més de les intervencions citades, altres autors (McGill et al., 2019) busquen identificar la informació, que aquells que han fet una temptativa de suïcidi, i el seu entorn, creien que els hagués ajudat rebre informació després de l'intent. Els participants va valorar com d'ajuda missatges adreçats a modificar l'estigma, i l'actitud negativa de la comunitat cap el suïcidi. Referien necessitat d'informació pràctica i informació que els donés esperança. Les històries personals de recuperació constituïen una via important per proporcionar aquesta informació.

4.6 Prevenció. Situació actual al nostre entorn

A Espanya, al 2012 (Ayuso-Mateos et al., 2012a) es va publicar un manual de recomanacions de prevenció i maneig de la conducta suïcida, elaborat per experts. Les dades de la revisió prèvia en que es basaven les recomanacions parlaven de una prevalença, al llarg de la vida, de ideació suïcida del 7,8% i del 1,8% per als intents de suïcidi. Al mateix any 2012, el Ministerio de Sanidad publica la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (revisada en 2020) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012b). Aquesta s'emmarca en el *Proyecto Guía-Salud del Consejo Interterritorial del SNS*, aprovat l'any 2003, on es recull la necessitat de mesures i desenvolupament d'estratègies orientades a la prevenció del suïcidi i la disminució de taxes de suïcidi en grups de risc. L'objectiu de la guia és reduir la variabilitat de la pràctica clínica al territori nacional en el maneig de la conducta suïcida, facilitant la presa de decisions dels professionals. El document revisa, de manera exhaustiva, les evidències científiques existents, i fa recomanacions adreçades a millorar l'atenció sanitària sobre aspectes d'avaluació, tractament i prevenció, entre d'altres. La guia recomana la implementació de programes clínics de prevenció de la conducta suïcida, basats en programes de formació a professionals i d'altres sectors implicats, i la posada en marxa de dispositius que garanteixin una assistència immediata i un seguiment adequat en poblacions de risc. Tanmateix, la guia planteja necessitats i recomanacions de recerca en suïcidi.

La estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut, dins de la seva Línia Estratègica 1 (promoció de la salut mental de la població, prevenció de la malaltia mental i erradicació de l'estigma cap a les persones amb trastorn mental), inclou com un dels seus objectius generals la prevenció del suïcidi a través de la realització i avaluació d'accions específiques per a disminuir les taxes de depressió i suïcidi. No obstant això, malgrat que el suïcidi s'ha convertit en un dels focus prioritaris de la política sanitària de la Unió Europea i del Sistema Nacional de Salut, a Espanya existeix una molt escassa implementació de programes de tipus preventiu, trobant-nos, en el moment actual, molt per sota del nivell d'altres països europeus amb nivells similars de desenvolupament. Fins fa una dècada, només s'havien dut a terme algunes iniciatives locals. Aquest és el cas de Catalunya, com a integrant del projecte europeu de la European Alliance Against Depression (EAAD) (Hegerl et al., 2008), Galícia, on estava en marxa un programa assistencial i preventiu, dirigit a la detecció precoç del risc de suïcidi en atenció primària, o Astúries, on des de l'any 2007 es desenvolupà el projecte europeu Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE), centrat en el monitoratge exhaustiu de totes les temptatives suïcides que acudeixen als Serveis d'Urgència Hospitalaris. Des del 2009 s'ha posat en marxa el projecte Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), primer programa europeu dirigit específicament a la prevenció de comportaments suïcides en població adolescent.

L'informe SESPAS 2020 (Gabilondo, 2020) subratlla que la prevenció del suïcidi és una prioritat dins la salut pública a Espanya. La revisió del model de l'OMS aplicada al context espanyol posa de relleu la necessitat d'una intervenció coordinada i multidisciplinària, que integri serveis de salut

mental, atenció primària, urgències i comunitat. Es destaquen mesures clau, com la detecció precoç del risc, la planificació de la seguretat per a pacients amb ideació o intent suïcida, la gestió de crisis, el seguiment post-alta, i la formació dels professionals. També es ressalta la importància de programes proactius a nivell autonòmic, com el Codi Risc Suïcidi a Catalunya o l'ARSUIC a Madrid, que garanteixen un seguiment ràpid després d'un intent de suïcidi i redueixen la probabilitat de re intent en els mesos següents. L'informe assenyala que molts casos de risc suïcida poden passar desapercebuts, ja que els pacients sovint no estan en tractament psiquiàtric; per això, la detecció activa en altres àmbits sanitaris, com urgències i atenció primària, és fonamental. Finalment, l'informe destaca la necessitat d'enfocar la prevenció del suïcidi no només com un objectiu clínic, sinó també com una política pública integral que combini intervenció sanitària, comunitària i normativa.

En un dels primers estudis a Catalunya adreçats a avaluar eficàcia de les intervencions, es va avaluar el Programa de Prevenció de Conducta Suïcida (PPCS) que es va dur a terme a l'àrea "Dreta de l'Eixample" (Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, 2011). El programa tenia com a objectiu comprovar si la detecció precoç de la ideació suïcida disminuïa la proporció d'actes suïcides, i si també repercutia sobre la repetició de la conducta suïcida. Al cap de 12 mesos de seguiment el 32% del grup control va repetir la temptativa suïcida, percentatge que va ser únicament de l'11% entre els pacients que van seguir en el PPCS. Aquests últims també van realitzar una mitjana inferior de repeticions (1,5 vs. 2,9). El nombre d'ingressos durant el seguiment va ser la meitat en el grup PPCS, que en el grup control. La importància d'aquest treball està en la significativa reducció de la recidiva de la conducta suïcida i de les hospitalitzacions, així com l'evidència de la necessitat d'una detecció correcta i precoç de les idees suïcides. També és interessant assenyalar la novetat, l'any 2011, de la experiència en l'entorn, per ser un programa preventiu i comunitari dirigit a la població general, basat en l'educació sanitària de les conductes autodestructives i la coordinació dels dispositius assistencials sanitaris i socials, per a una assistència immediata, intensiva, i que garantia el seguiment i l'adherència als dispositius de salut mental. Entre els pacients atesos per conducta suïcida pertanyents al sector de referència de l'estudi, va haver-hi un percentatge molt major d'idees auto lítiques que en el grup control, degut possiblement al fet que la fase del programa dirigida a la psicoeducació va determinar la detecció d'aquestes idees en una fase més primerenca, ja sigui per la intervenció d'assistència primària o per la iniciativa dels pacients o la seva família. Els resultats són indicatius que la informació raonada sobre el risc suïcida facilita la petició de ajuda. Un marcador de l'eficàcia del programa es reflecteix en què els pacients que van realitzar el PPCS van repetir menys temptatives de suïcidi que els del grup control a l'any de seguiment. En aquest període d'un any, descrit com de major risc de repetició (Gunnell & Frankel, 1994), la intervenció pluridisciplinària (psiquiàtrica, psicològica individual o grupal, treball social) s'ha mostrat altament eficaç per a la disminució de la recidiva. Així mateix, disposar de circuits ambulatoris d'atenció immediata i amb una gestió individualitzada dels casos, fa que disminueixi la necessitat d'ingressos hospitalaris.

L'any 2013, mitjançant un estudi multicèntric (Cebrià et al., 2013a), s'avaluà l'efecte d'una intervenció consistent en un programa de seguiment telefònic sistemàtic durant un any (després d'una setmana, a partir de la primera setmana al mes, i 3, 6, 9 i 12 mesos), per avaluar el risc de suïcidi i augmentar l'adherència al tractament, en pacients donats d'alta del servei d'urgències, per un intent de suïcidi (Hospital de Sabadell). La població del grup de control (Hospital de Terrassa), va rebre el tractament habitual després de l'alta, sense gestió telefònica addicional. Es va mesurar el temps transcorregut entre l'intent de suïcidi inicial i posterior, quan es produïa, i canvis en la taxa anual de pacients que van tornar a intentar el suïcidi l'any de la intervenció i l'anterior. Els resultats objectivaren un retard dels re intents de suïcidi, i una reducció en la taxa de pacients que van tornar a intentar suïcidar-se en el grup d'intervenció, en comparació amb l'any base i en comparació amb la població de control durant el mateix període (6%, vs. 14%). Tant el retard com la disminució de la taxa de re intents, incidirien en el que es coneix com el factor de risc més alt per a la finalització del suïcidi. Els autors va valorar com a limitacions, la dificultat per contactar amb tots els pacients dins dels terminis establerts. En un estudi posterior, els autors van avaluar l'efecte de la intervenció a llarg termini, assenyalant el no manteniment de l'efecte de la prevenció de re intents observat en el primer any, al cap de 5 anys (Cebria et al., 2015).

L'any 2014 s'elabora un protocol d'intervenció a persones amb conducta suïcida, basant-se en el maneig de casos, PSyMAC (programa psicoeducatiu i gestió de casos) (Fernández-Artamendi et al., 2019; Sáiz et al., 2014), el programa proposa intervencions de baix cost i fàcilment adaptables a l'entorn clínic habitual que poden ajudar a suplir la manca de protocols específics d'actuació i de programes preventius de comportament suïcida existent al nostre país. L'estudi va incloure avaluacions a l'inici i seguiments cada sis mesos fins als 30 mesos. Els resultats, publicats el 2019, no van mostrar diferències significatives entre grups en el nombre de re intents. La regressió logística va mostrar un efecte positiu per al MAC (gestió de casos).

Basant-se en el programa de la Dreta de l'Eixample (PPCS), el grup investigador realitzà un estudi quasi experimental amb un grup de control aparellat, no tractat, amb l'objectiu de determinar el risc de re intents en els participants en el programa de prevenció. La intervenció incloïa assistència precoç especialitzada, durant un període de 3-6 mesos, a pacients amb conducta suïcida (Farré et al., 2016). Als 12 mesos, els participants van mostrar un risc relatiu de re intent del 67% menor, respecte al grup control sense intervenció específica. Les repeticions d'intent suïcida es produïen significativament molt més tard del que ho van fer els pacients del grup control. Aquest efecte va ser encara més potents entre aquells que havien realitzat la conducta suïcida per primer cop. Malgrat les limitacions de la mostra, la conclusió va ser la recomanació de implementació de programes específics de prevenció del suïcidi.

A la Comunitat de Madrid, l'any 2019, es van publicar els resultats de l'avaluació del grau de compliment i efectivitat del programa ARSUIC (*Atención al Riesgo Suicida*). El programa busca reduir el risc de recaiguda que segueix un intent de suïcidi, programant una visita ambulatoria

d'alta prioritat després de l'alta hospitalària. Els resultats van objectivar una disminució en el temps d'atenció després de la temptativa, fins a la primera consulta (de 8,5 a 6 dies), i un augment en el compliment de les visites (de 32 a 48,5%) (Jiménez-Sola et al., 2019). A més d'aquests resultats, els autors van reportar una disminució en les taxes d'intent de suïcidi (de 1,20 a 1,08 per persona i any), i la proporció d'intents corresponents a recaigudes del 26,6% al 12,8%. La proporció de compliment del programa era inferior al 50%, suggerint diferències entre usuaris pel que fa al seu accés efectiu al programa.

Malgrat la importància i rellevància del problema del suïcidi i les conductes suïcides, a Espanya encara hi ha moltes deficiències per a fer un abordatge global. Tot i que la comunitat científica és sensible a la importància del tema, com destaca el creixent nombre de publicacions i les recomanacions de les societats nacionals, encara hi ha moltes llacunes a nivell clínic i pràctic (Gomes-da-Costa et al., 2023a). En primer lloc, l'avaluació sistemàtica i estandarditzada i el registre del risc suïcida és insuficient i no inclou, en moltes ocasions, aspectes d'importància pronòstica clínica, com la presència d'intents de suïcidi previs. A més, l'ús d'escalas psicomètriques per ajudar en l'avaluació de riscos del comportament suïcida encara no s'ha incorporat de forma rutinària a la pràctica clínica diària. Un altre punt important és la manca de programes específics de prevenció en poblacions de risc, com els que pateixen malalties mentals greus o els que ja s'han intentat suïcidar. Fins el 2025, Espanya no ha desenvolupat una política sanitària de consens nacional. No obstant això, hi ha diferents estratègies regionals per a cada regió i programes específics aplicats en poques ciutats

El Ministeri de Sanitat ha estructurat els seus esforços a través del Pla d'Acció de Salut Mental 2022-2024. La línia 4 s'enfoca en la prevenció, detecció precoç i atenció a la conducta suïcida. Entre les accions implementades, destaca la creació de la línia telefònica d'atenció a la conducta suïcida 024, disponible les 24 hores, que brinda atenció professional i suport confidencial tant a persones amb conducta suïcida, com a les seves famílies. Així mateix, s'ha instaurat el codi de risc de suïcidi en les Comunitats Autònomes per a assegurar un accés àgil i coordinat a l'ajuda en situacions de crisi. A més, s'han desenvolupat eines per a la identificació i valoració del risc, juntament amb accions de formació contínua per als professionals involucrats. En aquest sentit, es presenta un nou Pla d'Acció per a la Prevenció del Suïcidi 2025-2027, que s'emmarca en la continuïtat de les accions prèvies i proposa mesures addicionals i específiques. Aquest pla busca integrar l'experiència de diversos actors i abordar de manera integral el desafiament que representa la conducta suïcida en la societat actual, brindant una xarxa de suport sòlida i multidisciplinària a les persones afectades i supervivents (Comisión de Salud Mental. Ministerio de Sanidad, 2025).

A Catalunya, el Departament de Salut ha elaborat i desplega el primer Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 (PLAPRESC), amb un doble objectiu: d'una banda, reduir, per al 2030, la taxa de temptatives i morts per suïcidi en menys d'un 15%; i de l'altra, reduir l'estigma social que l'envolta. El Pla s'estructura i agrupa l'actuació en diferents línies estratègiques, àrees rellevants,

objectius i accions, i cadascuna d'aquestes accions inclou una sèrie d'activitats a assolir. Fins desembre de l'any 2023, s'han iniciat 123 activitats vinculades al pla, assolint un 54% de grau de desplegament d'aquestes. El Codi Risc Suïcidi (CRS, desenvolupat més endavant en aquesta tesi) es una estratègia assistencial que pretén assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-los l'oportunitat de rebre una atenció continuada. Atès que la majoria de les persones amb conductes suïcides pateixen trastorns mentals, es important assegurar-ne la continuïtat assistencial i que accedeixin al tractament específic indicat en cada cas, prioritzant l'accés ràpid a l'atenció des d'un centre de salut mental. El PLAPRESC 2021-2025 estableix, com a acció prioritària, la creació de l'Observatori de Prevenció del Suïcidi de Catalunya (OPSCat) amb l'objectiu de disposar d'una eina pública per a recollir, analitzar, actualitzar, produir i divulgar coneixement quant a la conducta suïcida a Catalunya, amb l'objectiu d'identificar i prioritzar les estratègies de prevenció de la conducta suïcida. Aquest instrument possibilita una avaluació de l'impacte d'aquestes, així com la identificació i modificació dels factors de risc, com a elements clau.

5. Codi Risc Suïcidi CRS

[CatSalut. Instrucció 10/2015] (Annex 1)

L'OMS advoca per l'ús de sistemes de registre electrònic centralitzat de salut (EHR) per desenvolupar la vigilància nacional dels intents de suïcidi. No obstant això, actualment els sistemes de classificació de malalties utilitzats en els sistemes de EHR (p. ex. la Classificació Internacional de Malalties) no permeten distingir entre la intenció suïcida i la temptativa suïcida. A més, a causa de la freqüentment difícil determinació entre les intencions suïcides i les idees suïcides, sovint es produeix una mala classificació. Per tant, assegurar una avaluació psiquiàtrica en profunditat a cada individu que es presenta a l'atenció clínica, amb sospita de risc de suïcidi, seguit d'un registre estandarditzat d'aquesta avaluació clínica en un registre centralitzat de EHR, pot millorar substancialment la precisió en la vigilància de la salut pública dels intents de suïcidi (Mortier et al., 2020). Addicionalment, aquests registres tenen un alt potencial per tal de realitzar estudis epidemiològics en aquest grup de població.

Des d'un punt de vista clínic, l'ús de dades centralitzades de EHR té un alt potencial per proporcionar suport en les decisions clíniques basades en dades, a l'hora d'avaluar el risc de futurs intents de suïcidi. Aquest suport és molt necessari, ja que els intents de suïcidi constitueixen un resultat conductual complex, determinat per processos altament multifactorials, interdependències i multi causalitats. Els clínics tendeixen a la presa de decisions basades en dades heurístiques, és a dir, un enfocament ràpid de resolució de problemes, incloent dreceres cognitives subconscients, vinculant un conjunt limitat de factors de risc directament al potencial d'intent de suïcidi. Això condueix a la no detecció del potencial de suïcidi real, la mala experiència dels pacients, i la presa de decisions clíniques ineficaces. En els darrers anys, diversos estudis van començar a implementar tècniques analítiques avançades sobre dades de EHR, incloent tècniques d'aprenentatge automàtic, per modelar els efectes additius i interactius complexos, entre un gran nombre de variables predictores, i per millorar la precisió de la classificació de les eines de predicció de riscos de l'intent de suïcidi, impulsat per dades. Quan s'implementen de forma rutinària a nivell del sistema sanitari, aquestes eines de suport a la decisió impulsades per dades, podrien guiar l'assignació adequada de recursos clínics, com ara avaluacions en profunditat del risc de suïcidi i intervencions de tractament personalitzades en enfocaments de cribratge (Mortier, Amigo, et al., 2024).

D'acord amb les recomanacions de l'OMS, recollides també en el Pla d'acció de la regió europea [The European Mental Health Action Plan. Çesme Izmir (Turquia): Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa; 16-19 de setembre de 2013], el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, prioritza la prevenció d'aquest problema de salut, d'acord amb la política fixada en el Pla de Salut de Catalunya 2011- 2015. La línia estratègica 1 primà, com a objectiu de salut, la disminució de la mortalitat per suïcidi i concretà mesures de prevenció

efectives per a la reducció de la mortalitat, entre les quals hi havia la **millora de l'accessibilitat als serveis de salut de les persones en risc i el seguiment acurat durant el període crític posterior de la temptativa autolítica**. Aquest projecte es va circumscriure a la línia de continuïtat que va prioritzar l'abordatge de la depressió com una de les malalties cròniques de major impacte, i preveure rutes assistencials de la depressió implantades a tot el territori de Catalunya, que preveuen la detecció del risc de suïcidi i les actuacions que s'han de portar a terme [The —European Alliance Against Depression (EAAD)]: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality]. (Hegerl et al., 2008)

En aquesta línia es desenvoluparen dues experiències pilot de programes d'atenció especialitzada a la conducta suïcida: Dreta de L'Eixample i Sabadell. L'avaluació d'ambdues va donar resultats positius (Cebrià et al., 2013b; Farré et al., 2016), essent reconegudes com exemples de bones pràctiques per la Comissió Europea.

El Pla de Salut de Catalunya 2011 - 2015 incorporà, entre les seves actuacions estratègiques, el desplegament del **Codi Risc Suïcidi** (en endavant, **CRS**) en el període 2014-2015. Elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut, i amb el consens de les societats científiques, l'aplicació del protocol **CRS** és un **conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials**, adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar amb el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), presenten un **risc important de suïcidi**. És una estratègia assistencial que pretén assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-les l'oportunitat de rebre una atenció continuada. Pretén garantir la continuïtat de l'atenció sanitària, en una etapa crítica de transició com es el període immediatament posterior a la temptativa, quan el risc de repetició de conducta suïcida es especialment alt. **El programa ha estat avaluat i aprovat pel Comitè d'Ètica de Catalunya**.

El Codi risc de suïcidi (**CRS**) (Servei Català de la Salut, 2015) s'emmarca en la línia estratègica 1 del Pla de salut de Catalunya, de millora de la salut i la qualitat de vida de les persones, i pretén contribuir en l'assoliment de tres objectius generals de salut clau:

1. **Disminuir la mortalitat per suïcidi.**
2. **Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.**
3. **Prevenir la repetició de temptatives suïcides.**

Els objectius específics del CRS són:

Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada, segons el nivell de gravetat, a les persones que presenten un risc de suïcidi, des de qualsevol punt de l'atenció sanitària.

Implantar un procés d'actuació específica urgent de tots els agents sanitaris implicats, amb un paper especial del 061 CatSalut Respon i del SEM.

Assegurar unes condicions òptimes de seguretat dels pacients atesos per conductes suïcides, especialment en els serveis d'urgències hospitalaris.

Implantar un procediment homogeni, diferenciat per a adults o menors d'edat, per garantir la continuïtat assistencial post alta d'urgències o d'hospitalització, dels pacients atesos per conducta suïcida.

Facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als CSM o els HD durant el període crític de més risc de re intent posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal des de l'APS durant 12 mesos per prevenir repeticions.

El CRS sistematitza l'atenció a la persona en risc de conducta suïcida en tres fases:

(1) **Fase d'alerta i activació**, l'avaluació permet la detecció del risc; els professionals dels serveis d'urgències psiquiàtriques, en un primer període d'implementació, en detectar risc, completen el mòdul d'avaluació d'escales (MINI suïcida) i comprovació de factors de risc per conducta suïcida. Amb l'ajuda de l'avaluació resultant, i sempre prevalent el criteri clínic, el psiquiatre, si hi ha indicació clínic, realitza la inclusió de la persona atesa en el CRS. Aquesta inclusió pot ser només de registre, quan el risc de conducta suïcida al moment de l'alta del servei es consideri baix, o bé **d'activació**, quan el risc es considera moderat o elevat. Els psiquiatres amb activitat assistencial a sales d'urgències, van rebre una formació específica per completar la pàgina web del CRS i els seus mòduls abans iniciar-se la seva aplicació. A més, es van dur a terme auditories i es van proporcionar recomanacions per a la implementació del CRS després que es va establir la seva aplicació. És important demanar al pacient, de manera expressa, el seu consentiment informat verbal, explicant-li els avantatges i les conseqüències de la no-inclusió al CRS, especialment el risc contrastat de discontinuïtat assistencial. Aquesta informació ha de ser proporcionada, tanmateix, als familiars. Per tal de reforçar aquesta informació, es disposa de tríptics informatius que es lliuraran a les persones afectades juntament amb l'informe d'alta. En el cas de rebuig d'inclusió al programa, caldrà recollir aquesta informació a la història clínica. L'aplicació CRS està accessible a través de la web electrònica, i cada professional amb acreditació per accedir-hi disposa de les seves Claus per accedir i fer els registres.

(2) **Fase de Seguiment**: l'activació genera dues actuacions diferents. Es realitza una trucada telefònica de seguiment des del sistema d'emergències regional (SEM, Sistema Emergències Mèdiques) després dels trenta dies de l'activació. La trucada és realitzada per professionals especialitzats en salut mental del SEM (Taula Salut Mental, formada per professionals de la psicologia i d'infermeria amb especialització en Salut Mental). En aquesta trucada s'avalua la presència de signes d'alarma o l'empitjorament dels símptomes clínics. En el cas de detecció de signes d'alerta, aquests professionals poden activar mesures per assegurar l'atenció urgent del pacient, o realitzar coordinació amb els serveis de salut mental per facilitar el seguiment. De manera paral·lela, l'activació del CRS informa, a través de l'enviament d'un correu electrònic automàtic, als centres d'atenció ambulatoria de salut mental (CSM) de la necessitat de

programació, de forma proactiva, d'una visita presencial en el termini dels deu dies posteriors a l'activació, en el cas d'adults (CSMA), i de 72 hores en el cas de menors d'edat (CSMIJ), o bé de manera subsidiària, l'hospital de dia, o el servei d'atenció a les situacions de crisi de que disposi cada institució (Unitat de Crisi) . Els centres contacten amb l'afectat per proporcionar la visita, tingui o no vinculació prèvia amb la xarxa comunitària de salut mental. En aquesta primera visita post activació, el psiquiatre, sobre la base de la condició clínica, decideix si el pacient necessita un seguiment al Servei de Salut Mental durant un període d'un any, o pot ser donat d'alta perquè el risc ja no existeix. En aquest cas, es derivat a seguiment per APS, i el facultatiu de l'atenció primària fa un seguiment del pacient, per tal de millorar la prevenció del risc de suïcidi. Aquesta activació es realitza en el moment de l'alta hospitalària, sigui des del mateix servei d'urgències o des de la unitat d'aguts, en el moment de l'alta, si ha requerit d'ingrés hospitalari. En aquesta visita post alta s'establirà un pla terapèutic de seguiment periòdic, de més o menys intensitat en funció del nivell de risc detectat, els factors de risc, i de la morbiditat. Sempre que el pacient ho accepti, cal garantir també l'atenció al nucli familiar més pròxim. En el cas que la persona sigui atesa també per algun altre servei de salut, s'ha d'establir la coordinació necessària amb els dispositius corresponents per a garantir la continuïtat assistencial (per exemple, amb el CAS si hi ha problemes relacionats amb la toxicomania, i molt especialment amb l'atenció primària). En el cas d'adolescents fins als divuit anys, segons l'acord territorial, el centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de referència, o bé l'hospital de dia d'adolescents, ha d'assegurar la visita de seguiment proactiu en un termini màxim de tres dies (72 hores) després de l'alta de l'hospital. El centre referent del seguiment ha de dissenyar una intervenció intensiva específica que garanteixi l'atenció estreta d'aquests pacients i les seves famílies o tutors legals.

(3) **Fase de seguiment:** seguiment preventiu longitudinal (12 mesos). Serà molt important la comunicació i la coordinació entre els serveis d'atenció primària i els de salut mental per garantir la comprovació periòdica del nivell de risc.

En el termini de 12 mesos després de l'episodi de conducta suïcida, i sempre que es mantingui una situació de risc baix, es produirà l'alta del protocol CRS.

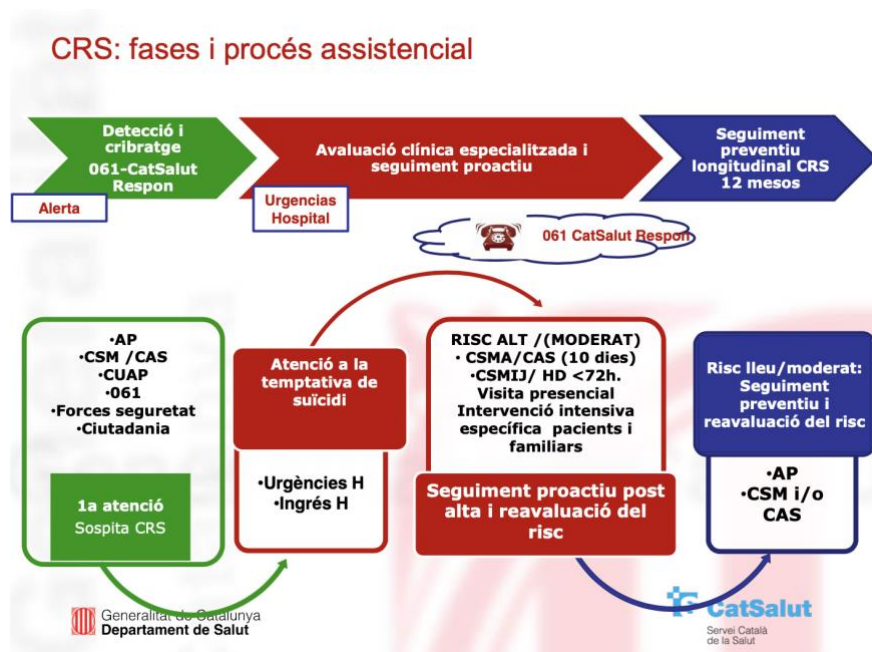


Figura 1: Fases i procés assistencial de l'aplicació CRS (Documents del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Jornada CORE, Barcelona, 4 de Novembre de 2015)

Sistema d'informació, registre sanitari i TIC

QUÈ HA DE PERMETRE?

- Flux d'informació entre els proveïdors implicats en el CRS
- Seguiment preventiu proactiu de pacients de risc
- Conèixer la magnitud de la problemàtica en el nostre entorn
- Avaluació efectivitat del CRS

EINES:

- Registre sanitari dels casos atesos.
- Sistema de missatgeria entre els dispositius implicats
- Connexió amb HC3, identificació de variables de risc i/o mecanisme d'alerta temporal per facilitar el seguiment



Figura 2: Objectius CRS (Documents del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Jornada CORE, Barcelona, 4 de Novembre de 2015)

El CRS va ser implementat a tot el territori català de manera gradual. Inicialment, quart trimestre de 2014, s'aplicà en quatre àrees de la següent manera: a les ciutats de Barcelona, Lleida,

Tarragona, i a la regió del Vallès Occidental. Aquestes àrees representen el 40% del total de la població de Catalunya. Posteriorment, l'ús de l'aplicació es va estendre fins a arribar a la totalitat del territori català al gener de 2016.

Com a programa secundari de prevenció, el CRS té com a objectiu proporcionar seguiment especialitzat a persones amb alt risc de suïcidi. Seguint les recomanacions dels experts en prevenció del suïcidi (Zalsman et al., 2017), i per garantir la adherència del pacient amb el sistema d'atenció sanitària, el CRS combina l'atenció especialitzada presencial immediata amb la gestió telefònica. El programa inclou una **via d'actuació clara dissenyada per escurçar el temps entre el primer contacte del participant amb el sistema públic d'atenció sanitària per risc de suïcidi, i la vinculació a l'atenció mental especialitzada**. En el servei d'urgències, el nivell de risc ve determinat pel mòdul de sis ítems sobre suïcidalitat de la Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) i el judici clínic del psiquiatre, qui finalment decideix la inclusió o no del pacient en el programa. La puntuació global en el mòdul de suïcidalitat del MINI oscil·la entre 0 i 33, amb puntuacions totals que indiquen el nivell de risc de la següent manera: "baix risc" (0–5 punts), "risc moderat" (6–9 punts), i "alt risc" ≥ 10 punts). A més, també s'avaluen els factors de risc distal i proximal, considerats rellevants segons la literatura publicada (Hawton et al., 2013; Melhem et al., 2019; Oquendo et al., 2014). Aquests factors de risc inclouen: existència de trastorns psiquiàtrics; desesperança; impulsivitat; agressivitat; nivell alterat de consciència; malaltia orgànica greu (incloent malalties cròniques, dolor crònic i discapacitats); esdeveniments de vida estressants (és a dir, esdeveniments estressants relacionats amb l'ocupació o l'estat civil, o relacionats amb la família en els darrers 3 mesos); problemes socials (és a dir, aïllament, manca de suport social, manca d'estabilitat econòmica); absència de suport social; viure sol; accés a mitjans letals; i història familiar del suïcidi.

Els sistemes de registres electrònics de salut tenen un alt potencial per proporcionar vigilància dels intents de suïcidi de cara a possibles accions adreçades a reduir el risc de intent de suïcidi en la població, i proporcionen dades que permeten donar suport a les decisions clíniques en aquests individus avaluats als serveis de salut. Un dels principals objectius del programa CRS és permetre una vigilància fiable de l'intent de suïcidi en la població, i fer front a l'infradiagnòstic i les classificacions errònies utilitzant sistemes regulars de EHR. No obstant això, la no inclusió al protocol del programa CRS pot donar lloc a un nombre desconegut de casos d'intent de suïcidi que no es detecten (Mortier et al., 2020).

A la mateixa instrucció s'indica la necessitat d'establir un sistema de seguiment i avaluació de l'atenció i del procés assistencial, a l'efecte de detectar possibles millores i proposar les corresponents mesures, i millorar la qualitat, els resultats i els mecanismes de registre de les dades. L'avaluació s'ha de portar a terme mitjançant l'anàlisi periòdica de les dades registrades i els corresponents indicadors que s'estableixin. A aquest efecte es crea una Comissió de

Seguiment i Avaluació que, entre d'altres funcions, ha de vetllar per la millora i la qualitat de l'atenció i la millora dels mecanismes de registre i de recopilació de dades.

Des de la posada en marxa del CRS a finals del 2014, s'han portat a terme diferents estudis amb la finalitat d'avaluar la eficàcia de la intervenció. En un dels estudis publicat el 2020 es van analitzar dades del programa CRS de tot el territori català (Pérez et al., 2020) com a part dels procediments rutinaris de recollida de dades del CatSalut, durant el període de 5 anys entre l'1 de juny de 2014 i l'1 d'agost de 2019. Les dades indiquen que l'atenció de seguiment dels pacients en risc de suïcidi es va realitzar amb èxit en la majoria dels casos. Totes les persones considerades amb un alt risc de suïcidi es van inscriure al CRS i van ser remeses a l'atenció especialitzada per al seu seguiment. Curiosament, tot i que només 7804 individus van ser considerats d'alt risc segons les puntuacions del mòdul MINI, un total de 8403 pacients es van incloure al CRS. Aquesta discrepància és probablement atribuïble a la flexibilitat incorporada en el protocol, ja que la decisió de introduir als pacients es basa tant en l'avaluació estructurada (MINI), com en el judici clínic dels professionals de la salut mental. La majoria dels pacients inscrits (78,4%) van ser citats a la cita presencial. Atès que algunes dades es van recollir durant la fase primerenca d'implementació del CSRC, quan el programa encara estava sent refinat, els autors valoren possible infraregistrament, possiblement per formació inadequada o problemes tècnics. La majoria de visites es van dur a terme dins del marc temporal establert al CRS, complint així amb un dels principals objectius del programa. Estudis anteriors demostraven que el seguiment primerenc de l'individu que intenta suïcidar-se, pot reduir la probabilitat d'un segon intent (Zalsman et al., 2016). Una limitació, a causa del caràcter descriptiu de l'estudi, va ser la impossibilitat de determinar si les accions de seguiment del CRS van reduir la probabilitat d'un intent de suïcidi.

Tal i com s'ha definit, l'objectiu final del programa CRS és reduir la mortalitat per suïcidi i reduir el nombre de nous intents. Amb la finalització d'analitzar la utilitat del programa, un altre estudi observacional recent, 2023, amb dades circumscrites a un hospital terciari inclòs en la primera fase de la implementació, descriu les característiques clíniques i l'adherència al seguiment dels pacients inclosos, durant un any. Els resultats d'aquest estudi presenten algunes limitacions en l'adherència dels pacients al seguiment post atenció a urgències, i posen l'accent en la importància d'estudis futurs que explorin l'impacte del CRS en la reducció, no només dels intents de suïcidi, sinó també de les hospitalitzacions i l'ús dels recursos d'emergència (Gomes-da-Costa et al., 2023b). En el 74% de la mostra total, el programa es va activar en el context d'un intent de suïcidi. En el 26%, a causa de la ideació suïcida, sense un intent de suïcidi. Fins a un 66,6% dels pacients van assistir a la visita de seguiment programada arran de l'activació del CRS. Es va observar una reducció significativa de la proporció de pacients que visitaven la sala d'urgències per qualsevol motiu (però no específicament per a un intent de suïcidi) i que van ser hospitalitzats en el primer semestre en comparació amb els segons sis mesos, després de l'activació del CRS. Els autors conclouen que el CRS pot contribuir a reduir les hospitalitzacions i l'ús de recursos d'atenció a la salut mental, almenys a curt termini. El temps d'espera mitjà entre l'activació del

CRS a l'alta des de la sala d'emergències i la visita de seguiment al Servei de Salut Mental va ser de 5,9 dies. Una de les limitacions importants va ser la alta taxa d'abandonament observada. En línia amb l'estudi citat anteriorment, podria haver-hi una infrautilització del protocol per part dels proveïdors de salut mental en les primeres etapes d'implementació del programa.

El PLAPRESC forma part del **Pla de salut de Catalunya 2021-2025**. El Pla inclou la millora del **Codi risc suïcidi (CRS)**(<https://scientiasalut.gencat.cat/browse?type=author&authority=15c90330-f8a3-49f0-a376-396d03a8c8cc&submit=>, 2025). A més, en línia amb les millores de qualitat assistencial, el PLAPRESC també ha promogut la implementació de la Taula de Prevenció del Suïcidi, integrada al **telèfon 061 Salut Respon**, un servei pioner a Europa que proporciona suport immediat, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, a persones en risc de suïcidi, així com orientació per als seus familiars, amics o professionals. Entre juny del 2022 i desembre de 2024, s'han atès prop de 36.000 persones afectades. Entre les accions de millora s'inclouen:

- Desenvolupament i millora dels circuits assistencials vinculats al procediment Codi Risc Suïcidi, amb especial èmfasi en el seguiment. Un dels punts clau d'aquest procediment es la disminució del temps d'espera per una primera visita. Aquests circuits assistencials impliquen els serveis d'atenció primària i els serveis de salut mental, per garantir la continuïtat assistencial a tots els nivells.
- Establiment del 061 com a instrument que facilita l'accés a serveis sanitaris, amb un temps d'espera menor en els casos de risc alt, en els diferents documents i guies sectorials.
- Millorar l'accés als serveis sanitaris i de la xarxa de salut mental i addiccions per a persones en situació d'elevat risc suïcida eliminant les barreres a l'atenció i assegurant la continuïtat amb altres professionals i recursos d'ajuda (sanitaris o comunitaris) (OMS)
- Àrea d'intervenció i tractament oportú
- Actuació en situacions de crisi: emergències i primera intervenció
- Descripció dels objectius i de les accions prioritàries
- Millorar l'abordatge del risc de suïcidi per part dels serveis comunitaris, d'emergències, urgències i d'ingrés, amb o sense servei d'hospitalització, i dels serveis amb capacitat de resposta ràpida i que dispensen una atenció amb cobertura 7x24.
- Revisar el procediment del Codi Risc Suïcidi en els serveis d'urgències generals i altres serveis assistencials de no salut mental per identificar-ne l'adequació a les bones pràctiques basades en l'evidència científica.
- Garantir la resposta individual per als pacients que necessiten intervenció relacionada amb el seu risc elevat i/o presència de conductes suïcides, tenint en compte els seus drets i les seves necessitats d'integritat personal.
- Garantir la realització d'estratègies i plans individualitzats per a cada persona en situació de risc de suïcidi amb estratègies basades en l'evidència científica i la utilitat clínica.

- Implementació de l'atenció CRS en pacients que son atesos al CAS per trastorns addictius.
- Garantir serveis segurs i de qualitat per a persones vulnerables al suïcidi que estiguin en procés de recuperació després d'un intent de suïcidi.

6. Justificació de l'estudi

El suïcidi constitueix un greu problema de salut pública a escala mundial. Segons dades de l'OMS, cada any entre 700.000 i 800.000 persones moren per suïcidi al món (*World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.*). Els estudis epidemiològics remarquen la gran incidència de suïcidi especialment en grups de població jove (tercera causa més freqüent de mort entre els 15 i 29 anys a nivell mundial el 2021, primera causa no natural a Espanya) i en grups vulnerables i que pateixen discriminació (refugiats, migrants, minories ètniques, col·lectiu LGTBI i reclusos), amb la tragèdia que aquestes xifres comporten. En molts països, inclòs el nostre entorn, el suïcidi representa una de les principals causes de mort no natural prevenible. Quan s'inclouen les xifres respecte a intents de suïcidi amb resultat no letal, els nombres es multipliquen per 20 o 40, segons estudis, multiplicant el número d'afectats i les seqüeles posteriors. Malgrat l'interès de les organitzacions i els avenços de les darreres dècades en la investigació sobre el problema, el coneixement acurat dels factors de risc, la detecció precoç i la intervenció eficaç, constitueixen avui dia desafiaments crítics en els sistemes de salut (Mühlmann et al., 2021).

En aquest context, els programes de prevenció del suïcidi basats en l'evidència han esdevingut una prioritat internacional. Tot i això, la implementació i avaluació rigorosa d'aquests programes en contextos locals, continua essent limitada. Molts estudis s'han centrat en la descripció de factors de risc per a conducta suïcida, però existeixen a la literatura escasses avaluacions sistemàtiques de l'eficàcia d'intervencions específiques, especialment en entorns clínics determinats. Una revisió sistemàtica publicada el 2020 (Hofstra et al., 2020) va trobar efectes significatius en la reducció de morts per suïcidi i d'intents amb algunes de les intervencions preventives avaluades, el que demostra la possibilitat d'impacte, però també destaquen l'heterogeneïtat entre estudis, el que dificulta la generalització dels resultats.

Aquestes dades prèvies justifiquen la necessitat de generar evidència empírica sobre l'eficàcia d'un programa estructurat de prevenció del suïcidi com el CRS. El programa objecte de l'estudi integra estratègies de detecció precoç del risc, i acompanyament clínic per al seguiment continuat especialitzat. L'entorn d'aplicació és l'atenció psiquiàtrica d'urgències i la salut mental comunitària. L'avaluació rigorosa mitjançant un disseny metodològic adient (estudi observacional retrospectiu de comparació de 2 cohorts en 2 temps històrics diferents) permetrà avaluar el seu impacte real sobre la millora en la vinculació a la xarxa de salut mental, i la disminució de reintents de conducta suïcida en la mostra estudiada. Des d'una perspectiva clínica, els resultats podrien tenir implicacions directes sobre les polítiques públiques, aportant informació rellevant que permeti ratificar, o millorar el programa i objecte d'estudi.

Metodològicament, la disponibilitat d'una base de dades prèvia que recull una mostra de visites relacionades amb risc de suïcidi, en un període immediatament anterior a la implementació del programa, a la mateixa àrea geogràfica, permetrà comparar resultats en el seguiment d'ambdues

mostres, tot tenint en compte les limitacions metodològiques necessàries. D'acord amb la informació científica de què disposem, aquesta anàlisi comparativa aportaria originalitat a la investigació.

La possibilitat d'aportar evidències científiques sobre programes que incideixin en la disminució dels intents de suïcidi, i conseqüentment de la mort per suïcidi, afavorint el seguiment especialitzat en aquelles persones per qui la intervenció pugui comportar disminució del patiment i millora en la qualitat de vida, justifica aquest estudi.

La determinació per a avaluar l'eficàcia del CRS és màxima, ja no sols pel seu interès científic i valor acadèmic, sinó perquè els resultats permetran conèixer de primera mà la utilitat o no, d'un recurs que representa un important cost sociosanitari pel sistema de salut pública i amb expectativa de millora en la qualitat de vida de les persones afectades.

En base a la literatura analitzada, es decideix estudiar l'impacte dels primers anys d'implementació del Codi Risc Suïcidi (CRS) en la millora de la vinculació a la xarxa de salut mental d'individus en risc de suïcidi. Fins a la data, la presència d'ideació autolítica greu i els antecedents de temptatives autolítiques són dos dels factors més clarament associats a la probabilitat de reintents i de mort per suïcidi, pel que la identificació d'aquesta població de risc i una òptima vinculació a la xarxa, poden esdevenir el primer esglaó en la prevenció del suïcidi. La literatura identifica els primers dies posteriors a l'alta d'un servei de psiquiatria com els de més risc per a presentar nova conducta suïcida (Madsen et al., 2021). Atès que la mort per suïcidi és un esdeveniment rar que ocorre en 1 de cada 10 000 persones a l'any, l'objectiu no serà avaluar la capacitat del programa CRS en la reducció de les taxes de suïcidi, però sí determinar la seva capacitat d'incidir en la programació de visita òptima dels subjectes amb més risc, estudiar els factors associats a la vinculació i a la falta d'adherència a la xarxa, així com l'impacte en la repetició de consultes relacionades amb risc de suïcidi. Per últim, s'estudiaran els factors associats a la mortalitat general, per qualsevol causa, i la mortalitat per suïcidi en la cohort de pacients que han consultat a urgències per ideació o conducta autolítica.

7. Objectius

La investigació objecte d'aquesta tesi es l'anàlisi dels casos atesos als serveis d'urgències de psiquiatria del Parc de Salut Mar (àrea sanitària d'influència Barcelona Litoral i Barcelonès Nord, amb una població aproximada de 900.000 habitants, per clínica relacionada amb conducta suïcida, durant l'any 2013, període previ a la implementació del CRS en aquest sector sanitari, i els casos atesos als mateixos serveis d'urgències de psiquiatria, pel mateix motiu, registrats al programa CRS, en la mateixa àrea i la mateixa població, durant els anys 2015 a 2017, després de la implementació d'aquest programa en aquest territori.

L'objectiu és avaluar l'efectivitat del programa de prevenció de risc de suïcidi **CRS** i determinar el seu impacte en la vinculació de persones en risc de conducta suïcida a l'atenció sanitària especialitzada, en un període breu, posterior a haver estat ateses al servei d'urgències psiquiàtriques per motius relacionats amb conducta suïcida. Aquest temps de cita òptima, determinat pel programa, ha de ser inferior a 10 dies en adults, inferior a 72 hores en l'atenció a menors de edat, o inferior a un mes en aquells que han precisat d'ingrés hospitalari, atès que estudis previs situen el primer mes després d'una temptativa com el període de major risc per presentar conductes de repetició. Així mateix, la tesi es proposa l'objectiu d'analitzar possibles factors sociodemogràfics i clínics associats a la vinculació d'un individu a la xarxa de atenció psiquiàtrica, a la manca d'adherència a la mateixa, i a les reconsultes per motius relacionats amb risc suïcida. Les taxes de mortalitat per qualsevol causa i les de mortalitat per suïcidi, i l'associació de possibles factors a ambdós tipus de mortalitat, és un objectiu addicional.

OBJECTIUS

- OBJ-1. Caracteritzar el perfil de pacients que van ser atesos en urgències per ideació o conducta suïcida durant els 3 primers anys després de la implementació del programa CRS (anys 2015-2017) i comparar-los amb els atesos en el període previ de referència (any 2013).
- OBJ-2. Caracteritzar els factors que determinen la derivació i vinculació a la xarxa de Salut Mental d'aquests individus després d'haver estat atesos a urgències per ideació o conducta suïcida.
- OBJ-3. Caracteritzar els factors que contribueixen a que el pacient rebi una cita en condicions considerades òptimes i determinar si la implementació del programa CRS incrementava la vinculació a la xarxa de Salut Mental dels individus considerats amb major risc de repetir una temptativa suïcida.
- OBJ-4. Caracteritzar el perfil de pacients amb mala adherència al programa CRS.

- OBJ-5. Determinar si la implementació del programa CRS estimula la demanda d'ajuda per ideació suïcida al servei d'urgències durant l'any posterior..
- OBJ-6. Determinar si la implementació del programa CRS disminueix la probabilitat de temptativa autolítica durant l'any posterior.
- OBJ-7. Caracteritzar el perfil de pacients que repeteixen una temptativa durant l'any següent, respecte als que no ho fan.
- OBJ-8. Identificar predictors de mortalitat i mortalitat per suïcidi entre els pacients que han consultat a urgències per ideació o conducta autolítica durant la implementació del programa CRS.

8. Hipòtesis

H1. La major part dels subjectes a risc identificats a urgències pel CRS hauran fet una temptativa, tindran un diagnòstic psiquiàtric (primordialment un trastorn afectiu, d'adaptació, de personalitat o addictiu) i factors de vulnerabilitat associats (estressors psicosocials, problemes físics discapacitans i/o consum de substàncies).

H2. Els pacients amb un major risc suïcida (temptatives prèvies, més vulnerabilitat social, major risc suïcida percebut en la consulta, major letalitat de la temptativa...) tindran més probabilitat d'ingrés o de ser derivats a la Xarxa Ambulatoria de Salut Mental

H3. La implementació del programa CRS augmentarà el nombre de pacients que reben cita en la xarxa de Salut Mental després d'acudir a urgències per ideació o conducta suïcida.

Aquest efecte serà més marcat entre els pacients amb major gravetat/letalitat de la ideació a la visita o temptativa.

(P.e. subjectes amb major risc de la ideació/temptativa, subjectes amb temptativa (vs ideació), subjectes amb una major puntuació MINI, subjectes amb major letalitat de la temptativa, subjectes que han requerit ingrés (vs els que no), reben cita amb major probabilitat)

H4. La implementació del programa CRS reduirà el temps fins a la programació de cita en la xarxa de Salut Mental per als pacients amb risc suïcida, i augmentarà el nombre de pacients que reben cita en la xarxa de Salut Mental segons els estàndards de qualitat predefinits "cita òptima" (≤ 10 dies després de l'alta d'urgències o ≤ 3 en cas de menors d'edat, o bé en ≤ 30 dies en cas de requerir ingrés).

Aquest efecte serà més marcat entre els pacients amb major gravetat/letalitat de la temptativa.

*(P.e. subjectes amb major risc de la ideació/temptativa, subjectes amb temptativa (*vs ideació), subjectes amb una major puntuació MINI, subjectes amb major letalitat de la temptativa, subjectes que han requerit ingrés (*vs els que no) □ reben cita en menor temps o bé cita en termes òptims amb major probabilitat)*

Aquest efecte serà menys marcat entre els pacients el diagnòstic principal dels quals és un trastorn adaptatiu, o un trastorn d'ansietat (usualment tractats des de l'Atenció Primària), o bé un trastorn per us de substàncies (atès que les cites en la xarxa d'addiccions no podien activar-se des de l'aplicació durant els anys inclosos a l'estudi)

H5. Els pacients que no acudien a la cita programada després de l'activació de CRS eren pacients més lleus, patien amb major probabilitat un trastorn addictiu, identificant factors que determinin risc d'abandonament.

H6. La implementació del programa CRS facilitarà les probabilitats de sol·licitar ajuda urgent per ideació suïcida, abans que per temptativa, entre els subjectes que han consultat l'any previ per aquest motiu.

H7. La implementació del programa CRS disminuirà la probabilitat de reconsultar per conducta suïcida durant el primer any i augmentarà el temps fins a la mateixa entre els subjectes en els quals es produeixi

L'efecte serà més marcat en aquells individus amb una temptativa índex més greu i en aquells que han acudit a la visita que es va programar

H8. Els pacients que repeteixen una temptativa durant el primer any és més probable que tinguin antecedents de temptatives prèvies, que presentin un trastorn personalitat o un trastorn per us de substàncies.

H9. L'antecedent de conductes suïcides augmenta la possibilitat de morir per qualsevol causa, a una edat inferior als llindars de la esperança de vida (mort prematura).

9. Materials i mètodes

9.1 Disseny

Es va dur a terme un estudi observacional descriptiu i comparatiu de dues cohorts històriques de pacients atesos als Serveis d'Urgències de Psiquiatria del Parc de Salut Mar (Hospital del Mar, Barcelona) per ideació o temptativa de suïcidi. La cohort Pre-CRS inclou els pacients corresponents a l'any 2013 ($n = 452$), en tant que la cohort Post-CRS comprèn els pacients atesos durant els anys 2015, 2016 i 2017 ($n = 873$), posteriorment a la implementació del programa Codi de Risc Suïcida (CRS) als recursos.

9.2 Mostra i fonts d'informació

L'Hospital del Mar és una Organització integral de serveis que conformen el Parc de Salut Mar, en el litoral de Barcelona (PSMar). L'Hospital del Mar és el dispositiu assistencial principal. L'atenció a la salut mental es concentra al Centre Fòrum i al Centre Dr. Emili Mira, a través de l'Institut de Salut Mental (ISM). El sector sanitari atès correspon a les regions sanitàries administratives Àrea Barcelona Litoral, i Sectors Sanitaris del Barcelonès Nord (Santa Coloma de Gramenet, Badalona i Sant Adrià del Besòs) i Baix Maresme (Montgat, Tiana, Alella, Teià i Masnou) (catsalut.gencat.cat). La població del territori de referència se situa al voltant dels 900.000 habitants. Els dispositius assistencials implicats en aquest estudi són el Servei d'Urgències de Psiquiatria de l'Hospital del Mar, i el servei d'urgències dels Centres Assistencials Emili Mira (CAEM), ubicat a Santa Coloma de Gramenet. Ambdós dispositius pertanyen al PSMar. La població atesa al Servei d'Urgències de Psiquiatria de l'Hospital del Mar, és eminentment adulta (>18 anys). El CAEM és un recurs d'atenció exclusivament per a població en edat adulta. Els individus menors d'edat en la mostra són anecdòtics.

Les dades utilitzades en el present estudi han estat obtingudes del registre electrònic de dades clíniques del PSMar (programa IMASIS) (<https://catalogues.ema.europa.eu/node/1022/administrative-details#darwin-contact-details>) ((Institution), n.d.) i del registre del programa CRS, circumscrites als casos de CRS registrats al PSMar durant el període d'estudi (2015- 2017), extretes pels tècnics del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Les dades han estat totalment anonimitzades abans de la seva anàlisi.

La primera cohort, utilitzada com a control, parteix del registre de casos atesos als serveis d'urgències de psiquiatria del Parc de Salut Mar (Hospital del Mar i CAEM) durant l'any 2013 (abans del període d'implementació del programa CRS). Aquesta cohort està formada per una mostra de **n= 452 casos**. Va ser registrada per professionals d'infermeria dels serveis implicats. Es van registrar tots els casos atesos als serveis d'urgències de psiquiatria durant l'any 2013, que van presentar simptomatologia relacionada amb risc suïcida (ideació i conducta suïcida) en la visita a urgències, de manera correlativa a l'arribada dels pacients. Aquest registre va ser elaborat ad hoc per un altre estudi i, amb les dades anonimitzades, fou utilitzat aquí com a cohort de comparació.

En aquest període (any 2013) l'atenció urgent a persones amb risc de suïcidi es basava en el judici clínic del/la professional psiquiatre qui feia l'avaluació, sense l'existència de programes protocol·litzats de derivació post urgència.

El registre de casos comprenia dades sociodemogràfiques, variables clíniques de l'individu, i característiques clíniques relacionades amb la visita a urgències per la que eren inclosos al registre. Les variables es detallen més endavant en un apartat específic.

Tanmateix, es va registrar quin era el recurs a on es derivava el pacient en el moment de ser donat d'alta de la urgència. En el cas d'haver estat derivat a un recurs de Salut Mental, si la derivació es realitzava amb data de visita programada, i aquesta data.

En el cas de derivació a SM amb data programada, es registrava posteriorment si el pacient havia realitzat la visita, i la data que constava haver estat visitat al recurs de derivació.

De manera retrospectiva, es va registrar la presència, durant l'any següent, de l'esdeveniment "segona consulta a urgències relacionada amb risc de suïcidi", i les característiques clíniques de la mateixa. Només es van tenir en compte les primeres visites posteriors a la visita índex.

Les dades van ser obtingudes de la història clínica electrònica del PSMar corresponent a cada individu.

La segona cohort està formada pel registre de casos atesos a urgències de psiquiatria dels dispositius del PSMar i registrats al programa CRS durant el seu període d'implementació, entre gener de 2015 i desembre de 2017. El registre va ser extret pels tècnics del Departament de Salut de la Generalitat, relatiu exclusivament als casos registrats als serveis d'urgències del PSMar en el període d'estudi, de gener de 2015 a desembre de 2017, **n=873**.

La inclusió d'un individu al registre es decidida pel professional psiquiatra que avalua la urgència, quan detecta la presència de risc de suïcidi de prou rellevància clínica per entrar al protocol CRS. La decisió es basa en els resultats de les escales clíniques del codi, i l'avaluació acurada de la situació clínica en el moment de l'alta, prevalent el judici clínic del/la professional en la decisió final.

El CRS va ser dissenyat, entre d'altres objectius, per a recollir informació necessària per als estudis epidemiològics i de recerca. El registre del programa incorpora dades demogràfiques, clíniques i de seguiment dels individus inclosos al protocol. Quan un individu inclòs al programa mor, recull la data de la mort.

Els criteris d'inclusió al programa CRS són:

- Tenir la residència a Catalunya amb activació de la Targeta Sanitaria Individual (TSI) que identifica a l'individu com a usuari del sistema sanitari públic de Catalunya (SISCAT)
- Puntuació > 10 en el mòdul de suïcidalitat de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) i/o risc elevat d'acord amb el judici clínic
- Presència d'un o més dels següents factors de risc coneguts per a suïcidi: trastorn psiquiàtric, esdeveniment estressor, desesperança, problemes socials, manca de suport social, impulsivitat, agressivitat, alteració del nivell de consciència, malaltia física/dolor discapacitant, viure sol, accés a mitjans letals, història familiar de suïcidi.

Els dispositius d'atenció a urgències del PSMar de la segona cohort, durant el període en estudi, són els mateixos (Hospital del Mar i CAEM) que a la primera cohort, i corresponen a la mateixa àrea d'influència poblacional.

Les dades dels registres del CRS circumscrit al PSMar, durant el període d'estudi, integren dades sociodemogràfiques, variables clíniques de l'individu, característiques clíniques relacionades amb la visita a urgències per la que eren inclosos al registre (visita per ideació o temptativa, gravetat de la temptativa, valoració de risc de suïcidi a l'alta, entre d'altres), i informació relativa al recurs de derivació post-urgència, incloent tipus de recurs, data de programació de la visita i confirmació de la realització de la mateixa.

De manera retrospectiva, de igual manera que a la primera cohort, es va enregistrar durant l'any següent a ser inclosos al CRS si els individus presentaven una "segona consulta a urgències relacionada amb risc de suïcidi", i les característiques clíniques de la mateixa. Només es van tenir en compte les primeres visites posteriors a la visita índex.

Addicionalment es va incloure a l'estudi la informació de totes les morts registrades pel programa CRS a data setembre/2025, dels individus inclosos a la segona cohort, i la causa de la mort, amb l'objectiu d'analitzar aquesta variable.

9.3 Variables i procediments

En aquesta investigació, es van identificar diverses variables que es consideren essencials per a l'anàlisi dels objectius de l'estudi.

Procés de recollida de dades: La recollida de dades es va dur a terme en línia a través de les respectives plataformes de programes de gestió de dades clíniques ja mencionats amb anterioritat (CRS, IMASIS).

Variables:

- **Variables sociodemogràfiques:** data de naixement i gènere
- **Grup diagnòstic:** es van recollir els diagnòstics específics amb criteris CIE-10, tal i com s'especificaven a l'informe d'alta d'urgències de la visita índex a la primera cohort, i en el registre del CRS a la segona cohort. Si el registre CRS estava incomplet en aquest camp, es revisava el diagnòstic de l'informe d'alta corresponent. Per tal de facilitar la anàlisi de dades, els diagnòstics van ser reagrupats en 12 categories: diagnòstic absent/ desconegut; trastorns de l'estat d'ànim; trastorns d'ansietat i somatomorfos; trastorns psicòtics; trastorns de la personalitat; trastorns per ús de substàncies i altres addiccions; trastorns de la conducta alimentària; trastorns neurocognitius; trastorns del neurodesenvolupament; trastorns adaptatius/ reacció aguda a l'estrès i trastorn per estrès posttraumàtic; i altres (trastorn factici, trastorn de conducta inespecífic, trastorn dissociatiu).
- **Variables clíniques** (factors associats a risc suïcida): antecedents familiars de suïcidi; antecedents de temptatives prèvies; esdeveniments estressants entorn el moment de la visita índex; problemes físics discapacitants; absència de suport social; consum actiu de substàncies; trets d'impulsivitat; sentiments de desesperança i accés a mitjans letals.
- **Tipus de consulta índex :** Ideació/ Temptativa
- **Letalitat** de la conducta suïcida, en el cas de temptatives. La valoració es va codificar en ambdues cohorts de manera similar, letalitat lleu vs letalitat moderada o greu.
- **Risc percebut**, codificat en cada consulta pel professional. En la primera cohort les dues categories eren alt risc o baix risc. En la cohort Post-CRS, el propi sistema té establert fins a quatre graus de risc (sense risc, risc baix, risc mig i alt risc). Per tal de poder fer l'anàlisi comparativa i identificar el subgrup de risc més alt, es van recodificar els 4 graus com alt risc i baix risc (aquest darrer incloent subjectes considerats pel sistema com sense risc, o amb baix risc i risc mig).
- **Derivació** a l'alta d'urgències. La principal variable de desenllaç després de la visita índex, fou la indicació mèdica de derivació a l'alta a un recurs sanitari especialitzat en Salut Mental, i amb quin procediment (amb programació de visita, sense programació, visita programada prèviament), o la no indicació. Per no indicació de derivació psiquiàtrica s'entén, tant la derivació a recurs sanitari no vinculat a la xarxa de Salut

Mental (atenció primària, d'altres especialitats mèdiques...), la derivació a recursos no sanitaris (serveis socials, serveis jurídics o legals...), com l'absència d'indicació de derivació a qualsevol recurs, sense constància explícita de derivació a Salut Mental.

Les categories de derivació a SM eren:

- Sense derivació a SM
 - Derivació a SM sense cita programada
 - Derivació a SM amb cita programada
 - Derivació a SM a una cita programada prèvia a la visita
 - Ingress hospitalari a SM
 - Alta voluntària
 - Rebuig inclusió al CRS (segona cohort)
 - Desconeguda
- **Recurs de Derivació:** tipus de recurs al que era derivat l'individu a l'alta de la visita:
Unitat de Crisi, CSMA, Hospital de Dia, CAS, Unitat d'Aguts, SATMI, Altre centre (incloent APS), Circuit Privat, desconegut.

En els casos on a l'informe d'alta d'urgències i/o, al registre del CRS, consta la indicació de derivació a recurs especialitzat de SM, es determina, de manera retrospectiva, si consta una visita programada al recurs de derivació indicat, data de programació de la mateixa, els dies transcorreguts des del dia de l'alta de l'avaluació a urgències, i constància de l'assistència a la primera visita programada després de l'alta d'urgències. Les variables que mesuren aquest desenllaç són les que es citen a continuació.

- **Data de cita programada** al recurs de SM, recollida als registres clínics en la primera cohort, registrada pel propi programa a la segona cohort.
- **Visita programada a SM realitzada:** Es registrava si el pacient havia assistit a la visita programada. Valor obtingut dels registres clínics en la primera cohort i del registre CRS en la segona cohort.
- **Data de visita realitzada**, comprovada, en el recurs de SM al que havia estat derivat, obtinguda dels registres clínics en la primera cohort i del registre del CRS i registres clínics a la segona.
- **Cita en condicions òptimes.** Aquesta variable és un desenllaç cabdal per poder avaluar la eficàcia del programa, principal objectiu del present estudi. El programa CRS determina la **cita òptima** com aquella programada dins del període dels 10 dies següents al registre en el programa, en el cas d'individus adults, de 72 hores en el cas de menors de edat, i fins a 30 dies en el cas d'haver estat derivat a un ingress hospitalari des de la urgència. El valor s'obté del càlcul dels dies transcorreguts des de la visita a urgències i la data de la visita realitzada en el recurs de SM a on va ser derivat, en la primera cohort. En la segona cohort el valor correspon als dies entre l'activació del registre CRS i la data de la programació de la visita.

- **Data Segona consulta (reconsulta) per risc suïcida.** En tots els individus inclosos, d'ambdues cohorts, es determina, de manera retrospectiva, a partir de la visita índex d'inclusió a les respectives cohorts, la existència d'una segona consulta a urgències relacionada amb risc suïcida, al llarg del primer any després d'aquesta data. Quan s'observa una segona visita, es registra la data de la mateixa. Només es registra la primera visita posterior a la visita índex.
- **Motiu de visita en la consulta:** Ideació / Temptativa
- **Mortalitat.** El registre CRS inclou informació sobre la data de la mort dels individus que han estat registrats al programa. Addicionalment, a la segona cohort, es va incloure a l'estudi la informació de totes les morts registrades pel programa CRS a data setembre/2025, i la causa de la mort quan la informació estava disponible, amb l'objectiu d'analitzar aquesta dada.

9.4 Anàlisi estadística

El càlcul de la grandària mostral es va realitzar amb l'eina GRANMO (*GRANMO (0V 8.00 2022-12-30)*, n.d.), disponible a <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo>. Assumint un risc alfa de 0.05 i un risc beta de 0.2, amb una pèrdua estimada del 20% de la mostra en un contrast bilateral, la cohort mínima necessària per a realitzar les anàlisis principals (per exemple, anàlisi de supervivència amb hazard ràtio esperat d'almenys 1.5) seria de 478 pacients. Per tant, la mostra obtinguda es considera suficient.

Per dur a terme l'anàlisi estadística de les dades obtingudes en aquest estudi, es va utilitzar el software **Jamovi**, versió 2.6.44. Jamovi és una plataforma d'anàlisi estadística de codi obert que facilita l'anàlisi de dades, compatible amb diversos mètodes estadístics. (*The Jamovi Project (2025). Jamovi (Version 2.6) [Computer Software]*, n.d.). Obtingut de <https://www.jamovi.org>

9.4.1 Descripció de les variables

Les variables de l'estudi es van classificar segons la seva naturalesa:

- Variables quantitatives: es van expressar com a mitjana $\pm$ desviació estàndard (DE). La comparació entre grups es va realitzar mitjançant la prova U de Mann-Whitney per a dades no paramètriques.
- Variables categòriques: es van presentar com a freqüències absolutes i percentatges i es van comparar amb la prova de Chi quadrat (χ^2) o, quan alguna cel·la tenia valors inferiors a 5, amb la prova exacta de Fisher.

Els percentatges de letalitat es van calcular exclusivament sobre els pacients amb temptativa autolítica (n = 862), mentre que els percentatges de risc percebut es van estimar només sobre els pacients amb ideació suïcida sense temptativa (n = 463).

9.4.2 Anàlisi de comparació entre períodes pre- i post-CRS

Per a comparar els tipus de derivacions i els recursos entre els períodes pre- i post-CRS, es van dur a terme anàlisis de contingència amb la prova exacta de Fisher, atenent la presència de freqüències inferiors a 5 en algunes cel·les. Les comparacions es van realitzar tant en la mostra total de consultes com diferenciant els tipus de consultes (ideació i temptatives).

9.4.3 Regressions logístiques binàries

Per a determinar factors predictors independents, es van plantejar diversos models de regressió logística binària ajustats per edat, sexe, tipus de consulta, risc suïcida percebut, antecedents de temptatives prèvies, i totes aquelles variables rellevants que van mostrar diferències basals entre ambdues cohorts.

1. Vinculació a la xarxa de Salut Mental: es va avaluar quins factors prediuen que un pacient sigui vinculat a la xarxa especialitzada després d'una consulta per risc de suïcidi. Es van comprovar la tolerància i el Variance Inflation Factor (VIF) per descartar col·linealitat entre variables. Posteriorment, es va incloure el factor grup (Pre-CRS vs Post-CRS) per determinar l'efecte independent del programa CRS.
2. Cita òptima amb el servei: es va analitzar si la pertinença al grup post-CRS prediu que un pacient rebi una visita en condicions òptimes (10 dies per a adults, 3 dies per a menors d'edat, 1 mes si va requerir ingrés), ajustant per variables sociodemogràfiques, tipus de consulta, risc percebut, antecedents de temptatives prèvies, estressors psicosocials, consum de tòxics i malalties físiques discapacitants.
3. Inassistència a la cita programada: es va realitzar una regressió logística binomial sobre els pacients del període post-CRS per a identificar factors independents associats al fet de no acudir a la cita programada pel sistema.
4. Nova temptativa i mortalitat: en la mostra de 873 pacients post-CRS, es va dur a terme una anàlisi univariable (Chi-quadrat per a variables categòriques i correlació per a variables numèriques), seguida d'una regressió logística multivariable amb mètode backward selection, proporcionant odds ratios (OR) i intervals de confiança del 95% (IC 95%).

9.4.4 Anàlisi de recurrència i nova visita a urgències per risc de suïcidi

Per analitzar si la implementació del programa CRS augmentava la probabilitat que els subjectes sol·licitessin ajuda urgent per ideació suïcida abans que per temptativa, es van realitzar anàlisis descriptives i taules de contingència del motiu de consulta entre els pacients que van tornar a urgències durant l'any posterior, comparant els grups pre-CRS i post-CRS.

9.4.5 Anàlisi de supervivència

Per avaluar el retorn a urgències per temptativa de suïcidi en el primer any de seguiment, es van construir corbes de Kaplan-Meier, amb comparació entre grups mitjançant la prova log-rank. Atesa la baixa incidència dels esdeveniments, es va calcular el Restricted Mean Survival Time (RMST) per a TAU = 365 dies.

També es van ajustar models de regressió de Cox de risc proporcional, calculant els hazard ratios sense ajustar i ajustats per edat, sexe, tipus de consulta, risc suïcida percebut, antecedents de temptatives prèvies, i totes aquelles variables rellevants que van mostrar diferències basals entre ambdues cohorts. Es va utilitzar el Concordance Index (C-index) per avaluar la discriminació dels models. Les anàlisis es van realitzar en dos escenaris: (1) mostra completa i (2) pacients adherits al programa (compliment adequat de la visita programada).

9.4.6 Mortalitat prematura i suïcidi com a causa de mort

Es va dur a terme una anàlisi de mortalitat prematura en pacients post-CRS, comparant l'edat al decés amb els lílindars d'esperança de vida a Espanya (87 anys per a dones i 81 anys per a homes; INE 2025). Posteriorment, es van reconstruir les corbes de supervivència i es van analitzar els factors de risc específics associats amb el suïcidi com a causa de mort dins d'aquesta cohort.

9.4.7 Nivell de significació i software

Totes les anàlisis es van realitzar utilitzant el software Jamovi (versió 2.6.44). Es va considerar estadísticament significatiu un valor de $p < 0,05$ (bilateral).

9.5 Aplicacions i eines informàtiques utilitzades

Per al desenvolupament d'aquesta recerca s'han emprat diversos programes informàtics i plataformes digitals que han facilitat la gestió de dades, l'anàlisi estadística, el processament documental i la redacció del treball. A continuació es descriuen les principals eines utilitzades.

Microsoft Office: Word i Excel

Microsoft Word i Microsoft Excel, integrats dins el paquet Microsoft Office, han estat utilitzats respectivament per a la redacció del document de la tesi i per a la gestió, sistematització i preprocessament de dades numèriques. Word ha permès estructurar el contingut, aplicar estils acadèmics i gestionar taules, figures i referències. Excel s'ha emprat per a l'organització inicial de les bases de dades, la realització de càlculs preliminars i la preparació de fitxers per a la posterior anàlisi estadística.

Programa estadístic JAMOV

L'anàlisi estadística s'ha dut a terme mitjançant el programari JAMOV (The Jamovi Project, 2025), una plataforma d'anàlisi de dades de codi obert que integra una interfície intuïtiva i diversos mòduls d'estadística bàsica i avançada. La versió utilitzada en aquesta recerca ha estat la 2.6, que permet executar proves descriptives, comparatives i multivariants, a més de generar sortides gràfiques d'alta qualitat.

Aplicació GRANMO per al càlcul de la mesura mostral

Per al càlcul de la mesura mostral necessari segons els requisits metodològics del disseny, s'ha utilitzat l'aplicació GRANMO (versió 8.00, 2022-12-30). Aquesta eina, desenvolupada per professionals de l'àmbit de la recerca biomèdica, facilita el càlcul robust de la mesura de la mostra per a diferents tipus d'estudis, garantint la potència estadística adequada.

Bases de dades electròniques

Les dades clíniques necessàries per al desenvolupament de l'estudi s'han extret de les bases de dades de registres electrònics, les quals proporcionen informació estructurada, anonimitzada i validada, amb garantia de traçabilitat i qualitat del registre clínic.

Sistema d'informació clínica CRS

S'ha utilitzat el sistema CRS (Quilez, Martinez, Mas i Garcia, 2025) per a la consulta i extracció de dades clíniques específiques relatives al programa objecte d'aquest estudi. Aquesta eina permet la recuperació estructurada d'informació per a usos de recerca i gestió clínica.

Programa IMASIS del Parc de Salut Mar

El programa IMASIS, desenvolupat pel Parc de Salut Mar, ha estat utilitzat com a suport per a la consulta i la verificació de dades registrades en l'àmbit hospitalari. Es tracta d'un sistema d'informació assistencial que integra dades clíniques i administratives, facilitant la revisió de registres i la validació d'informació per al projecte.

Plataforma digital Mendeley

Per a la gestió bibliogràfica, la citació automàtica i l'organització de la literatura científica consultada, s'ha utilitzat la plataforma digital Mendeley. Aquesta eina ha permès crear una base de dades bibliogràfica estructurada, gestionar arxius PDF i aplicar estils de citació normalitzats segons els requisits editorials de la tesi.

Eines lingüístiques: Softcatalà i Optimot

Durant el procés de redacció, revisió i correcció lingüística del document, s'han emprat les eines Softcatalà i l'Optimot. Softcatalà ha facilitat la correcció ortogràfica i gramatical en llengua catalana, mentre que l'Optimot —ofert pel Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya— ha estat utilitzat per a la consulta de criteris lingüístics, convencions terminològiques i dubtes d'ús normatiu.

9.6 Consideracions ètiques i legals

El protocol d'aquest estudi ha estat revisat i aprovat pel **Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) del Parc de Salut Mar**, amb número de protocol **CEIC 2018/8268/I**. El desenvolupament de la recerca s'ha ajustat estrictament als principis ètics recollits en la Declaració d'Hèlsinki, així com als drets i garanties reconeguts per la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea (2000/C 364/01) i pel Conveni Europeu de Drets Humans. Igualment, s'han seguit les disposicions de la Directiva 95/46/CE relativa a la protecció de dades personals, vigents en el moment de la planificació i recollida de la informació.

La inclusió dels participants en el sistema CRS es va dur a terme mitjançant la prèvia obtenció del **consentiment informat**, d'acord amb les directrius recollides en la **Instrucció 10/2015 del Servei Català de Salut**, vinculada al programa (vegeu Annex 1). Això garanteix que tots els subjectes que formen part de la cohort van ser informats de manera clara i completa sobre la finalitat de la inclusió al programa i sobre l'ús de les seves dades.

Les variables emprades en aquesta investigació provenen de registres clínics electrònics de salut, els quals contenen informació especialment sensible i estan subjectes a estrictes mesures de confidencialitat, motiu pel qual no són d'accés públic. L'accés als registres s'ha gestionat de manera controlada i limitada, d'acord amb la normativa vigent i amb les autoritzacions específiques concedides.

Tota la informació personal inclosa en la base de dades ha estat anonimitzada i desidentificada, seguint els criteris tècnics i legals establerts per a garantir la protecció de dades, la privacitat i la seguretat dels participants. Aquest procés s'ha dut a terme sota la supervisió i aprovació del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del Parc de Salut Mar, assegurant el compliment de tots els principis ètics de la recerca biomèdica.

10. Resultats

10.1 Perfil de pacients, comparativa entre ambdós períodes

En total es van analitzar **1.325 episodis** d'atenció urgent per ideació o conducta suïcida, distribuïts entre els períodes Pre-CRS i Post-CRS. La mitjana d'edat dels pacients fou de 43,4 anys (DE = 15,9), sense diferències estadísticament significatives entre els dos períodes ($p = 0,069$). La distribució per gènere va mostrar una presència predominant de dones (59,9%), mantenint-se estable entre períodes ($p = 0,526$). La Taula 1 mostra les característiques sociodemogràfiques, clíniques, i factors de risc dels pacients atesos a urgències per ideació o conducta suïcida, així com les estadístiques comparatives per a cada factor entre ambdós períodes.

Taula Característiques sociodemogràfiques, clíniques i factors de risc dels pacients atesos a urgències per ideació o conducta suïcida. Comparació Pre-CRS vs Post-CRS

Variable	Total (n = 1325)	Pre-CRS (n = 452)	Post-CRS (n = 873)	Estadístic	p-valor
Edat (mitjana $\pm$ DE)	43,4 ($\pm 15,9$)	42,3 ($\pm 14,7$)	44,0 ($\pm 16,5$)	U = 185297,0	0,069
Gènere				$\chi^2 = 0,40$	0,526
Home, n (%)	531 (40,1%)	187 (41,4%)	344 (39,4%)		
Dona, n (%)	794 (59,9%)	265 (58,6%)	529 (60,6%)		
Grups diagnòstics				$\chi^2 = 53,88$	<0,001
Trastorn adaptatiu o reacció d'estrès, n (%)	420 (31,7%)	146 (32,3%)	274 (31,4%)		
Trastorn de l'estat d'ànim, n (%)	392 (29,6%)	90 (19,9%)	302 (34,6%)		
Trastorn de la personalitat, n (%)	214 (16,2%)	74 (16,4%)	140 (16,0%)		
Trastorns addictius, n (%)	100 (7,5%)	54 (11,9%)	46 (5,3%)		
Trastorn psicòtic, n (%)	85 (6,4%)	44 (9,7%)	41 (4,7%)		
Trastorn d'ansietat i somatomorf, n (%)	84 (6,3%)	34 (7,5%)	50 (5,7%)		
Trastorn del neurodesenvolupament, n (%)	14 (1,1%)	5 (1,1%)	9 (1,0%)		
Trastorn neurocognitiu, n (%)	7 (0,5%)	2 (0,4%)	5 (0,6%)		
Trastorn de la conducta alimentària, n (%)	6 (0,5%)	2 (0,4%)	4 (0,5%)		
Altres, n (%)	2 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,2%)		
Tipus de consulta UCIAS				$\chi^2 = 6,86$	0,009
Ideació, n (%)	463 (34,9%)	180 (39,8%)	283 (32,4%)		
Tentativa, n (%)	862 (65,1%)	272 (60,2%)	590 (67,6%)		
Risc percebut en consultes per ideació				$\chi^2 = 51,42$	<0,001
Risc baix, n (%)†	392/463 (84,7%)	180/180 (100%)	212/283 (74,9%)		
Risc alt, n (%)†	71/463 (15,3%)	0/180 (0,0%)	71/283 (25,1%)		
Letalitat de les temptatives				$\chi^2 = 0,05$	0,832
Letalitat baixa, n (%)‡	520/862 (60,3%)	166/272 (61,0%)	354/590 (60,0%)		
Letalitat alta, n (%)‡	342/862 (39,7%)	106/272 (39,0%)	236/590 (40,0%)		
Tentatives prèvies				$\chi^2 = 10,99$	<0,001
No, n (%)	736 (55,5%)	280 (61,9%)	456 (52,2%)		
Sí, n (%)	589 (44,5%)	172 (38,1%)	417 (47,8%)		

Variable	Total (n = 1325)	Pre-CRS (n = 452)	Post-CRS (n = 873)	Estadístic	p-valor
Estressors psicosocials				$\chi^2 = 219,20$	<0,001
No, n (%)	328 (24,8%)	222 (49,1%)	106 (12,1%)		
Sí, n (%)	992 (74,9%)	228 (50,4%)	764 (87,5%)		
Problemes físics discapacitants				$\chi^2 = 15,73$	<0,001
No, n (%)	1075 (81,1%)	394 (87,2%)	681 (78,0%)		
Sí, n (%)	250 (18,9%)	58 (12,8%)	192 (22,0%)		
Consum de substàncies				$\chi^2 = 5,22$	0,022
No, n (%)	894 (67,5%)	286 (63,3%)	608 (69,6%)		
Sí, n (%)	431 (32,5%)	166 (36,7%)	265 (30,4%)		

† Percentatges de letalitat calculats sobre pacients amb temptativa (n=862)

‡ Percentatges de risc calculats sobre pacients amb ideació (n=463)

CRS: Codi Risc Suïcidi. Els valors de p en negreta indiquen diferències estadísticament significatives ($p < 0.05$).

Taula 1: Descripció de la mostra en grup preCRS i postCRS, i comparació entre grups

Pel que fa als diagnòstics principals, els trastorns adaptatius (31,7%), els trastorns de l'estat d'ànim (29,6%) i els trastorns de personalitat (16,2%), van ser els grups diagnòstics més freqüents (més de tres quartes parts de les consultes). Tal i com s'observa a la Figura 3, es mostren poques diferències entre ambdós períodes, amb excepció dels trastorns de l'estat d'ànim, que van predominar per sobre dels trastorns adaptatius en el període Post-CRS, i els trastorns addictius i els trastorns psicòtics, que es van observar com a diagnòstic principal amb més freqüència en el període pre-CRS respecte al post-CRS (11,9% vs 5,3% i 9,7% vs 4,7%, respectivament).

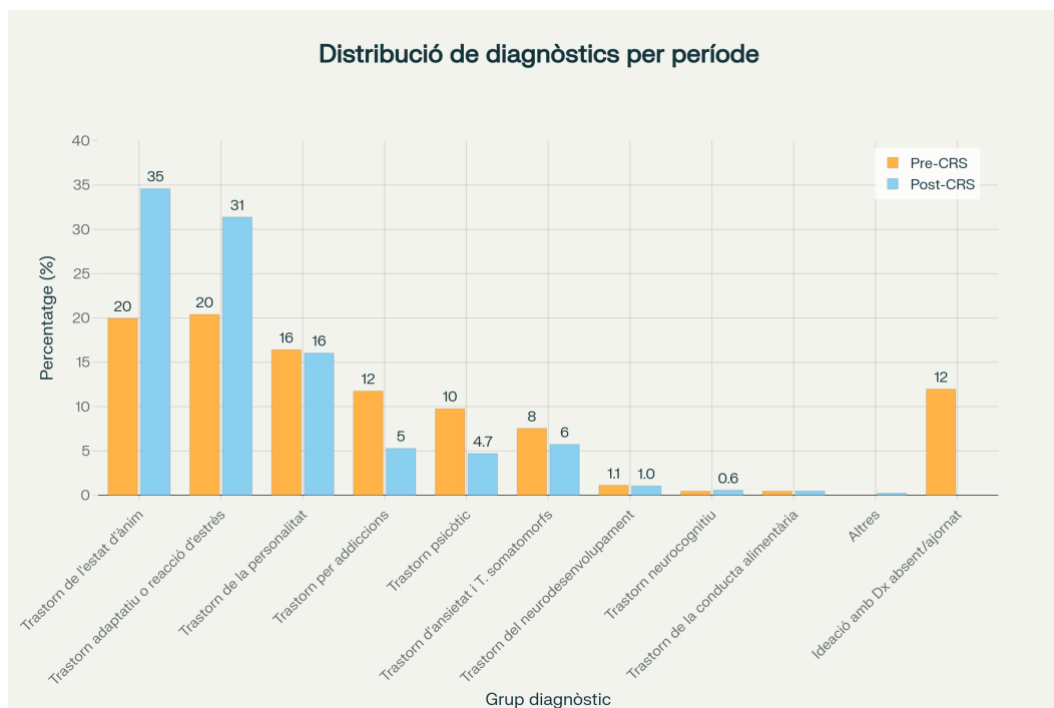


Figura 3: Distribució dels diferents diagnòstics (%) en ambdues cohortes

El tipus de consultes que es van identificar principalment a urgències van ser les temptatives, amb certes diferències entre ambdós períodes (Figura 4). Durant el període Post-CRS es va registrar un lleuger increment de les temptatives suïcides (67,6% Post-CRS vs. 60,2% Pre-CRS, $p = 0,009$), tot i que amb una distribució del grau de letalitat similar al període previ. La major part de les consultes ateses per ideació autolítica en ambdós períodes va ser percebuda com de baix risc, 84,7%. Tot i això, durant el programa CRS es van identificar casos d'ideació autolítica de risc elevat, amb major freqüència que en el període previ (25,1% vs 0%, $p = 0,001$).

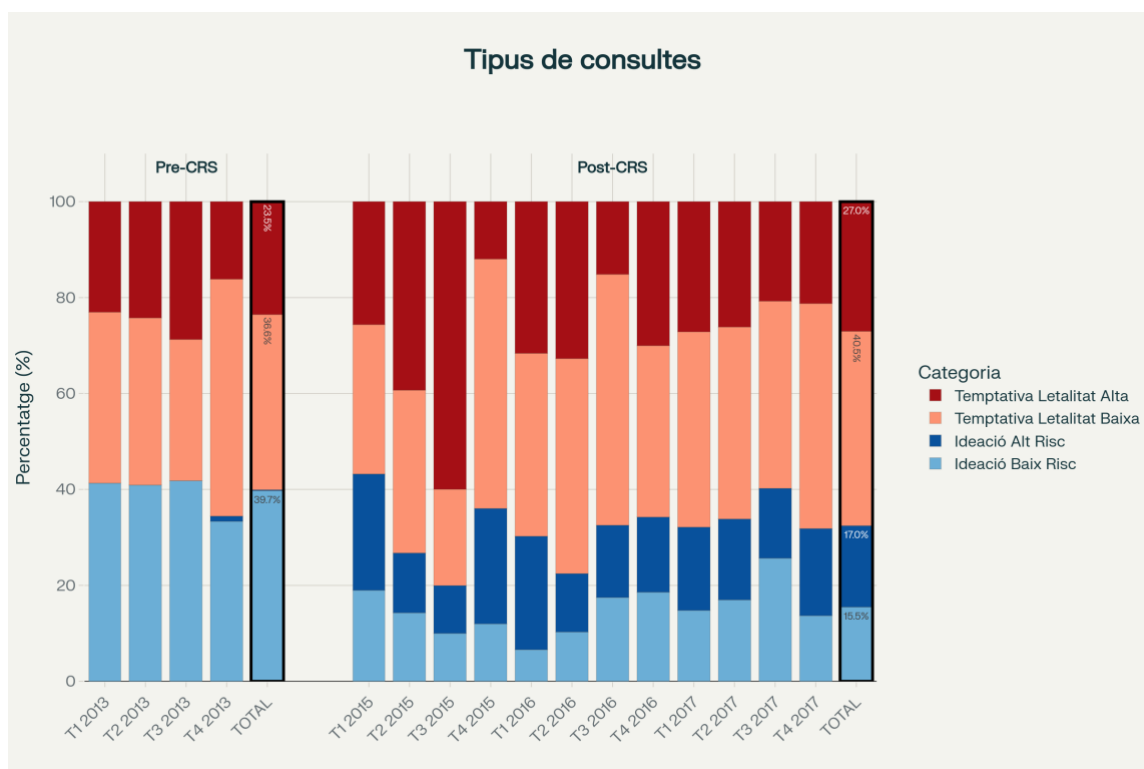


Figura 4: perfil de les visites a urgències (%), distribució trimestral, tipus de consulta (ideació/ valoració del risc; temptativa/ valoració grau de letalitat)

Poc menys de la meitat dels pacients (44,5%) presentaven antecedents de temptatives autolítiques, amb un cert increment de la proporció en el període Post-CRS (47,8% vs. 38,1%; $p < 0,001$).

Pel que fa als estressors psicosocials, es va observar un increment molt marcat entre els individus avaluats durant el període Post-CRS (87,5% vs. 50,4%; $p < 0,001$). Així mateix, els problemes físics discapacitants van ser més prevalents en aquest període (22,0% vs. 12,8%; $p < 0,001$). Aquests resultats són atribuïbles, possiblement, a una avaluació més matisada a les consultes. Finalment, el consum de substàncies va mostrar una lleugera disminució en el període Post-CRS (30,4% vs. 36,7%), tot i mantenir diferències significatives ($p = 0,022$).

Així doncs, la gran majoria dels individus inclosos presenten un diagnòstic psiquiàtric (més de les tres quartes parts). Els diagnòstics més freqüents van ser els trastorns afectius, trastorns adaptatius, i trastorns de personalitat i per ús de substàncies, tots ells associats a la literatura amb risc de suïcidi. Destaca també la presència de factors clínics associats a vulnerabilitat per a conducta suïcida, com els estressors psicosocials, presents en més de la meitat dels individus en el període previ i en més de tres quartes parts en el segon període, i problemes físics discapacitants en prop d'una quarta part dels individus del període post-CRS.

D'altra banda, aquelles variables en les que es van trobar diferències rellevants entre ambdós cohorts, van ser tingudes en compte en la resta d'anàlisis, quan era oportú.

10.2 Factors que determinen la derivació a la xarxa de Salut Mental després d'haver estat atesos a urgències per ideació o conducta suïcida.

L'objectiu d'aquest apartat és analitzar els factors que influeixen en la derivació dels pacients a la xarxa de Salut Mental un cop han estat atesos al servei d'urgències per ideació o conducta suïcida. Amb aquesta finalitat, es compara el patró de derivacions entre les dues cohorts temporals —**Pre-CRS** i **Post-CRS**— per tal d'identificar possibles diferències associades a la implementació del programa i als canvis organitzatius o assistencials derivats. La Taula 2 presenta el nombre de derivacions registrades en cada recurs assistencial, així com els percentatges corresponents, per a tots dos períodes estudiats.

Derivació post visita a urgències

		DERIVACIÓ POST URGÈNCIA						Total
Grupo		Deriva PSQ con cita	Deriva PSQ sin cita	Ingreso hospitalario	Sin derivación PSQ	Visita PSQ previa	Alta Voluntaria	
Pre-CRS	Observado	111	65	90	126	43	11	446
	% de fila	24.9%	14.6%	20.2%	28.3%	9.6%	2.5%	100.0%
Post-CRS	Observado	542	113	164	47	1	6	873
	% de fila	62.1%	12.9%	18.8%	5.4%	0.1%	0.7%	100.0%
Total	Observado	653	178	254	173	44	17	1319
	% de fila	49.5%	13.5%	19.3%	13.1%	3.3%	1.3%	100.0%

Taula 2: Tipus de derivació post visita a urgències en ambdós grups, observat i %

En el període Pre-CRS, la distribució del tipus de derivació després de la valoració a urgències mostrava major heterogeneïtat. El 24,9% dels pacients va ser derivat a recursos especialitzats de Salut Mental (SM/PSQ) amb cita programada, mentre que el 28,3% no va rebre cap derivació a SM/PSQ. L'ingrés hospitalari es va indicar en el 20,2% dels casos, i el 9,6% disposaven d'una visita a SM/PSQ programada, prèvia a la consulta. Les altes voluntàries representaven el 2,5%.

Després de la implementació del programa CRS (cohorte Post-CRS) es va observar un increment notable en la derivació a recursos de SM/PSQ amb cita programada (proporcionada majoritàriament per l'activació del programa CRS). El 62,1% dels pacients va ser derivat a PSQ amb cita, proporció molt superior a la del període Pre-CRS. Paral·lelament, els casos sense derivació van disminuir fins al 5,4% (vs el 28,3% pre-CRS). L'ingrés hospitalari es va mantenir en proporcions similars en ambdós períodes (18,8%), mentre que disposar de visita programada prèviament a la urgència, i l'alta voluntària es va reduir a valors pràcticament testimonials (0,1% i 0,7%, respectivament).

En conjunt, els resultats mostren un canvi ostensible en la decisió del professional sobre el recurs on decideix derivar al pacient post visita d'urgències. **S'incrementa el número de pacients totals derivats a recurs de salut mental**, del 39,5% (49% si s'inclou els que ja disposaven de cita prèvia) pre-CRS, al 75% post-CRS, amb un increment substancial de la derivació protocol·litzada (**amb cita programada**) per a vinculació a la xarxa especialitzada de Salut Mental en el període post CRS (62,1% vs 24,9%).

Els resultats de la prova d'independència mostren que existeix una associació estadísticament significativa entre les variables analitzades. L'aplicació del **test exacte de Fisher**, utilitzat en aquest cas per la presència de freqüències esperades baixes i reforçat mitjançant **simulació de Monte Carlo**, indica una diferència significativa en la distribució de les categories comparades ($p < .001$).

Aquest resultat suggereix que la variació observada entre els grups no és atribuïble al producte de l'atzar, i per tant, les discrepàncies detectades tenen rellevància estadística. El nombre total d'observacions analitzades (**N = 1319**) garanteix una potència adequada per validar aquesta conclusió.

En síntesi, la prova confirma que els patrons observats en la taula 2 —ja sigui en termes de derivació, freqüències o distribucions categòriques— **presenten diferències significatives entre els grups comparats**, posant de manifest una relació entre la implementació del programa i la major probabilitat de derivació a SM.

Per determinar si la derivació a recurs de SM s'associava al motiu de la visita, es comparen de nou les cohorts, separant el tipus de visita segons el motiu de la mateixa (ideació i temptativa). La Taula 3 mostra el tipus de derivació en ambdues cohorts separades pel tipus de visita (ideació/temptativa).

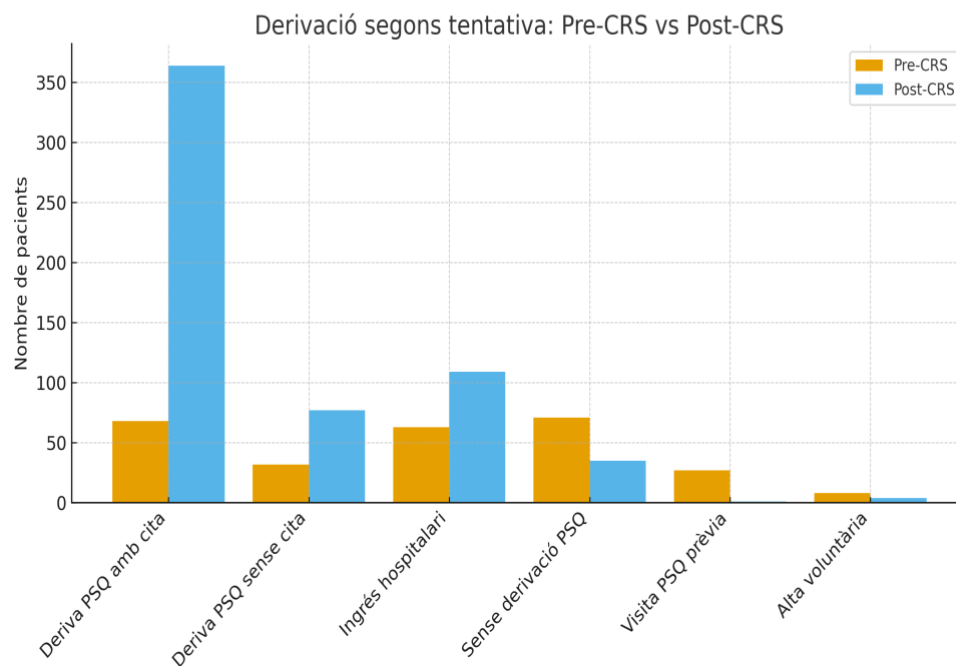
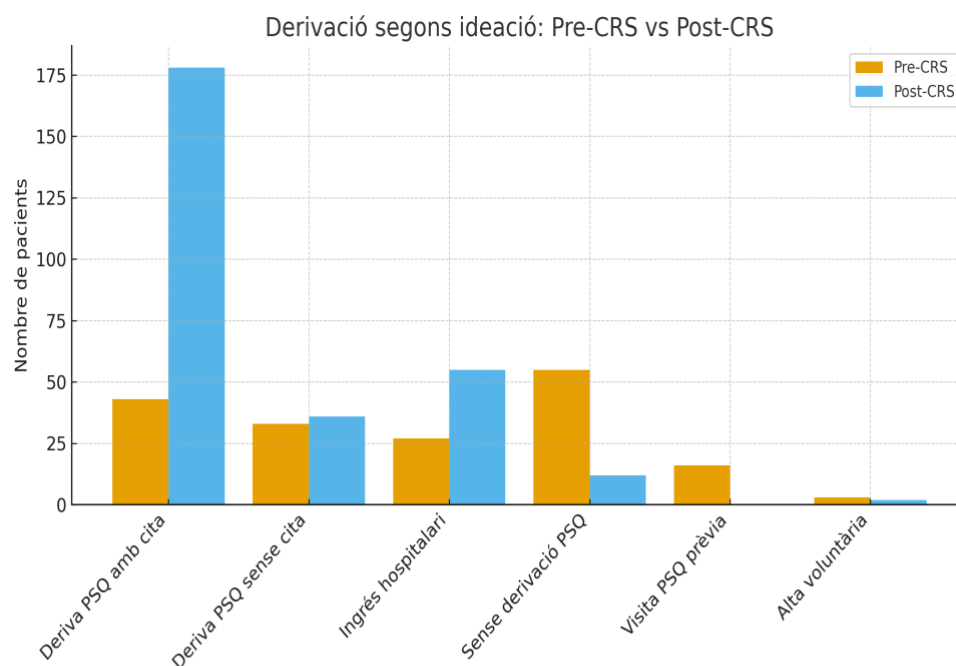
Tipo de consulta	Grupo		DERIVACIÓN TRAS LA URGENCIA						Total
			Deriva PSQ con cita	Deriva PSQ sin cita	Ingreso hospitalario	Sin derivación PSQ	Visita PSQ previa	Alta Voluntaria	
Ideación	Pre-CRS	Observado	43	33	27	55	16	3	177
		% de fila	24.3%	18.6%	15.3%	31.1%	9.0%	1.7%	100.0%
	Post-CRS	Observado	178	36	55	12	0	2	283
		% de fila	62.9%	12.7%	19.4%	4.2%	0.0%	0.7%	100.0%
	Total	Observado	221	69	82	67	16	5	460
		% de fila	48.0%	15.0%	17.8%	14.6%	3.5%	1.1%	100.0%
	Tentativa	Observado	68	32	63	71	27	8	269
		% de fila	25.3%	11.9%	23.4%	26.4%	10.0%	3.0%	100.0%
	Pre-CRS	Observado	68	32	63	71	27	8	269
		% de fila	25.3%	11.9%	23.4%	26.4%	10.0%	3.0%	100.0%
	Post-CRS	Observado	364	77	109	35	1	4	590
		% de fila	61.7%	13.1%	18.5%	5.9%	0.2%	0.7%	100.0%
	Total	Observado	432	109	172	106	28	12	859
		% de fila	50.3%	12.7%	20.0%	12.3%	3.3%	1.4%	100.0%
	Tentativa	Observado	68	32	63	71	27	8	269
		% de fila	25.3%	11.9%	23.4%	26.4%	10.0%	3.0%	100.0%

Taula 3: Tipus de derivació post visita a urgències en ambdós grups, separat per tipus de visita (ideació/temptativa), observat i %

Si es té en compte el motiu de visita, les derivacions a SM amb cita programada quan el motiu era ideació autolítica, representaven el 24,3% de les consultes en el període previ, mentre que en el període Post-CRS aquest percentatge augmenta fins al 62,9%. Paral·lelament, les derivacions sense cita disminueixen lleugerament (18,6% vs. 12,7%) i la proporció de pacients sense cap derivació a SM cau de manera molt notable (31,1% vs. 4,2%). Les hospitalitzacions mostren un increment moderat (15,3% a 19,4%). El test exacte de Fisher confirma diferències estadísticament significatives ($p < 0,001$).

En els casos de temptativa, la implementació del CRS també comporta un augment pronunciat de les derivacions amb cita a PSQ (25,3% Pre-CRS vs. 61,7% Post-CRS). Les hospitalitzacions disminueixen lleugerament (23,4% vs. 18,5%) i les consultes sense derivació s'escurcen de manera destacada (26,4% vs. 5,9%). Les derivacions sense cita es mantenen relativament estables. Igualment, el test exacte de Fisher mostra diferències significatives entre períodes ($p < 0,001$).

Les diferències en el tipus de derivació entre períodes es mantenen tant en les consultes per ideació, com en aquelles el motiu de la qual era una temptativa. Les diferències entre grups van ser estadísticament significatives ($p < 0,001$). Les figures 5a i 5b mostren la distribució de derivacions en el període pre i post-CRS segons motiu de consulta.



Figures 5a i 5b: Distribució de derivacions en el període pre i post-CRS segons motiu de consulta

10.3 Recurs de derivació després de l'atenció a urgències (Pre-CRS vs Post-CRS)

En aquest apartat s'examinen les diferències en el recurs de derivació assignat als pacients després de rebre atenció al servei d'urgències per ideació o conducta suïcida, comparant les cohorts Pre-CRS i Post-CRS. L'anàlisi pretén determinar si la implementació del programa CRS ha modificat els circuits assistencials o els criteris de derivació cap a la xarxa de Salut Mental als diferents recursos possibles. Les dades obtingudes, que inclouen la distribució de derivacions a cada recurs específic, i els percentatges corresponents, es presenten de manera detallada a la Taula 4.

Tipus consulta	Grup	Recurs de Derivació										Total
			CAS	U. Crisis	AP/otro	CSMA	SATMI	HdDía	Privado	H. Agudos	Desconocido	
Idea	Pre-CRS	Obs.	27	8	56	51	1	1	3	28	0	175
		% de fila	15.4 %	4.6 %	32.0 %	29.1 %	0.6 %	0.6 %	1.7 %	16.0 %	0.0 %	100.0 %
	Post-CRS	Obs.	21	17	14	172	2	1	0	56	0	283
		% de fila	7.4 %	6.0 %	4.9 %	60.8 %	0.7 %	0.4 %	0.0 %	19.8 %	0.0 %	100.0 %
	Tot	Obs.	48	25	70	223	3	2	3	84	0	458
		% de fila	10.5 %	5.5 %	15.3 %	48.7 %	0.7 %	0.4 %	0.7 %	18.3 %	0.0 %	100.0 %
Tent	Pre-CRS	Obs.	23	12	73	82	4	4	4	63	0	265
		% de fila	8.7 %	4.5 %	27.5 %	30.9 %	1.5 %	1.5 %	1.5 %	23.8 %	0.0 %	100.0 %
	Post-CRS	Obs.	29	26	40	375	1	2	7	109	1	590
		% de fila	4.9 %	4.4 %	6.8 %	63.6 %	0.2 %	0.3 %	1.2 %	18.5 %	0.2 %	100.0 %
	Total	Obs.	52	38	113	457	5	6	11	172	1	855
		% de fila	6.1 %	4.4 %	13.2 %	53.5 %	0.6 %	0.7 %	1.3 %	20.1 %	0.1 %	100.0 %
Total	Pre-CRS	Obs.	50	20	129	133	5	5	7	91	0	440
		% de fila	11.4 %	4.5 %	29.3 %	30.2 %	1.1 %	1.1 %	1.6 %	20.7 %	0.0 %	100.0 %
	Post-CRS	Obs.	50	43	54	547	3	3	7	165	1	873
		% de fila	5.7 %	4.9 %	6.2 %	62.7 %	0.3 %	0.3 %	0.8 %	18.9 %	0.1 %	100.0 %
	Tot	Obs.	100	63	183	680	8	8	14	256	1	1313
		% de fila	7.6 %	4.8 %	13.9 %	51.8 %	0.6 %	0.6 %	1.1 %	19.5 %	0.1 %	100.0 %

Taula 4: Recurs de derivació post visita a urgències en ambdós grups, separat per tipus de visita (ideació/ temptativa), observat i %. Idea= ideació; Tent=temptativa; Obs.=observat; Tot=total.

En l'anàlisi comparativa del tipus de recurs a on era derivat l'individu, després de l'atenció a urgències per ideació o conducta suïcida, s'observen diferències estadísticament significatives entre el període Pre-CRS i el període Post-CRS, tant en casos d'ideació com de temptativa ($p < 0,001$ en tots dos casos). En les consultes a urgències per **ideació suïcida**, durant el període Pre-CRS, predominaven les derivacions cap a l'Atenció Primària de Salut (AP) o altres recursos comunitaris (32,0%) i cap al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) (29,1%). Després de la implementació del CRS, es produeix un increment substancial de les derivacions al CSMA (60,8%), mentre que les derivacions a AP/altres, disminueixen notablement fins al 4,9%. També augmenten les derivacions a la Unitat de Crisi (de 4,6% a 6,0%) i als hospitals d'aguts (de 16,0% a 19,8%).

Quan s'analitzen les visites per **temptativa**, el patró és similar. En el període Pre-CRS, les derivacions predominants corresponen al CSMA (30,9%) i a AP/altres (27,5%). Amb el CRS ja implementat, les derivacions cap al CSMA augmenten fins al 63,6%, mentre que es redueixen dràsticament les derivacions a AP/altres (6,8%). Les derivacions a hospitalització psiquiàtrica d'aguts disminueixen lleugerament (23,8% a 18,5%), mentre que la utilització de recursos com la Unitat de Crisi o els dispositius especialitzats (SATMI, Hospital de Dia) es manté pràcticament estable.

En l'anàlisi global, sumant ideació i temptativa, es confirma aquesta tendència: després del desenvolupament del CRS, el CSMA esdevé el recurs principal de derivació (62,7% en el Post-CRS vs. 30,2% en el Pre-CRS), mentre que les derivacions a AP/altres es redueixen des del 29,3% fins al 6,2% ($p < 0,001$). La figura 6 mostra la distribució del recurs al que es va derivar als pacients, en funció del motiu de consulta, en tots 2 períodes. Aquestes dades suggereixen que **el programa CRS ha produït un canvi rellevant en els circuits de derivació, reforçant l'orientació cap a recursos especialitzats en salut mental i disminuint la dispersió prèvia**. Cal destacar la derivació específica de visites amb temptativa a la xarxa d'addiccions (CAS, Centre Atenció i Seguiment a les drogodependències). La derivació a aquest recurs va mostrar dades inferiors de derivació durant el període inicial d'implementació del programa (4,9% vs 8,7%). Aquesta situació es deu al fet que aquest recurs no es va incorporar inicialment al programa CRS i, probablement, a la prioritització de derivació amb cita programada a recurs específic de SM, abans que a recurs específic de drogodependències, sense possibilitat de cita programada durant el període estudiat. El sistema no es va habilitar per l'enviament del missatge d'activació, i per tant no s'activava la programació proactiva de cita preferent en aquest recurs. Aquesta situació va romandre amb aquesta organització fins l'any 2022. A partir d'aquest any, 5 CAS de l'àrea metropolitana es van incorporar al sistema amb contraprestació i l'any 2025 ja està la totalitat de la xarxa incorporada. Pel que fa al període temporal de la mostra, no era possible l'activació de seguiment en aquest recurs, el que justificaria la disminució en la derivació pre i post.

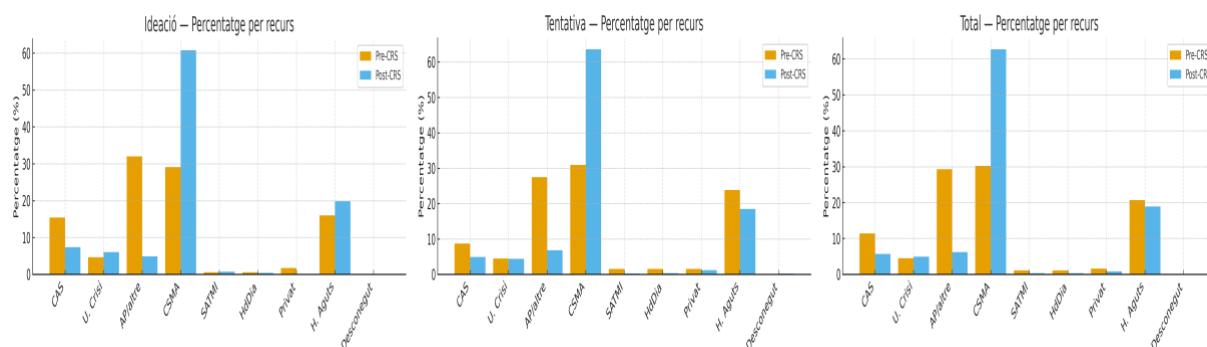


Figura 6. Distribució de recurs de derivació separat per motiu de consulta i total

Els resultats de les proves d'independència indiquen l'existència de **diferències estadísticament significatives en el recurs de derivació** posteriors a l'atenció a urgències quan es comparen les cohorts Pre-CRS i Post-CRS. El test exacte de Fisher, aplicat per a totes les anàlisis a causa de la presència de freqüències esperades reduïdes i reforçat mitjançant simulació de Monte Carlo, evidencia diferències significatives en tots els tipus de consulta estudiats ($p < .001$ en tots els casos).

En el subgrup de consultes per **ideació suïcida** ($N = 458$), s'observa una distribució desigual dels recursos de derivació entre ambdós períodes, suggerint canvis en els criteris de derivació després de la implementació del programa CRS. De manera similar, en les consultes per **temptativa autolítica** ($N = 855$), les diferències detectades confirmen modificacions rellevants en el procés de derivació clínica entre els dos intervals analitzats.

Quan s'analiza el conjunt global de consultes (**$N = 1313$**), la significació estadística mantinguda (**$p < .001$**) reforça la conclusió que el patró de derivació varia de manera consistent entre les cohorts pre i post CRS. En conjunt, aquests resultats suggereixen que **la introducció del programa CRS ha estat associada a canvis substancials en la derivació assistencial dels pacients atesos a urgències per ideació o conducta suïcida**.

10.4 Factors que determinen la derivació a la xarxa de SM comunitària

Amb l'objectiu d'identificar quins factors prediuen de manera independent que el facultatiu derivi el pacient a la xarxa especialitzada de Salut Mental després d'una consulta a urgències per conducta suïcida, es va dur a terme una regressió logística binomial. La variable dependent fou la vinculació a la xarxa de Salut Mental, que incloïa tots els casos derivats a ingrés psiquiàtric o a un dispositiu ambulatori especialitzat de SM (tant si es programava una cita com si s'establí un altre tipus de procediment). Es van excloure de l'anàlisi aquells pacients amb derivació desconeguda i els que havien sol·licitat l'alta voluntària.

Com a variables independents es van incloure les característiques sociodemogràfiques bàsiques, així com els factors tradicionalment identificats a la literatura com a rellevants en la valoració del risc de conducta suïcida: el tipus de consulta (ideació vs. temptativa), el risc percebut pel professional (baix vs. alt), els antecedents de temptatives prèvies, la presència d'estressors psicosocials, l'existència de malalties físiques discapacitants, el consum de substàncies i el grup diagnòstic principal.

Abans d'estimar el model final, es va examinar la possible presència de col·linealitat entre els predictors mitjançant l'índex de tolerància i el Factor d'Inflació de la Variància (VIF). Tots els valors de VIF es van situar entre 1.0 i 1.4, mentre que les toleràncies es mantien per sobre de 0.87, indicant de manera consistent l'absència de col·linealitat significativa entre les variables incloses. Aquests resultats garanteixen l'estabilitat i interpretabilitat dels coeficients del model.

Les mesures d'ajust mostren que el model final presenta una desviació de 818, un valor d'AIC de 856, i un coeficient R^2 de McFadden de 0.194, calculat sobre una mostra final de $N = 1296$ individus. Aquest nivell d'ajust és coherent amb models clínics de predicció multivariable en contextos complexos, i suggereix que els predictors inclosos expliquen una proporció rellevant —encara que moderada— de la variabilitat en la decisió de derivació.

En conjunt, les anàlisis indiquen que el model disposa d'un ajust adequat i que els factors considerats aporten informació explicativa rellevant per comprendre la presa de decisions clíniques sobre la vinculació dels pacients als serveis especialitzats de Salut Mental després d'una consulta per conducta suïcida.

Model de regressió logística sobre la derivació i vinculació a la Xarxa de SM

L'anàlisi de regressió logística binària va permetre identificar quins factors prediuen la probabilitat que un pacient sigui vinculat a la xarxa especialitzada de SM/ Psiquiatria (PSQ) després d'una consulta a urgències per ideació o temptativa suïcida. Les variables sociodemogràfiques, com el gènere i l'edat, no van mostrar una associació significativa amb la vinculació, suggerint pes clínic, més que demogràfic, en la presa de decisions. Els valors del "Model 1 – Vinculació a la xarxa de SM" es detallen a la Taula 5.

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Constante	- 1.39432	0.58303	- 2.392	0.017	0.2480
P_Gènere:					
Hombre – Mujer	0.09631	0.20075	0.480	0.631	1.1011
Edad	- 0.00746	0.00643	- 1.160	0.246	0.9926
Tipo de consulta:					
Ideación – Tentativa	0.24670	0.20172	1.223	0.221	1.2798
Riesgo Percibido de la Consulta:					
Baja – Alta	0.79589	0.25222	3.156	0.002	2.2164
Tentativas previas:					
No – Sí	0.73184	0.21400	3.420	<.001	2.0789
Estresores psicosociales:					
No – Sí	0.93804	0.19589	4.789	<.001	2.5550
Problemas físicos discapacitantes:					
No – Sí	0.53580	0.28515	1.879	0.060	1.7088
Consumo de sustancias:					
No – Sí	0.48286	0.24017	2.011	0.044	1.6207
GrupoDiagnóstico:					
Otro – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 0.77486	1.49943	- 0.517	0.605	0.4608
Trastorno adaptativo o reacción de estrés – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.38831	0.36753	- 6.498	<.001	0.0918
Trastorno adictivos – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.69594	0.51904	- 5.194	<.001	0.0675
Trastorno de ansiedad y T. somatomorfo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.51961	0.46173	- 5.457	<.001	0.0805
Trastorno de la conducta alimentaria – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.46958	1.17743	- 2.097	0.036	0.0846
Trastorno de la personalidad – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.64155	0.41217	- 6.409	<.001	0.0713
Trastorno del estado de ánimo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 3.14605	0.39129	- 8.040	<.001	0.0430
Trastorno del neurodesarrollo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 1.52555	0.70764	- 2.156	0.031	0.2175
Trastorno neurocognitivo – Ideación con Dx ausente/aplazado	1.19701	1.19783	0.999	0.318	3.3102
Trastorno psicótico – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 3.74630	0.61987	- 6.044	<.001	0.0236

Nota. Els estimadors representen el log odds de "Vinculació a Xarxa SM = No SM" vs. "Vinculació a Xarxa SM = Xarxa SM"

Taula 5: Coeficients del Model 1 – Vinculació a Xarxa de SM

Per contra, diversos factors clínics van mostrar pes pronunciat en la decisió del professional. Els pacients valorats com de risc alt tenien més del doble de probabilitats de ser vinculats ($OR = 2,22$; $p = 0,002$), mentre que aquells amb antecedents de temptatives suïcides presentaven una probabilitat també aproximadament duplicada ($OR = 2,08$; $p < 0,001$). La presència d'estressors psicosocials va emergir com un dels predictors més rellevants ($OR = 2,56$; $p < 0,001$), confirmant el seu paper en la percepció clínica de vulnerabilitat. Tot i que amb un nivell de significació marginal, les malalties físiques discapacitants mostraren una tendència a incrementar la probabilitat de derivació ($OR = 1,71$; $p = 0,060$). Finalment, el consum problemàtic de substàncies va constituir un predictor independent significatiu ($OR = 1,62$; $p = 0,044$), reforçant la importància clínica d'aquest factor en la presa de decisions a urgències.

Pel que fa al diagnòstic associat a la consulta, la presència d'un diagnòstic psiquiàtric filiat (trastorn adaptatiu, trastorn addictiu, trastorn d'ansietat, trastorn de la personalitat, trastorn de l'estat d'ànim, principalment) també va ser un predictor determinant per a la derivació. En canvi, els trastorns neurocognitius no van mostrar un efecte significatiu, possiblement a causa de la seva baixa prevalença en la mostra. **Els resultats suggereixen que els professionals prioritzen el seguiment especialitzat en funció de la gravetat clínica i la complexitat psicopatològica del cas.**

Posteriorment, es va replicar el mateix model de regressió logística incorporant-hi el factor grup (Pre-CRS vs. Post-CRS), amb l'objectiu de determinar si la implementació del programa CRS actuava com un predictor independent de la probabilitat que un pacient fos vinculat a la xarxa de Salut Mental després d'una consulta a urgències per ideació o temptativa suïcida. Els resultats d'aquest segon model es presenten a la Taula 6.

Model 2 – Vinculació a Xarxa SM/ Programa CRS

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Constante	- 0.83806	0.59877	- 1.400	0.162	0.4325
P_Gènere:					
Hombre – Mujer	0.10118	0.20747	0.488	0.626	1.1065
Edad	- 0.00876	0.00677	- 1.294	0.196	0.9913
Tipo de consulta:					
Ideación – Tentativa	0.08296	0.21382	0.388	0.698	1.0865
Riesgo Percibido según letalidad:					
Baja – Alta	0.69734	0.26158	2.666	0.008	2.0084
Tentativas previas:					
No – Sí	0.69443	0.21919	3.168	0.002	2.0026
Estresores psicosociales:					
No – Sí	0.22153	0.21700	1.021	0.307	1.2480

Model 2 – Vinculació a Xarxa SM/ Programa CRS

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Problemas físicos discapacitantes:					
No – Sí	0.36287	0.29351	1.236	0.216	1.4375
Consumo de sustancias:					
No – Sí	0.56185	0.24962	2.251	0.024	1.7539
Grupo Diagnóstico:					
Otro – Ideación con Dx ausente/aplazado	0.75150	1.49692	0.502	0.616	2.1202
Trastorno adaptativo o reacción de estrés – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 1.39742	0.38295	- 3.649	<.001	0.2472
Trastorno adictivos – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.15447	0.52038	- 4.140	<.001	0.1160
Trastorno de ansiedad y T. somatomorfo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 1.76434	0.47261	- 3.733	<.001	0.1713
Trastorno de la conducta alimentaria – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 1.51081	1.25146	- 1.207	0.227	0.2207
Trastorno de la personalidad – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 1.86716	0.41724	- 4.475	<.001	0.1546
Trastorno del estado de ánimo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 2.07326	0.40212	- 5.156	<.001	0.1258
Trastorno del neurodesarrollo – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 0.52535	0.72539	- 0.724	0.469	0.5914
Trastorno neurocognitivo – Ideación con Dx ausente/aplazado	2.77498	1.22015	2.274	0.023	16.0383
Trastorno psicótico – Ideación con Dx ausente/aplazado	- 3.21098	0.62156	- 5.166	<.001	0.0403
Grupo:					
Post-CRS – Pre-CRS	- 1.76010	0.23317	- 7.549	<.001	0.1720

Nota. Els estimadors representen el log odds de "Vinculació a Xarxa SM = No SM" vs. "Vinculació a Xarxa SM = Xarxa SM"

Taula 6: Model 2 Vinculació a Xarxa SM introduint la variable PROGRAMA CRS

Ajust i comparació dels models

La incorporació del factor grup (Post-CRS, Pre-CRS) va millorar de manera notable l'ajust del model. Tal com es mostra a la taula 6, el Model 2—que inclou el factor Pre/Post-CRS— presenta una desviació de 758 i un AIC de 798, en comparació amb la desviació de 818 i l'AIC de 856 obtinguts en el Model 1, que no incloïa aquesta variable. Això indica que afegir el factor "Grup" aporta informació explicativa addicional i rellevant al model.

A més, el coeficient de determinació R^2 de McFadden augmenta de 0.194 en el Model 1 a 0.253 en el Model 2, fet que reflecteix un increment substancial en la capacitat explicativa del model quan es considera el període assistencial (Pre-CRS vs. Post-CRS).

La comparació formal entre models, mitjançant la prova de χ^2 de versemblança, confirma que el Model 2 és estadísticament superior al Model 1 ($\chi^2 = 60.2$, $gl = 1$, $p < .001$). Aquest resultat indica que **el factor grup millora significativament la predicció de la vinculació a la xarxa de Salut Mental**.

Interpretació global

Aquests resultats suggereixen que la implementació del programa CRS constitueix un **predictor independent significatiu** de la probabilitat de **derivació a recursos especialitzats de Salut Mental**, per vincular els individus a la Xarxa de Salut Mental, després d'una consulta per risc suïcida.

És a dir, fins i tot quan es controlen simultàniament factors clínics, sociodemogràfics i contextuals, el fet d'haver estat atès en la fase Post-CRS incrementa la probabilitat que el pacient sigui vinculat adequadament al circuit especialitzat.

En conjunt, la comparació entre els dos models reforça la conclusió que **el programa CRS ha introduït un canvi significatiu en els criteris de derivació, millorant l'articulació del circuit de salut mental per a aquest perfil de pacients.**

10.5 Factors que contribueixen al fet que el pacient rebi una cita en condicions considerades òptimes

Model de regressió logística per predir la probabilitat d'obtenir una cita òptima

Amb la finalitat d'identificar les variables que determinaven que un pacient rebés una visita de seguiment en condicions òptimes —és a dir, dins dels 10 dies següents a la consulta d'urgències en el cas dels adults, dins dels tres dies en població menor de 18 anys, o dins del primer mes si el pacient havia requerit ingrés— es va estimar un model de regressió logística binària. L'objectiu central era determinar si la pertinença al grup Post-CRS actuava com un predictor independent d'aquest resultat, un cop controlats tots els altres factors clínics i sociodemogràfics rellevants. Els coeficients del Model es detallen a la Taula 7.

Coeficientes del Modelo - CITAÓPTIMADicot.

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Constante	-2.6058	0.367	-7.104	<.001	0.0738
Tentativas previas:					
No – Sí	-0.1185	0.198	-0.597	0.550	0.8883
Estresores psicosociales:					
No – Sí	0.0357	0.234	0.152	0.879	1.0363
Problemas físicos discapacitantes:					
No – Sí	0.2269	0.273	0.831	0.406	1.2547
Consumo de sustancias:					
No – Sí	-0.2351	0.208	-1.128	0.259	0.7905
Tipo de consulta:					
Ideación – Tentativa	-0.3462	0.215	-1.612	0.107	0.7074
Riesgo Percibido según letalidad:					
Baja – Alta	0.9128	0.245	3.727	<.001	2.4914
Grupo:					
Pre-CRS – Post-CRS	1.6012	0.213	7.523	<.001	4.9590

Nota. Los estimadores representan el log odds de "CITAÓPTIMADicot. = No" vs. "CITAÓPTIMADicot. = Sí"

Taula 7: Model per determinar factors relacionats amb rebre una cita òptima posteriorment a la visita index.

Ajust del model

Les mesures d'ajust del model mostren una desviació de 679, un AIC de 695 i un R^2 de McFadden de 0.123, calculat sobre una mostra final de $N = 799$ participants. Aquest nivell d'ajust és coherent amb models de predicció clínica que integren múltiples factors heterogenis, i indica

que el conjunt de variables incloses explica una part significativa —encara que moderada— de la probabilitat de rebre una cita dins dels terminis definits com a òptims.

Utilitat global del model i significació dels predictors

La Prova Òmnibus de la Raó de Versemblança confirma que el model és estadísticament útil per explicar la variabilitat observada en la probabilitat d'obtenir una cita òptima, tot i que no tots els predictors aporten informació independentment significativa.

Diverses variables clíniques clàssicament associades al risc de conducta suïcida no van mostrar un efecte predictor significatiu en aquest model:

- antecedents de temptatives prèvies ($p = 0.550$),
- presència d'estresors psicosocials ($p = 0.879$),
- malalties físiques discapacitants ($p = 0.400$),
- consum de substàncies ($p = 0.262$),
- tipus de consulta (ideació vs. temptativa; $p = 0.104$).

Per contra, dues variables emergiren com a predictors estadísticament significatius:

1. Risc percebut segons letalitat, valorat pel professional durant la visita ($\chi^2 = 15.19$; $p < .001$), que indica que un risc percebut més elevat incrementa de manera significativa la probabilitat que el pacient rebi una cita de seguiment en condicions òptimes.
2. Grup d'atenció (Pre-CRS vs. Post-CRS), que mostrà un efecte molt robust ($\chi^2 = 58.25$; $p < .001$). La pertinença al **grup Post-CRS incrementa significativament la probabilitat d'obtenir una cita dins del termini òptim**, independentment de la resta de factors clínics i sociodemogràfics considerats.

Es a dir, ser atès durant el període posterior a la arrencada del programa CRS, en particular, **augmentava quasi cinc vegades** la probabilitat de rebre una cita per a seguiment ambulatori en SM en les **condicions de temps òptimes** marcades pel CRS, en el cas de estar indicat.

Avaluació de col·linealitat

Per garantir la validesa dels resultats, es va avaluar la presència de col·linealitat entre les variables independents mitjançant el càlcul del Factor d'Inflació de la Variància (VIF) i la tolerància. Tots els valors de VIF es van situar entre 1.04 i 1.21, mentre que les toleràncies van oscil·lar entre 0.827 i 0.958. Aquests valors es troben molt per sota dels llindars habituals que indiquen col·linealitat problemàtica ($VIF > 5$ o tolerància < 0.2), fet que permet descartar la presència de col·linealitat significativa entre els factors inclosos al model.

Interpretació global

En conjunt, els resultats indiquen que la implementació del programa **CRS** constitueix un **predictor independent i potent** de l'assignació d'una cita de seguiment dins dels terminis

definitos com a **òptima**. Aquest efecte es manté fins i tot després de controlar variables clíniques rellevants associades al risc de conducta suïcida, la qual cosa suggereix que el programa ha tingut un impacte positiu i mesurable en l'organització i eficiència del circuit assistencial.

A més, el fet que el **risc percebut** sigui també un predictor significatiu reforça la importància del judici clínic en la planificació del seguiment immediat, especialment en perfils de major complexitat o gravetat. La confirmació de l'absència de col·linealitat reforça la robustesa estadística i interpretativa del model.

Anàlisi de supervivència de la probabilitat d'obtenir una cita òptima

Addicionalment, es van construir corbes de supervivència de Kaplan-Meier per a estimar la probabilitat d'obtenir una cita òptima al llarg del temps de seguiment en cada grup.

La mostra final amb la que es van construir les corbes de supervivència va ser de 801 individus (Pre-CRS n=229, Post-CRS n=572). La mostra la constitueixen tots els pacients atesos a urgències per risc suïcida (ideació o temptativa) als que es va proposar derivació a la xarxa de SM amb cita assignada, i dels quals es disposava de dades completes respecte al temps transcorregut fins a la cita i de les covariables especificades.

Abans de procedir a l'anàlisi inferencial, es van examinar les característiques descriptives de la mostra. La Taula 8 presenta la distribució de participants entre els períodes Pre-CRS i Post-CRS, així com els principals indicadors rellevants per a l'estudi, incloent-hi la proporció d'esdeveniments (cites òptimes), els casos censurats i les mesures del temps fins a la citació.

Característiques descriptives de la mostra final per a les corbes de supervivència		
Variable	Pre-CRS (n = 229)	Post-CRS (n = 572)
Esdeveniments (cites òptimes)	139 (60.7%)	510 (89.2%)
Censurats	90 (39.3%)	62 (10.8%)
Temps mediana (dies)	10.0	6.0
Temps mitjà (dies)	20.3	7.1
Temptativa (%)	64.2%	65.6%
Risc alt (%)	32.3%	33.2%

Taula 8 : Mostra final per a les corbes de supervivència de l'esdeveniment "Cita òptima" i característiques descriptives de la mostra.

Per comparar les corbes de supervivència associades a l'esdeveniment "cita òptima" entre els grups estudiats, es va realitzar un test Log-Rank. Aquest test permet avaluar si existeixen diferències estadísticament significatives en la distribució temporal de l'esdeveniment entre les cohorts —en aquest cas, la probabilitat de mantenir-se lliure de l'esdeveniment "cita òptima" al llarg del temps— entre els dos grups analitzats.

Els resultats mostren un valor de l'estadístic Log-Rank de 87.811 amb un p-valor < 0.001, la qual cosa indica que hi ha diferències significatives en les corbes de supervivència entre els grups comparats. Aquesta evidència estadística suggereix que la probabilitat i el temps fins a la cita òptima difereixen de manera clara i significativa segons la pertinença al grup o a la intervenció estudiada.

En altres paraules, la distribució temporal del moment en què els pacients reben una cita de seguiment en condicions òptimes no és igual entre els grups, reflectint una millora en l'accessibilitat o en l'eficiència assistencial en el període post implementació del programa CRS.

Les corbes de supervivència, mostrades a la Figura 7, són significativament diferents entre grups ($p < 0.001$). De manera contundent, els pacients **Post-CRS obtenen una cita òptima amb major probabilitat i més ràpidament que els Pre-CRS** (mitjana de 6 dies al grup Post-CRS vs 10 dies en grup Pre-CRS). Aquestes dades indiquen una millora substancial en el període Post-CRS, especialment pel que fa a la proporció de l'esdeveniment i a la reducció, tant del temps mediana, com del temps mitjà fins a la cita. També s'observa estabilitat en els percentatges de temptatives i de risc alt, entre ambdós períodes, el que suggereix que els grups són comparables pel que fa a la gravetat clínica.

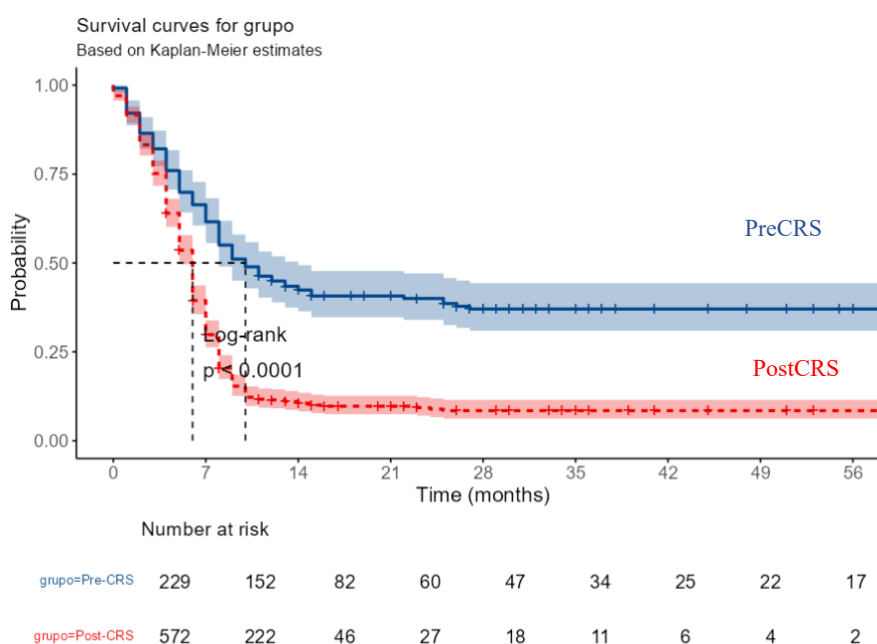


Fig 7: Anàlisi de Kaplan-Meier Les corbes de Kaplan-Meier mostren la probabilitat acumulada d'aconseguir una cita òptima al llarg del període de seguiment

Model de regressió de Cox

Es va realitzar un model de regressió de Cox multivariat (Cox Proportional Hazards) per a avaluar l'efecte independent del programa CRS, ajustant per edat, sexe, tipus de consulta, risc suïcida percebut, antecedents de temptatives prèvies, i totes aquelles variables rellevants que havien mostrat diferències entre ambdues cohorts (proporció de pacients amb diagnòstic de T. Afectiu, consum de substàncies, estressors psicosocials i malalties físiques discapacitants). Els resultats es mostren a la Taula 9.

Variable		Sujetos	HR univariable	HR multivariable
Grupo	Pre-CRS	228 (28.5)	-	-
	Post-CRS	571 (71.5)	2.44 (2.01-2.95, p<0.001)	2.22 (1.81-2.73, p<0.001)
Tipo de consulta	Ideación	278 (34.8)	-	-
	Tentativa	521 (65.2)	0.98 (0.83-1.15, p=0.820)	0.91 (0.76-1.07, p=0.254)
Riesgo Suicida	Baja	535 (67.0)	-	-
	Alta	264 (33.0)	1.31 (1.12-1.54, p=0.001)	1.26 (1.06-1.49, p=0.008)
Tentativas previas	No	431 (53.9)	-	-
	Sí	368 (46.1)	1.04 (0.89-1.22, p=0.600)	1.04 (0.89-1.22, p=0.608)
Estresores psicosociales	No	183 (22.9)	-	-
	Sí	616 (77.1)	1.48 (1.22-1.79, p<0.001)	1.17 (0.95-1.44, p=0.130)
Problemas físicos discapacitantes	No	638 (79.8)	-	-
	Sí	161 (20.2)	1.18 (0.98-1.42, p=0.087)	1.01 (0.82-1.24, p=0.913)
Consumo de sustancias	No	556 (69.6)	-	-
	Sí	243 (30.4)	0.81 (0.68-0.96, p=0.016)	0.85 (0.70-1.02, p=0.076)
Diagnóstico	Otro	524 (65.6)	-	-
	T. Afectivo	275 (34.4)	1.19 (1.02-1.40, p=0.030)	1.09 (0.92-1.30, p=0.298)
Sexo	Hombre	296 (37.0)	-	-
	Mujer	503 (63.0)	0.90 (0.77-1.06, p=0.213)	0.88 (0.74-1.04, p=0.126)
Edad	Mean (SD)	43.9 (16.0)	1.00 (1.00-1.01, p=0.884)	1.00 (0.99-1.00, p=0.799)

Taula 9: Resultats del model de Cox Proportional Hazards per a avaluar l'efecte independent del programa CRS, ajustant per edat, sexe, tipus de consulta, risc suïcida percebut, antecedents de temptatives prèvies i totes aquelles variables rellevants que havien mostrat diferències entre ambdues cohorts

Aquest model ofereix estimacions ajustades de les *hazard ratios*, permetent determinar si el programa influeix de manera independent en el temps fins a l'esdeveniment i en quina magnitud. En conjunt, l'estratègia analítica combina una comparació descriptiva inicial de les supervivències amb una aproximació multivariant que permet identificar l'impacte net del programa sobre el risc temporal.

El model de Cox mostra que el programa **CRS duplica les probabilitats de rebre una cita en un temps òptim**, fins i tot després d'ajustar per múltiples variables rellevants, com ara el tipus

de consulta, el risc suïcida percebut o els antecedents de temptatives prèvies (Figura 8). La percepció d'un risc suïcida elevat durant la consulta també incrementa de manera independent les probabilitats d'obtenir una cita òptima.

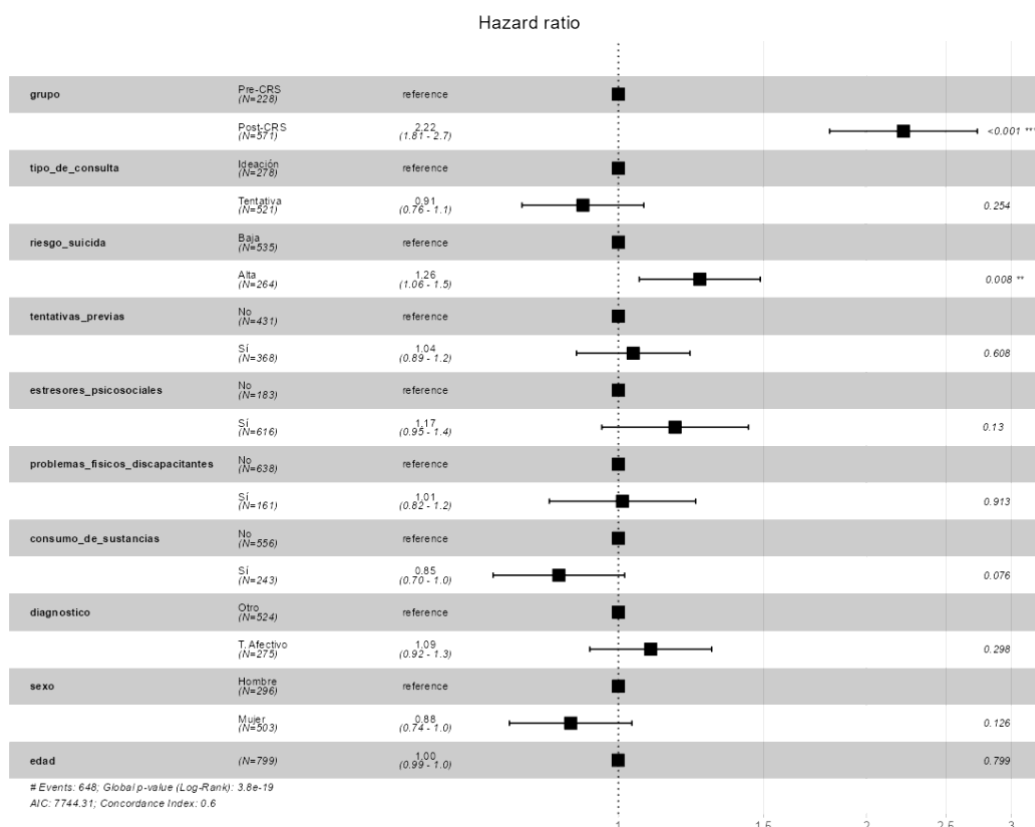


Figura 8: Forest plot de Hazard Ratios per a avaluar l'efecte independent del programa CRS, ajustant per edat, sexe, tipus de consulta, risc suïcida percebut, antecedents de temptatives prèvies i totes aquelles variables rellevants que havien mostrat diferències entre ambdues cohorts

D'altra banda, la presència d'estressors psicosocials o d'un diagnòstic de trastorn de l'estat d'ànim augmenta les probabilitats de programar una cita en temps òptim, mentre que el consum de substàncies comòrbid les redueix. Tanmateix, cap d'aquestes variables es manté significativa quan s'ajusta pel conjunt de variables en el model multivariant.

Es a dir, els pacients atesos en el període Post-CRS tenen **142% més probabilitat** d'aconseguir una cita òptima en qualsevol moment donat (HR=2.44, IC 95%: 2.01-2.95, p<0.001), comparat amb el període Pre-CRS, ajustant per tipus de consulta, risc percebut, i la resta de variables potencialment rellevants. Aquests resultats tradueixen una **millora substancial en la atenció al risc suïcida**, duplicant la probabilitat d'aconseguir una visita en temps òptim. A més, **el temps fins a la visita es va reduir en un 40%** (de 10 a 6 dies), interval clínicament rellevant en el context de prevenció del suïcidi.

Aquest efecte persisteix després d'ajustar per altres variables, es a dir, **la millora és atribuïble al programa** i no a canvis en el perfil dels pacients.

Com a Troballa Secundària, els pacients amb **risc percebut alt** tenen **26% més probabilitat** d'aconseguir cita òptima (HR=1.26, IC 95%: 1.07-1.49, p=0.006). No es van observar diferències significatives entre el tipus de consulta (temptatives i ideació suïcida; HR=0.91, IC 95%: 0.76-1.06, p=0.195), ni entre els individus amb antecedents de temptatives prèvies, la qual cosa indica que tots dos tipus d'individus tenen **accés equitatiu** a cites òptimes, sent més el risc suïcida general percebut el que determina la prioritització.

Aquests resultats es tradueixen en una **priorització adequada dels casos de major gravetat** i una efectiva estratificació del risc per assignació de recurs adient. Es a dir, el protocol de triatge funciona adequadament.

En conjunt, el model identifica la **implementació del programa CRS i el risc percebut alt com els únics predictors independents significatius de la consecució d'una cita en condicions òptimes**.

Anàlisi de supervivència de l'obtenció de la cita òptima segons l'any d'implementació del programa CRS

Amb l'objectiu d'avaluar si la millora en l'obtenció de la cita òptima es manté al llarg del període d'estudi, es va dur a terme una anàlisi de supervivència estratificada segons l'any d'implementació del programa CRS, prenent el grup **Pre-CRS (2013)** com a categoria de referència. Aquesta aproximació permet comparar el temps fins a l'esdeveniment "cita òptima" entre els pacients atesos abans i després de la introducció del programa, dividint el període post-CRS en els anys 2015, 2016 i 2017.

Anàlisi descriptiva de la supervivència

La Taula 10 mostra els resultats de la supervivència mitjana i mediana fins a la cita òptima per cada grup temporal.

Median Survival Table: Levels for Grupo_Año

Levels	Records	Events	rmean	se_rmean	Median	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pre-CRS	229	139	130.1	11.20	10.00	8.00	14.00
Post-CRS '15	128	109	47.5	10.63	5.50	5.00	6.00
Post-CRS '16	201	171	46.1	8.70	6.00	5.00	6.00
Post-CRS '17	243	230	16.5	4.60	6.00	5.00	6.00

Taula 10: Anàlisi de supervivència fins a cita òptima comparat per l'any estudiat (2013 PreCRS i 2015, 2016 i 2017 PosstCRS)

- El grup Pre-CRS (2013) presentà una mediana de temps fins a cita òptima de **10 dies** (interval de confiança 95% [8, 14]), amb una mitjana estimada de 130.1 dies.
- Els grups Post-CRS mostren una reducció notable en el temps fins a la cita, amb medianes que oscil·len entre els **5.5 i els 6 dies**, i mitjanes molt inferiors (47.5, 46.1 i 16.5 dies per als anys 2015, 2016 i 2017 respectivament). Els intervals de confiança de la mediana són més estrets i consistentment inferiors als del grup Pre-CRS.

Aquest patró descriu una **millora sostinguda i significativa en la rapidesa d'accés a la cita òptima** des de la implementació del programa CRS.

Regressió de Cox per avaluar el risc de l'esdeveniment "cita òptima"

Els resultats del model de regressió de Cox corroboren aquests resultats descriptius. En comparació amb el grup Pre-CRS, els pacients atesos en els anys Post-CRS presenten un risc significativament més elevat d'obtenir la cita òptima més ràpidament:

- **Post-CRS 2015:** Hazard Ratio (HR) = 2.39 (interval de confiança 95% 1.86–3.08; $p < 0.001$)
- **Post-CRS 2016:** HR = 2.22 (IC 95% 1.77–2.78; $p < 0.001$)
- **Post-CRS 2017:** HR = 2.72 (IC 95% 2.19–3.38; $p < 0.001$)

Això significa que, respecte al període Pre-CRS, els pacients atesos en els anys posteriors tenen entre 2.2 i 2.7 vegades més probabilitats de rebre una cita òptima en un temps menor.

El model presenta una concordança de 0.582 (SE = 0.013), indicant una bona capacitat discriminativa, i una proporció de variància explicada (R^2) de 0.118. La prova de la raó de versemblança és altament significativa ($\chi^2 = 100.926$, $gl = 3$, $p < 0.001$), confirmant la robustesa estadística del model.

Aquestes anàlisis evidencien que **la implementació del programa CRS ha comportat una millora estadísticament significativa i sostinguda en la rapidesa d'accés a la cita de seguiment en condicions òptimes després de la visita a urgències** per conducta suïcida. A més, la tendència positiva es manté i fins i tot es reforça al llarg dels anys posteriors a la seva introducció, demostrant un impacte clínic i assistencial sostingut en el temps.

Aquest patró indica que, **després de la implementació del CRS, el temps fins a aconseguir una Cita Òptima dels pacients, es redueix de manera marcada**, la qual cosa és coherent amb l'increment del risc observat en els hazard ratios.

Els resultats mostren que la mitjana de temps fins a la cita és virtualment la mateixa durant els tres anys posteriors a la implementació del programa. En tots els anys PostCRS es manté més del doble de probabilitats d'obtenir una cita òptima respecte al període previ al CRS, i encara és més gran durant el 2017, tercer any d'implementació (Hazard ratio 2.72, IC 95% 2.19-3.38, $p < 0.001$), segons es pot observar a la Figura 9. Aquest resultat podria correspondre's a la millora en la utilització del programa per part dels professionals, en el tercer any d'implementació.

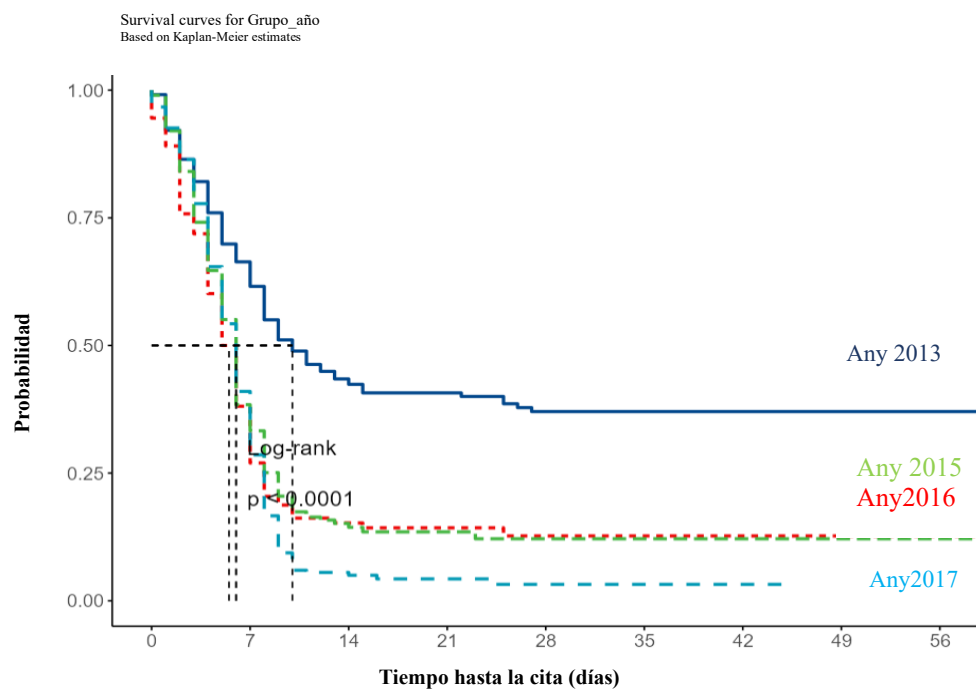


Figura 9: Corbes de supervivència de l'esdeveniment "Obtenir Cita Òptima" separat per anys

10.6 Perfil de pacients amb no-acompliment de la cita després de la implementació del programa CRS

Amb l'objectiu d'identificar els factors que influïen en la **no-assistència a la cita programada** després de la implementació del programa CRS, es va analitzar el comportament dels pacients dins del grup Post-CRS. Durant aquest període, el **73,53% dels pacients citats** (644 dels 875) van acudir a la visita programada pel sistema CRS, tal com es mostra a la Figura 10.

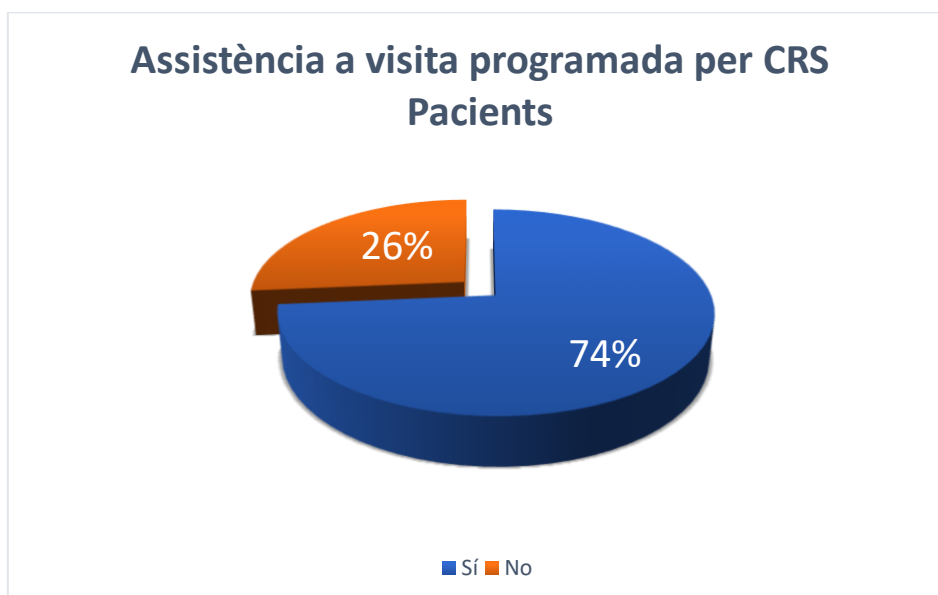


Figura 10: distribució de pacients segons assistència o no assistència a la cita programada post urgències.

Dels **231 pacients restants** que no van acudir a la cita, es va realitzar una anàlisi per caracteritzar-ne el perfil i identificar els factors associats a la **falta d'adherència al seguiment**. Aquesta anàlisi es va dur a terme mitjançant un **model de regressió logística**, incorporant variables considerades rellevants per a l'adherència segons la literatura, com ara característiques sociodemogràfiques, tipus de consulta (ideació vs. temptativa), risc percebut pel professional, antecedents de temptatives prèvies, presència d'estressors psicosocials, consum de tòxics i comorbiditat de malalties físiques.

L'objectiu d'aquest apartat és, per tant, **identificar el perfil dels pacients amb major risc de no complir la cita programada**, amb la finalitat de proposar possibles estratègies de millora en la coordinació del seguiment dins del circuit CRS i optimitzar l'eficàcia del programa en poblacions amb risc de no adherència.

El model de regressió logística examina els predictors associats a la probabilitat de **no assistir a la visita programada** pel CRS (Taula 11). Els coeficients es presenten en log-odds, juntament amb les raons d'odds (OR), que faciliten la interpretació substantiva. La constant és negativa i estadísticament significativa ($b = -1.83$, $p < .001$), la qual cosa indica que, quan tots els predictors es mantenen en la categoria de referència, la probabilitat basal de no assistir és baixa (OR = 0.16).

Coeficients del Model de predicció de NO ACUDIR a la VISITA programada per CRS

Predictor	Estimador	EE	Z	p	Razón de odds
Constante	-1.83000	0.39485	-4.635	<.001	0.160
P_Gènere:					
Hombre – Mujer	0.20105	0.16704	1.204	0.229	1.223
Tentativas previas:					
Sí – No	-0.28416	0.15820	-1.796	0.072	0.753
Estresores psicosociales:					
Sí – No	0.61927	0.28092	2.204	0.027	1.858
Problemas físicos discapacitantes:					
Sí – No	-0.38048	0.21784	-1.747	0.081	0.684
Consumo de sustancias:					
Sí – No	0.07339	0.17771	0.413	0.680	1.076
Tipo_de_consulta:					
Tentativa – Ideación	0.41274	0.17458	2.364	0.018	1.511
Edad	0.00127	0.00517	0.245	0.806	1.001

Nota. Els estimadors representen el log odds de "Visita no realitzada" vs. "Visita realitzada"

Taula 11: coeficients del Model de predicció NO ACUDIR A LA VISITA programada per CRS

La diferència entre homes i dones no és significativa ($p = .229$). Tot i que la raó d'odds (OR = 1.22) suggereix que els homes tenen una lleugera probabilitat més alta de no assistir, aquesta diferència no assoleix significació estadística, per tant no es pot concloure que el gènere sigui un predictor rellevant de no-acudir.

L'edat tampoc mostra una associació significativa ($p = .806$), i l'efecte és negligible (OR = 1.001). Per tant, l'edat no contribueix de manera substancial a explicar la inassistència a la visita.

Els pacients amb antecedents de temptatives prèvies presenten una menor probabilitat de no assistir (OR = 0.75), però aquesta tendència no és estadísticament significativa ($p = .072$). Aquest resultat suggereix un possible patró clínicament rellevant —major adherència en persones amb intents previs— però caldria més potència estadística per confirmar-lo.

Els estressors psicosocials constitueixen un predictor significatiu ($b = 0.62, p = .027$). Els **pacients que presenten estressors tenen una probabilitat 1.86 vegades superior de no acudir** a la visita programada. Aquest és un dels efectes més robustos del model i indica la importància dels factors contextuais i socioeconòmics en l'adherència a l'atenció. Cal assenyalar que la variància explicada pel model es molt baixa, suggerint la existència de moltes altes variables desconegudes que podrien jugar un paper en la mala adherència al programa.

La presència de problemes físics discapacitants es relaciona amb una menor probabilitat de no assistir (OR = 0.68), però l'efecte no és significatiu ($p = .081$). La direcció de l'associació podria suggerir que els problemes físics incrementen la vinculació als serveis, probablement per una major interacció amb el sistema sanitari.

En quan al consum de substàncies, encara que la direcció de l'efecte apunta lleugerament a una major probabilitat de no assistir (OR = 1.08), el resultat no és significatiu ($p = .680$), suggerint que el consum de substàncies no explica substancialment la inassistència.

El tipus de consulta (ideació vs temptativa) és un predictor significatiu de la inassistència ($b = 0.41, p = .018$). Els pacients que acudeixen per una **temptativa** presenten una probabilitat **1.51 vegades superior de no assistir** a la visita programada. Es a dir, quan el motiu de presentació a urgències era una temptativa, augmentava un 50% les probabilitats de no acudir, en comparació a aquells que consulten per ideació. Aquest resultat pot reflectir perfils clínics més caòtics, major severitat o menor estabilitat post crisi en pacients que han realitzat una temptativa.

10.7 Efecte de la implementació del programa CRS sobre les consultes repetides a urgències per ideació suïcida

L'objectiu d'aquest apartat és determinar si la implementació del programa CRS té algun efecte sobre la freqüència de revisites al servei d'urgències per motius relacionats amb ideació suïcida, en pacients que havien estat atesos prèviament per aquest motiu. Per a això, es va analitzar la presència d'una nova visita al servei d'urgències dins de l'any següent a la visita índex en ambdós grups: Pre-CRS i Post-CRS.

Els resultats mostren un **increment significatiu en la proporció de pacients que realitzen una revisita en el grup Post-CRS**. Concretament:

1. Grup Pre-CRS (2013): de 451 pacients, 77 (17,1%) van presentar una nova visita a urgències dins de l'any següent, mentre que 374 pacients (82,9%) no van requerir revisita.
2. Grup Post-CRS (2015-2017): de 851 pacients, 205 (24,1%) van realitzar una revisita, mentre que 646 pacients (75,9%) no ho van fer.

La diferència absoluta en la proporció de revisites entre els grups és de +7,0 punts percentuals, i la comparació estadística confirma que aquesta diferència és significativa ($p < 0.001$) (Taula 12).

Grup	N	Sense revisita	Amb revisita
Pre-CRS	451	374 (82,9%)	77 (17,1%)
Post-CRS	851	646 (75,9%)	205 (24,1%)
Diferència	—	—	+7,0 punts percentuals en Post-CRS ($p < 0.001$)

Taula 12: Número de revisites en ambdós grups, observat i %, comparativa

Perfil dels motius de consulta en la revisita a urgències després de la implantació del programa CRS

Per avaluar si la implementació del programa CRS influïa en el perfil de motius de consulta en les segones visites a urgències per risc suïcida, es va analitzar la distribució dels pacients segons si presentaven ideació o temptativa suïcida en la revisita, considerant només aquells pacients que havien tingut almenys una revisita dins de l'any posterior a la visita índex. Els resultats es mostren a la Taula 13.

		M.Consulta 2ªUCIA		
Grup		Ideación	Tentativa	Total
Post-CRS	Observado	92	113	205
	% de fila	44.9%	55.1%	100.0%
Pre-CRS	Observado	11	66	77
	% de fila	14.3%	85.7%	100.0%
Total	Observado	103	179	282
	% de fila	36.5%	63.5%	100.0%

Taula 13: Motius de consulta (ideació vs temptativa) en la revisita en ambdós grups (Pre i Post CRS) dins de l'any posterior a la visita índex.

- En el grup Pre-CRS, de les 77 revisites, la majoria dels pacients acudiren per temptativa suïcida (85,7%), mentre que només 14,3% presentaven ideació suïcida sense temptativa.
- En el grup Post-CRS, de les 205 revisites, la distribució va ser més equilibrada: 55,1% de les visites corresponen a temptativa suïcida i 44,9% a ideació suïcida.
- En conjunt, del total de 282 revisites, el 63,5% van ser per temptativa i el 36,5% per ideació.

Els resultats mostren un canvi significatiu en el patró de revisites. S'observa una **disminució relativa de les temptatives** entre les revisites (85.7%, al 55.1%). Contràriament al que intuitivament s'esperaria, s'objectiva un **augment marcat de consultes per ideació** (14.3% en al 44.9%). La taxa absoluta de temptatives es similar entre ambdós grups (14.6% Pre-CRS vs 13.3% Post-CRS). S'observa un augment substancial de consultes per ideació: 2.4% (Pre-CRS) vs 10.8% (Post-CRS).

La Figura 11 il·lustra la distribució percentual dels motius de segona visita a urgències entre els pacients que van realitzar almenys una revisita dins de l'any posterior a la visita índex.

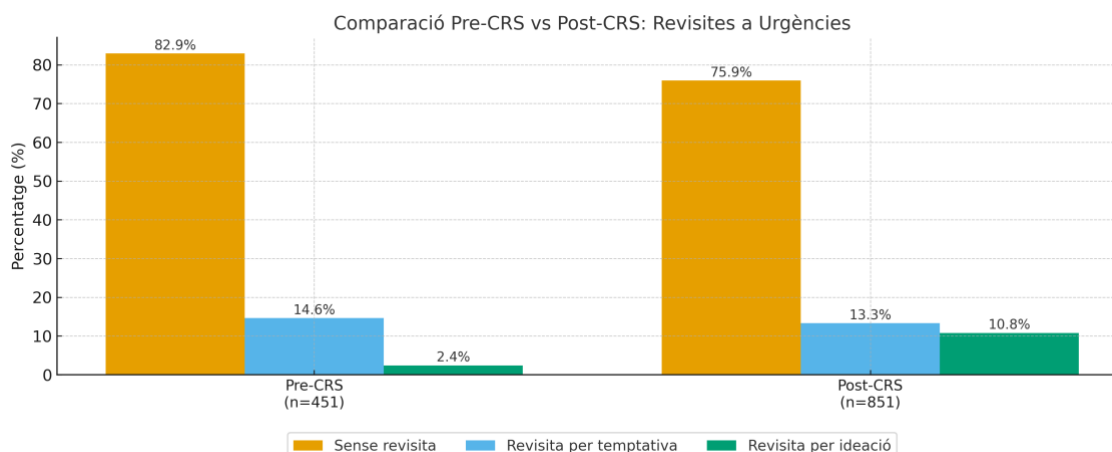


Figura 11: Comparació revisites a urgències segons el motiu de la segona visita, entre els dos grups (%)

La diferència entre cohorts va resultar estadísticament significativa ($\chi^2=22,6$; $gl=1$; $p<0,001$), indicant un canvi substancial en el perfil clínic de les reconsultes, després de la implementació del CRS. La raó d'odds ($OR=4,88$; $IC95\%: 2,44-9,79$) mostra que, en el **període Post-CRS**, la probabilitat que la **segona visita a UCIA fos per ideació**, en lloc de per temptativa, és gairebé **cinc vegades superior** a la del període Pre-CRS.

Aquests resultats indiquen que, tot i l'augment significatiu de revisites a urgències després de la implementació del programa CRS, hi ha un increment significatiu en la proporció de pacients que tornen a urgències per ideació suïcida dins del període d'un any. Aquest augment no suggereix necessàriament un empitjorament clínic, sinó que podria reflectir un **major reconeixement del risc i una millor captació del pacient** pel sistema, amb un seguiment més actiu i sistemàtic, tal com preveu el programa CRS.

En conjunt, aquestes dades suggereixen que el programa CRS podria **estimular la consulta activa i la detecció precoç de risc**, millorant la vigilància clínica dels pacients amb ideació suïcida i potencialment prevenint esdeveniments adversos més greus.

Anàlisi de revisites a urgències segons adherència a la cita programada en el grup Post-CRS

Per valorar l'impacte de l'adherència a la visita programada sobre l'evolució clínica dels pacients, es va analitzar la freqüència de revisites a urgències en el grup Post-CRS, comparant els pacients que van acudir a la cita programada (adherents) amb aquells que no ho van fer (no adherents). La Taula 14 mostra la distribució de pacients del grup Post-CRS que presenten o no una revisita a urgències dins de l'any posterior a la visita índex, segons l'adherència a la visita programada pel circuit CRS.

Subgrup	N	Sense revisita	Amb revisita
Adherents	660	493 (74,7%)	167 (25,3%)
No adherents	161	129 (80,1%)	32 (19,9%)
Diferència	—	—	+5,4 punts percentuals en adherents

Taula 14: distribució de revisites a urgències segons adherència a la visita programada després de visita índex en el grup Post-CRS

Del total de 821 pacients Post-CRS:

- Entre els 660 pacients adherents, 493 (74,7%) no van requerir revisita, mentre que 167 (25,3%) van acudir novament a urgències.
- Entre els 161 pacients no adherents, 129 (80,1%) no van realitzar cap revisita, i 32 (19,9%) van requerir una nova atenció a urgències.
- La diferència absoluta en la proporció de revisites entre adherents i no adherents és de +5,4 punts percentuals en el grup adherent.

Interpretació

Els resultats mostren que els pacients que van **assistir a la visita programada** presenten una **major probabilitat de visitar urgències** respecte als que no van acudir a la cita. Tot i que inicialment podria semblar contradictori, aquest patró podria reflectir que els pacients adherents:

1. Són més monitoritzats i, per tant, més propensos a ser derivats o a reconsultar en cas de nou risc.
2. Presenten perfils clínics amb major complexitat o risc, la qual cosa incrementa la probabilitat de noves visites a urgències malgrat la intervenció de seguiment.

En conjunt, aquests resultats suggereixen que l'adherència a la visita programada no disminueix automàticament el nombre de revisites, però podria indicar una **major captació i seguiment actiu dels pacients amb risc**, contribuint a una vigilància més propera i potencialment a una millor prevenció de resultats adversos greus.

Aquesta distribució suggereix que els pacients adherents constitueixen un grup clínicament més complex o amb major risc percebut, la qual cosa podria explicar la seva major probabilitat de reconsultar a urgències, així com una possible major captació i vigilància per part del sistema després de la implementació del programa CRS.

Anàlisi del perfil de les revisites segons l'adherència a la visita programada

Amb l'objectiu de determinar si el motiu de la revisita (ideació vs. temptativa suïcida) diferia en funció de l'adherència a la visita programada pel circuit CRS, es va analitzar el perfil clínic de les segones visites al servei d'urgències en el període Post-CRS. Els resultats es recullen a la Taula 15 i s'il·lustren a la Figura 12.

Subgrup	n re-visites	Re-visita per temptativa	% dins re-visites	% del total del subgrup	Re-visita per ideació	% dins re-visites	% del total del subgrup
Adherents	167	91 casos	54,5%	13,8%	76 casos	45,5%	11,5%
No adherents	32	21 casos	65,6%	13,0%	11 casos	34,4%	6,8%

Taula 15: perfil de les revisites (ideació vs temptativa) segons el nivells d'adherència a la visita programada.

Entre els pacients adherents, es van registrar 167 revisites. D'aquestes:

- 91 casos (54,5%) varen correspondre a temptativa suïcida, representant un 13,8% del total del subgrup adherent.
- 76 casos (45,5%) van acudir per ideació suïcida, equivalent a un 11,5% del total del subgrup.

En el grup dels no adherents, es van observar 32 revisites, de les quals:

- 21 casos (65,6%) van ser per temptativa suïcida, representant un 13,0% del total del subgrup.
- 11 casos (34,4%) van consultar per ideació suïcida, equivalent al 6,8% del total.

Els resultats mostren diferències rellevants en el perfil de les revisites segons el nivell d'adherència:

Proporció de temptatives vs. ideació

- Tant en adherents com en no adherents, la revisita per temptativa suïcida és més freqüent que la revisita per ideació.
- No obstant, aquesta proporció és més elevada en els no adherents (65,6% vs. 54,5%), suggerint que els pacients que no compleixen la visita programada poden retornar a urgències en fases més greus del risc suïcida.

Pes de les revisites dins de cada subgrup

- La proporció de pacients que tornen per temptativa és pràcticament igual en adherents (13,8%) i no adherents (13,0%), però:

- Els pacients adherents presenten un major percentatge de revisites per ideació (11,5% vs. 6,8%), la qual cosa podria indicar una captació més precoç del risc en aquest grup.

Aquest patró suggereix que, tot i que els pacients adherents revisiten més sovint, la naturalesa del motiu tendeix a ser menys greu (ideació) que en el cas dels no adherents, que mostren una proporció més elevada de temptatives. Aquest resultat, tot i ser un resultat aparentment contra intuïtiu, és rellevant des del punt de vista clínic i de salut pública per la possible relació a major accessibilitat als serveis. A més, destacar un **perfil de revisita més preventiu en els adherents**, presentant una proporció més elevada de consultes per ideació (11,5% vs 6,8%), cosa que podria indicar una capacitat d'identificació precoç del risc.

La troballa d'una **taxa de temptatives similar entre grups**, 13,8% en adherents vs 13,0% en no adherents, suggereix que el risc agut de conducta suïcida no difereix significativament entre els dos grups.

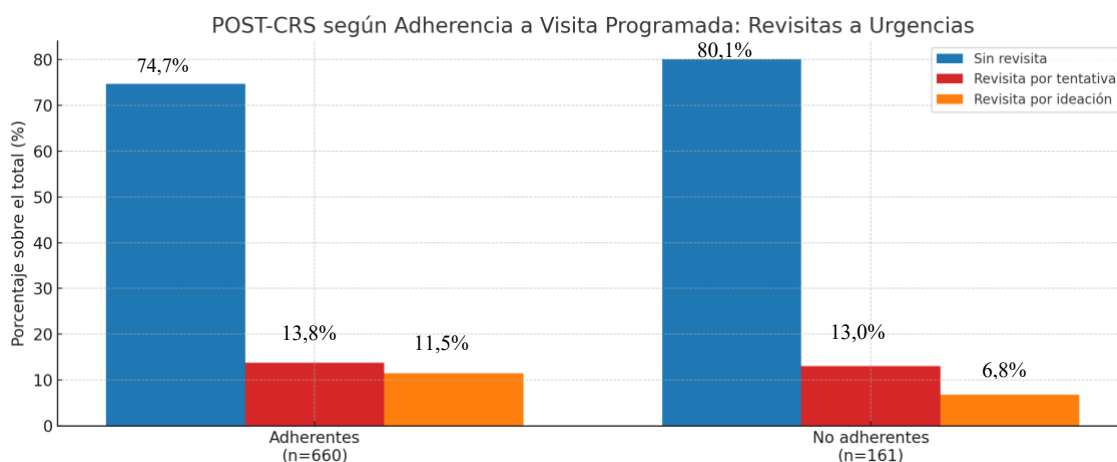


Figura 12: Freqüència de no revisites i revisites segons motiu (ideació vs temptativa) entre adherents i no adherents, cohort Post-CRS.

10.8 Probabilitat de consultar per una temptativa autolítica durant l'any posterior a la implementació del programa CRS

L'objectiu d'aquest apartat és analitzar si la implementació del programa CRS s'associa a una reducció del risc de reconsulta a urgències per temptativa autolítica (TA) en el període d'un any posterior a la visita índex. Per tal de garantir una avaluació completa, l'anàlisi es va realitzar en dos escenaris:

1. Mostra completa, integrant tots els pacients dels períodes pre i post-CRS.
2. Mostra restringida a pacients adherents, per valorar específicament l'efecte del bon compliment de la visita programada.

Resultats descriptius (Taula 16)

Característica	Pre-CRS (n = 452)	Post-CRS (n = 866)	Total (n = 1.318)
Esdeveniments (acudir per TA)	60 (13,3%)	111 (12,8%)	171 (13,0%)
Mediana de seguiment (dies)	365	365	365
Mitjana de seguiment (dies)	314	307	310
Motiu: Tentativa (n, %)	N/D	N/D	697 (53%)

Nota. TA = temptativa autolítica; N/D = No disponible.

Taula 16: Ocurrència de una temptativa autolítica al llarg del primer any de seguiment posterior a la visita índex en ambdós grups (Pre i Post-CRS).

Els resultats indiquen que:

En el grup Pre-CRS, 60 pacients (13,3%) van tornar a urgències per una temptativa.

En el grup Post-CRS, 111 pacients (12,8%) van presentar aquest tipus de reconsulta.

En conjunt, la incidència global fou del 13,0% (171 esdeveniments en un total de 1.318 pacients)

Les medianes i mitjanes del temps de seguiment són pràcticament idèntiques en tots dos grups, assegurant la comparabilitat temporal del risc. Aquestes dades preliminars ja suggereixen que **no existeixen diferències rellevants en la incidència de temptatives** entre els dos períodes.

Anàlisi 1 de supervivència: Mostra completa

Es va realitzar un anàlisi de supervivència mitjançant corbes de Kaplan–Meier per examinar la probabilitat de mantenir-se **lliure de revisita per temptativa autolítica** al llarg dels 365 dies posteriors a la visita índex.

Les probabilitats acumulades de no reconsultar per temptativa mostren diferències mínimes entre grups. A l'any, aproximadament **el 86–87%** dels pacients de tots dos grups no han tornat a urgències per una temptativa. Les corbes de supervivència són **pràcticament superposades**, indicant l'absència de divergències clíniques rellevants entre períodes. La prova log-rank confirma aquests resultats, mostrant **cap diferència estadísticament significativa** entre els grups ($\chi^2 = 0.0000$; $p = 0.9999$). La Figura 13 mostra les corbes Kaplan-Meier de supervivència de tots dos grups, de la mostra completa.

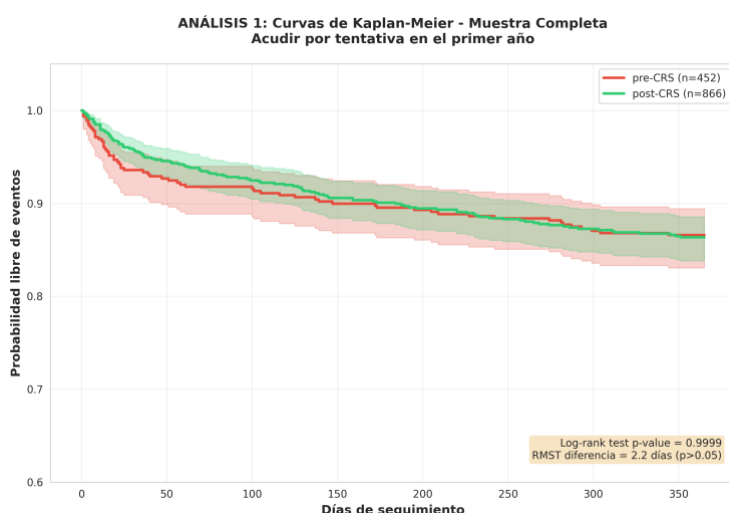


Figura 13: Corbes de supervivència superposades indicant probabilitats similars de permanència lliure de temptativa entre grups en tots els timepoints, mostra completa

El *Restricted Mean Survival Time (RMST)* representa el temps mitjà de supervivència (o de no esdeveniment) dins d'un interval temporal delimitat. Els resultats mostren una diferència absoluta entre períodes de **2,2 dies**, equivalent a **0,006 anys**, la qual cosa representa un increment **mínim** en el temps mitjà lliure d'esdeveniment després de la implementació del CRS.

Els resultats indiquen que el temps mitjà sense temptativa, dins l'horitzó temporal analitzat, es manté pràcticament equivalent entre els períodes pre- i post-CRS, amb una diferència marginal de 2,2 dies. Aquesta variació és quantitativament molt petita i suggereix que, en termes de mitjana restringida de supervivència, **el programa CRS no comporta un canvi substancial en el temps fins a temptativa** (Figura 15).

Es va utilitzar un model de Cox per analitzar el temps fins a revisita per temptativa i per determinar què influeix en el risc d'aquesta. El model inicial, que compara directament el període *post-CRS* amb el *pre-CRS*, mostra una *hazard ratio* de **0,9999** (IC95%: 0,7074–1,4130; $p = 0,9994$). Aquesta estimació és pràcticament igual a 1, cosa que indica **absència total d'associació** entre la implementació del CRS i el risc de nova visita. El valor p elevat reforça que no existeix evidència estadística de diferències en el risc de temptativa entre períodes.

Els models de Cox mostren que la implementació del CRS **no modifica el risc de temptativa**, ni en el model sense ajustar, ni quan es controla pel tipus de consulta inicial. En canvi, el motiu de consulta és un predictor rellevant: els **pacients que consulten per temptativa presenten un risc significativament superior de temptativa respecte als que consulten per ideació**. En conjunt, els models indiquen que el CRS no té un impacte mesurable sobre el risc de temptativa, mentre que la severitat inicial del cas sí que representa un factor de risc important (Figura 16)

Anàlisi 2 de supervivència: Restringit als pacients amb bona adherència a la cita programada en el període *post-CRS* ($N = 1.083$)

Amb l'objectiu d'avaluar si el bon compliment del seguiment programat influeix en el risc de reconsulta per temptativa autolítica, es va realitzar un segon anàlisi de supervivència restringit exclusivament als pacients que van assistir a la visita concertada pel circuit CRS durant el període *Post-CRS*. Aquest subgrup es va comparar amb el conjunt del grup *Pre-CRS*, considerat com a categoria de referència. La Taula 16 descriu la mostra inclosa en aquesta anàlisi.

Característica	pre-CRS (n = 452)	post-CRS (n = 631)
Nombre d'esdeveniments	60 (13,3%)	81 (12,8%)
Taxa d'esdeveniments	13,0%	13,0%
Seguiment mitjà	314 dies	307 dies

Taula 16: Pacients que van presentar reconsulta per temptativa al llarg de l'any següent, limitat al subgrup dels adherents del grup *Post-CRS*.

Els resultats mostren que:

- En el grup *Pre-CRS*, 60 pacients (13,3%) van realitzar una nova consulta per temptativa durant el primer any.
- Entre els pacients adherents del grup *Post-CRS*, 81 pacients (12,8%) van presentar una nova temptativa.
- La taxa global d'esdeveniments és pràcticament idèntica en tots dos grups (13,0%).
- El seguiment mitjà és comparable (314 dies en *Pre-CRS* vs. 307 dies en *Post-CRS* adherent), fet que assegura una comparabilitat temporal robusta.

Aquestes dades ja suggereixen l'absència de diferències rellevants en la incidència de temptatives malgrat la bona adherència a la visita programada.

Corbes de Kaplan–Meier

Les probabilitats de mantenir-se lliure d'una nova temptativa es van calcular per punts temporals. Les corbes Kaplan–Meier dels dos grups són pràcticament superposades, mostrant diferències mínimes en qualsevol punt temporal (Figura 16). A l'any, entre el 86% i el 87% de tots dos grups romanen lliures de reconsulta per temptativa.

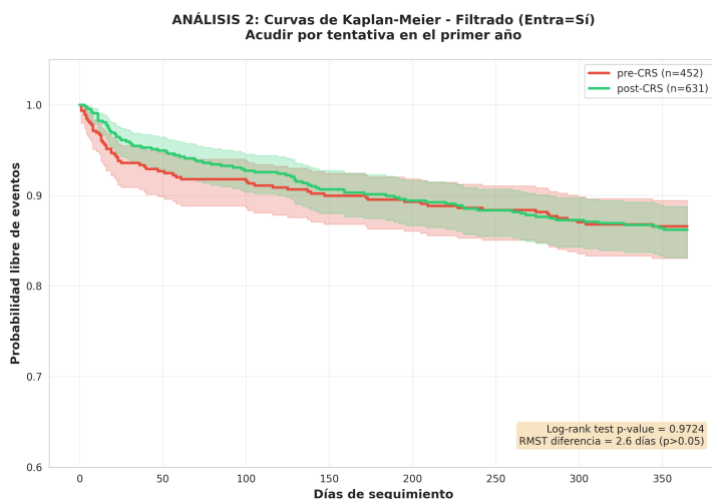


Figura 16: Corbes de supervivència superposades indicant probabilitats similars de permanència lliure de temptativa entre grups en tots els timepoints, en l'anàlisi restringida a pacients adherents, les corbes romanen superposades

El resultat són idèntic a l'anàlisi completa (anàlisi 1) en les corbes de supervivència, la prova log-rank ($\chi^2 = 0.0012$, $p = 0.9724$) i la *Restricted Mean Survival Time* (2,6 dies, 0,007 anys) (Figura 15). Fins i tot restringint l'anàlisi a pacients adherents (que van assistir a la visita programada), **no hi ha benefici diferencial del programa CRS en termes de reducció de reconsultes per temptativa**.

Tanmateix, els models de Cox van obtenir resultats similars a l'anàlisi completa (model sense ajustar: HR (post-CRS vs pre-CRS) = 1.0058 (95% IC: 0.7089-1.4268), $p = 0.9729$; model ajustat per Tipus de Consulta Índex: HR (post-CRS vs pre-CRS) = 0.9713 (95% IC: 0.6898-1.3682), $p = 0.8647$; HR (Temptativa vs Ideació) = 1.6836 (95% IC: 1.1515-2.4618), $p = 0.0071$ **; Concordance Índex = 0.5594) (Figura 16)

L'efecte del programa continua sent no significatiu, mentre que el tipus de consulta índex (temptativa) és un predictor significatiu de reconsulta (68% de risc augmentat).

Aquests resultats suggereixen que la recurrència de temptatives podria estar principalment determinada per factors clínics individuals, de trajectòria i de vulnerabilitat, que no es modifiquen de manera immediata a través de millores organitzatives o d'accessibilitat del sistema.

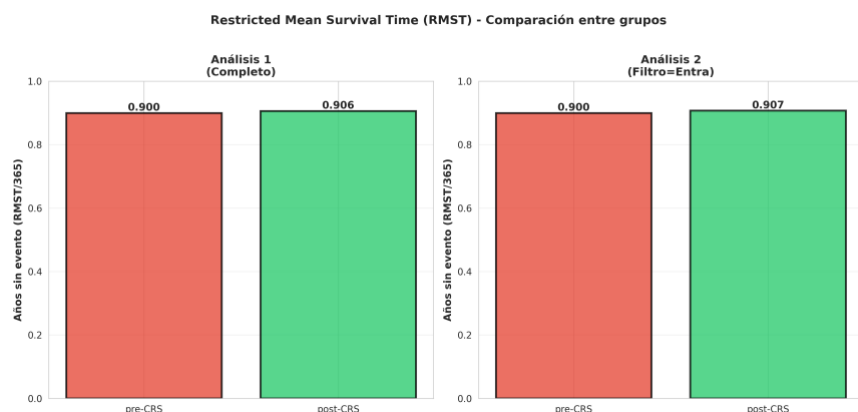


Figura 15: El RMST és virtualment idèntic en totes dues anàlisis, reflectint l'absència de diferència clínica entre grups.

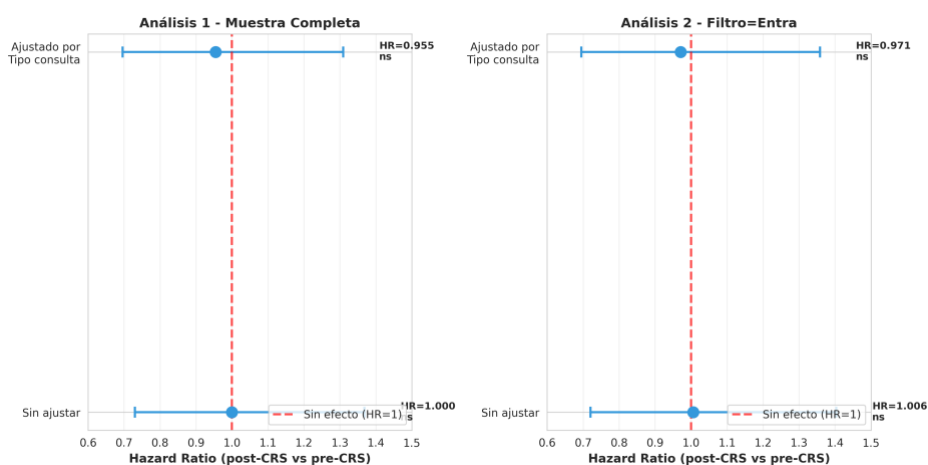


Figura 16: Els HR inclouen el valor 1, confirmant l'absència de diferència estadística entre pre-CRS i post-CRS.

Aquesta anàlisi va utilitzar metodologia rigorosa d'anàlisi de supervivència apropiada per a esdeveniments rars:

- **Kaplan-Meier:** Estima no paramètrica de supervivència, maneja censura adequadament
- **Log-rank test:** Test exacte per a comparació de corbes sense assumir distribucions
- **RMST:** Mesura més robusta que hazard ràtios quan la proporcionalitat de riscos pot no assumir-se, especialment amb esdeveniments rars
- **Coix model:** Semi-paramètric, permet ajust per covariants i càlcul de HR

L'absència de diferència estadística en múltiples mètodes reforça la conclusió que no hi ha efecte del programa en aquest resultat específic durant el primer any de seguiment.

10.9 Perfil de pacients que repeteixen una temptativa l'any següent, respecte els que no ho fan

Per tal d'identificar els factors que predisposen a realitzar una nova temptativa de suïcidi en el primer any després d'una consulta a urgències per risc suïcida, es va analitzar una cohort de **873 pacients** atesos durant el període post-CRS i que disposaven de dades completes de seguiment. Retrospectivament, es van registrar durant l'any posterior a la visita índex, noves temptatives als registres clínics.

Resultats generals de la cohort

Dins del primer any de seguiment, **113 pacients (13,3%)** van realitzar una nova temptativa autolítica. Per l'anàlisi de quins factors podien actuar com a predictors d'aquest esdeveniment es van incloure, a més de factors sociodemogràfics, factors de risc clínic relacionats amb reintent, característiques de la consulta índex, i variables de seguiment i adherència.

Els resultats de la regressió logística mostren diversos factors que incrementen de manera significativa la probabilitat que un pacient realitzi una nova temptativa autolítica durant el primer any de seguiment. Es presenten els predictors que van obtenir *odds ratios* (OR) superiors a 1, indicant un efecte d'augment del risc. La Figura 17 mostra la distribució de factors predictors segons la OR.

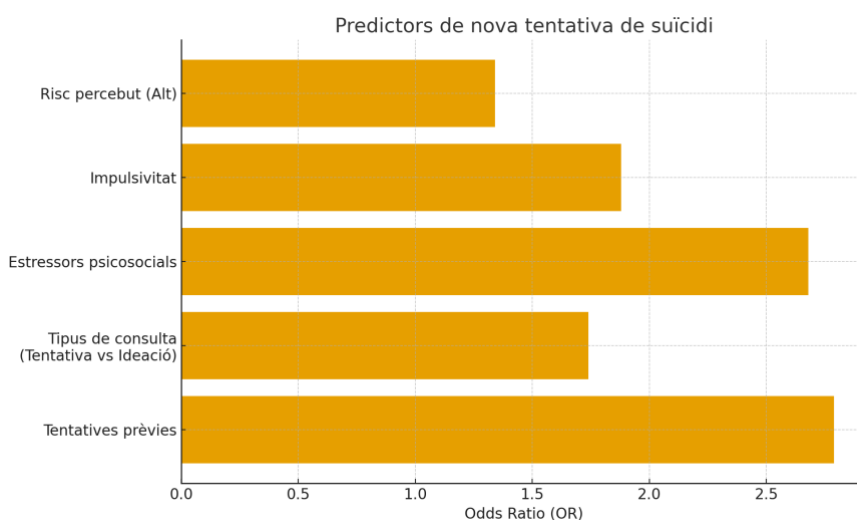


Fig 17: Distribució del risc de predir nova temptativa en els factors analitzats com a predictors amb resultat de OR positiva..

En primer lloc, els antecedents de **temptatives prèvies** emergeixen com el predictor més potent (OR = 2,79; $p < 0,001$), fet que indica que els pacients que ja havien realitzat una temptativa abans de la visita índex tenen **gairebé tres vegades (2.8x) més probabilitat** de reincidir en el període d'un any. El **tipus de consulta inicial** també mostra un impacte rellevant: consultar per una temptativa, en lloc d'ideació, incrementa significativament (1.7x) el risc de nova temptativa

(OR = 1,74; p = 0,009). Aquest resultat reflecteix que la gravetat de la presentació inicial constitueix un indicador clínic de vulnerabilitat posterior.

Entre els factors contextuais, la presència **d'estressors psicosocials pràcticament triplica (2.68x)** la probabilitat de reintent (OR = 2,68; p = 0,028), subratllant el paper dels esdeveniments vitals adversos i de la càrrega emocional en el risc de reincidència. A nivell de característiques personals, la **impulsivitat** es vincula a un increment notable del risc (OR = 1,88; p = 0,002), concordant amb la literatura que identifica aquest tret com un facilitador d'actes autolítics no planificats.

Finalment, el **risc percebut alt** durant la consulta d'urgències presenta un **efecte predictor més discret** però estadísticament significatiu (OR = 1,34; p = 0,050), evidenciant que el judici clínic inicial aporta informació útil per anticipar la probabilitat de reintent.

En conjunt, aquests resultats permeten identificar un *perfil clínic de risc* caracteritzat per la combinació d'historial de temptatives, vulnerabilitat psicosocial, trets d'impulsivitat i alta gravetat o risc a la consulta índex, factors que haurien d'informar la presa de decisions en el seguiment i la intervenció post-urgències.

La Figura 18 mostra el Forest Plot que representa els OR i els seus intervals de confiança al 95% per els diferents predictors de nova temptativa en el període Post-CRS.

Nota important: L'adherència al seguiment (variable SeguimentCSMrealitzat) **no** va mostrar efecte protector significatiu contra una nova temptativa, en aquest anàlisi.

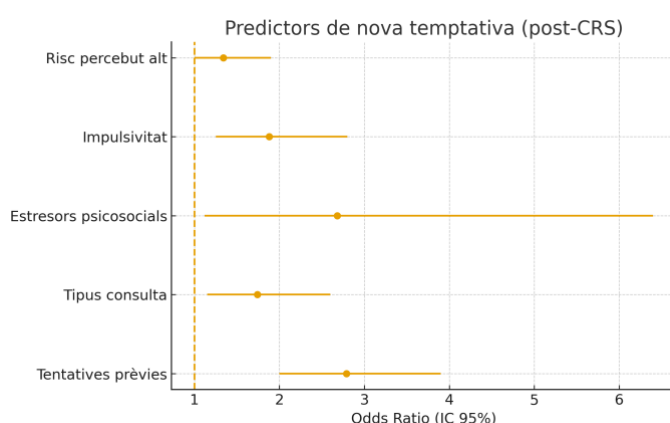


Figura 18: Forest plot que representa els odds ratios (OR) i els seus intervals de confiança al 95% per als diferents predictors de nova temptativa suïcida en el període post-CRS

10.10 Predictors de mortalitat en el grup Post-CRS

La cohort de 873 pacients atesos durant el període post-CRS es va analitzar amb l'objectiu d'identificar predictors clínics de mortalitat, registrada fins al setembre de 2025. El **temps mitjà de seguiment** va ser de **3.120 dies** (equivalent a **8,5 anys**), durant els quals es van registrar **101 esdeveniments** (101 defuncions, 11,6%). Com a possibles predictors d'aquests esdeveniments, a més dels factors sociodemogràfics (edat i gènere), s'hi van incloure diversos factors de risc clínic de mort per suïcidi: diagnòstic, antecedents de temptatives prèvies, consum de substàncies, presència de problemes físics incapacitants, impulsivitat, estressors psicosocials, sentiments de desesperança, soledat i accés a mitjans letals. Igualment, es van considerar característiques específiques de la consulta índex, com ara el motiu de consulta (temptativa o ideació), el risc suïcida percebut pel professional, la letalitat de la temptativa en cas d'existir, i la necessitat d'ingrés hospitalari. Finalment, es van incorporar variables relatives al seguiment i a l'adherència, com la confirmació de la visita de seguiment psiquiàtric, després de la visita a urgències.

D'aquestes morts, **91 (90,1%)** es van considerar *prematures*, en produir-se per sota de l'esperança de vida mitjana a Espanya. Cal destacar que **15 defuncions (14,9% de les morts)** van ser atribuïbles a suïcidi.

Inicialment, es va realitzar una anàlisi univariable per explorar les associacions entre cada variable i el risc de mortalitat, per qualsevol causa, durant el període de seguiment. Per a les variables categòriques es va utilitzar la prova de chi-quadrat, mentre que per a les variables numèriques es van calcular els coeficients de correlació pertinents. Aquest primer cribratge va permetre identificar els factors potencialment rellevants per a la mortalitat.

Posteriorment, es va dur a terme un model de regressió logística multivariable, aplicant un procediment de selecció *backward* per mantenir únicament les variables amb contribució significativa al model. Per a cada predictor es van estimar les odds ratios (OR) i els seus intervals de confiança al 95%, cosa que va permetre quantificar l'efecte independent de cada factor en el risc de mort.

L'anàlisi multivariable va posar de manifest diversos predictors clínics i sociodemogràfics amb un impacte significatiu en la mortalitat.

El predictor més potent observat fou l'**edat**, analitzada en increments de 10 anys, que va mostrar una associació robusta amb un augment del risc de mortalitat (OR = 3,85; $p < 0,001$). Aquest resultat, intuïtiu, indica que, per cada dècada d'edat, el risc de morir durant el seguiment pràcticament es quadruplica. Aquest resultat és coherent amb l'esperable en l'estudi de predictors de mortalitat. La edat mitjana en el moment de la mort, en la mostra, va ser de 60,8 anys, front els 41,8 anys d'edat mitjana dels individus de la mostra que no van morir.

Entre els factors clínics, el **consum de substàncies** destaca com un dels predictors principals (OR = 2,69; $p < 0,001$), seguit molt de prop pels **problemes físics discapacitants** (OR = 2,50; $p < 0,001$). Aquests dos factors dupliquen o tripliquen la probabilitat de mort, mostrant que el deteriorament físic i les conductes de risc associades al consum tenen un impacte crític en la supervivència del grup.

Un altre factor de risc rellevant és la presència d'**accés a mitjans letals** (OR = 2,45; $p = 0,015$), que incrementa substancialment la probabilitat de morir durant el seguiment. Aquest resultat reforça la importància de la intervenció específica en la reducció d'accessibilitat a mitjans potencialment mortals com a part de les estratègies de prevenció.

El **risc percebut alt** durant la visita d'urgències també es va associar a un increment significatiu de la mortalitat (OR = 1,42; $p = 0,008$), la qual cosa indica que la valoració professional inicial reflecteix adequadament un nivell de vulnerabilitat amb impacte pronòstic.

Finalment, la **bona adherència al seguiment en els dispositius de Salut Mental (CSM)** va mostrar un efecte protector (OR = 0,78), tot i que la significació estadística va ser marginal ($p = 0,054$). Haver realitzat la visita de seguiment **redueix el risc de mortalitat un 22%** a la mostra. Aquest resultat suggereix que l'assistència regular al seguiment podria reduir el risc de mortalitat, encara que aquesta associació no arriba al llindar convencional de significació.

En conjunt, aquests resultats indiquen que la mortalitat posterior a un episodi d'urgències per risc suïcida està fortament condicionada per factors d'edat, salut física, consum de substàncies i accessibilitat a mitjans letals, mentre que la vinculació i adherència al seguiment especialitzat podria exercir un paper protector que mereix ser explorat amb més profunditat. La Fig 18 mostra el Forest Plot del risc augmentat d'aquests predictors.

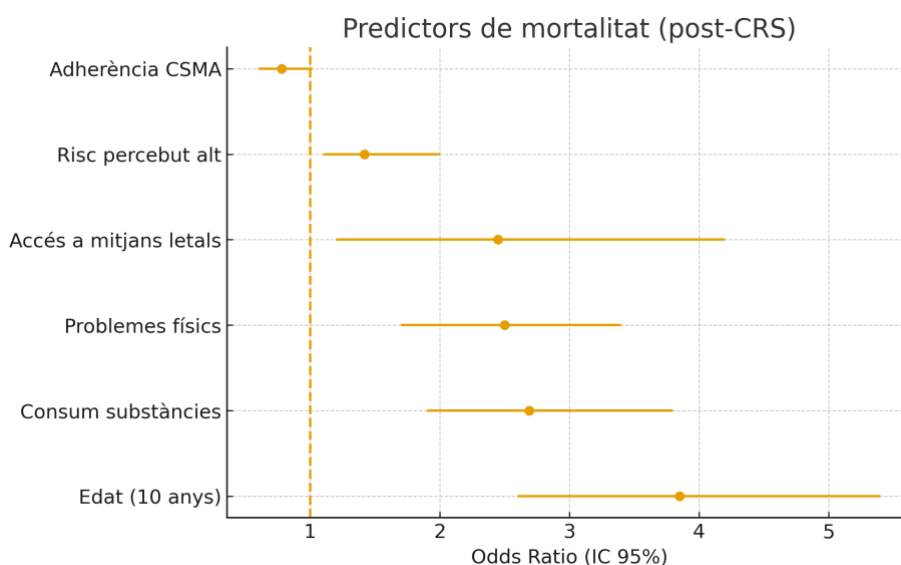


Figura 18: Forest plot que representa els odds ratios (OR) i els seus intervals de confiança al 95% per als diferents predictors de mortalitat en el període post-CRS

La Fig 19 mostra la representació gràfica de les corbes de supervivència Kaplan-Meier dels diferents factors resultants com a predictors de mortalitat, en la mostra Post-CRS, i el gradient lineal de la taxa de mortalitat per qualsevol causa, per grup d'edat.

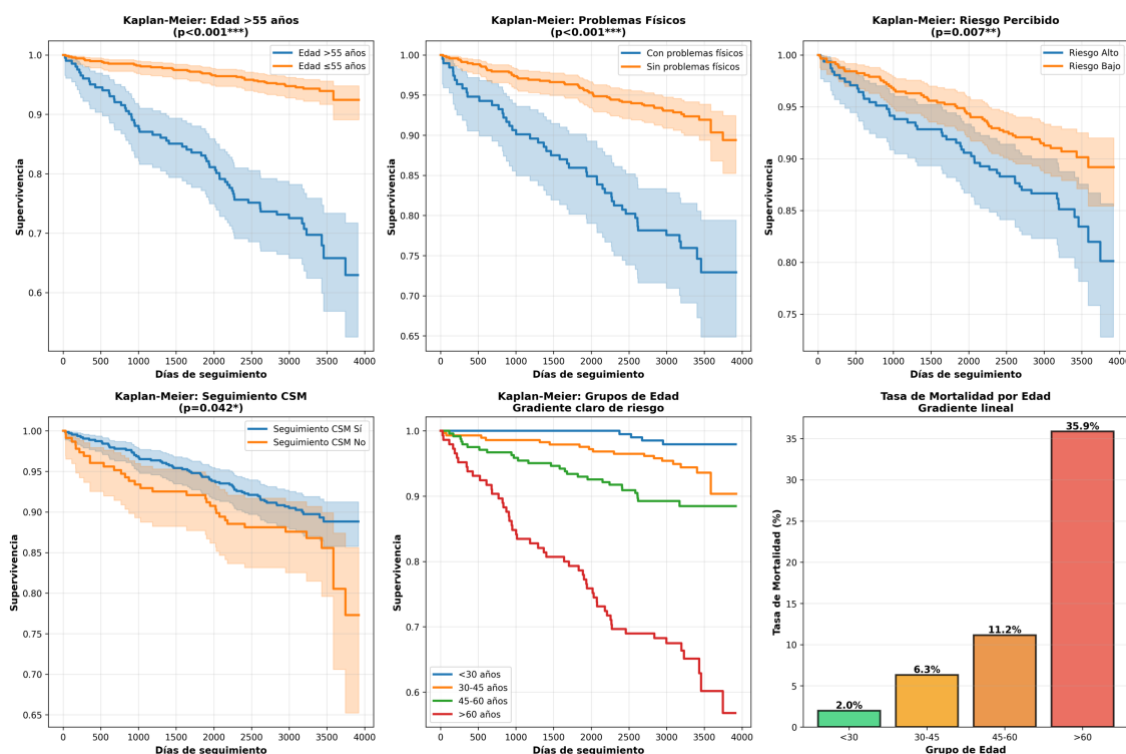


Fig 19: Representació gràfica de les corbes de supervivència Kaplan-Meier dels diferents factors per predir mortalitat en la mostra Post-CRS

L'anàlisi de les causes de mortalitat a la mostra objectiven una majoria de causes naturals (mediques) agrupant el 52,5% de les morts, amb una edat mitjana de 70,6 anys. La mort per suïcidi, amb 15 casos, representa un 14,9% del total de morts, tots ells esdevinguts en edat clarament prematura (edat mitjana 50 anys), respecte a la esperança de vida. L'elevat percentatge de causes desconegudes (32,7%) suggereix una manca de seguiment o infraregistres clínics (complicacions no documentades), amb una edat mitjana inclús inferior a la de morts per suïcidi.

10.10.1 Mortalitat prematura

A continuació, es va realitzar una anàlisi de mortalitat prematura en els pacients atesos durant el període Post-CRS, comparant l'edat de defunció observada amb els llindars d'esperança de vida a Espanya (87 anys en dones i 81 anys en homes, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística 2025).

Els resultats de mortalitat són clínicament rellevants, **9 de cada 10 defuncions** es produeixen a una edat considerablement avançada respecte a la esperança de vida actual a l'entorn, segons dades oficials, (90.1%, 91 de 101), considerant-se morts **prematures**.

En les dones (N=39, 97.5% de les 40 que van morir) l'edat mitjana en el moment de la mort va ser de 64.6 anys (llindar de prematuritat: 86 anys). Respecte a les causes de mortalitat en les dones, 61.5% van ser per altres causes (causes mèdiques), 23.1% per causa desconeguda, i 15.4% van ser per suïcidi.

En homes (N=52, 85.2% dels 61 que van morir) l'edat mitjana al morir va ser de 58.3 anys (llindar de prematuritat: 81 anys). Una dada sorprenent és la disparitat respecte a les causes de mort en comparació amb les dones, 36.5% altres causes mèdiques, 46.2% desconeguda, 17.3% suïcidi sense que sigui possible analitzar aquesta dada més enllà en l'actual estudi.

El resultat objectiu és que la mortalitat, en aquest grup, és **extraordinàriament prematura** respecte a la esperança de vida coneguda en la població general. Fins i tot fent servir llindars de 86 anys (dones) i 82 anys (homes), valors elevats per a Espanya, el 90% de les morts es produeixen abans de l'esperable per l'esperança de vida.

10.10.2 Mortalitat per Suïcidi

L'anàlisi descriptiva i comparativa dels factors associats a la mortalitat per suïcidi mostra diversos patrons rellevants que poden contribuir a comprendre millor els elements de risc en la població estudiada. Encara tractant-se d'un esdeveniment extremadament infreqüent (15 suïcidis en total d'entre els 873 individus amb dades de registre completes), van poder detectar-se factors clarament associats amb la probabilitat de morir per suïcidi durant el seguiment (mitjana de seguiment de 8.5 anys després de la primera visita índex). La Taula 17 mostra els resultats dels anàlisi de factors associats a suïcidi com a causa de mort, a la cohort Post-CRS, morts per suïcidi observades per factor, taxes de suïcidi i càlcul de diferències

Factor	Categoria	N	Suïcidis	Taxa %	p-value
Sexe	Dona (0)	344	9	2,62	—
Sexe	Home (1)	529	6	1,13	—
Edat	< 30 anys	201	0	0	0,062722
Edat	30–50 anys	391	8	2,05	—
Edat	> 50 anys	281	7	2,49	—
Consum de substàncies	No	608	5	0,82	0,003573
Consum de substàncies	Sí	265	10	3,77	—
Accés a mitjans letals	Sí	33	3	9,09	0,001427
Accés a mitjans letals	No	839	12	1,43	—
Temptatives prèvies	No	456	3	0,66	0,015349
Temptatives prèvies	Sí	417	12	2,88	—
Adherència a la visita	Adherent	672	10	1,49	0,669887
Adherència a la visita	No adherent	169	3	1,78	—
Letalitat de la tempt. índex	Baixa	566	4	0,71	0,002052
Letalitat de la tempt. índex	Alta	307	11	3,58	—

Taula 17: Factors associats a suïcidi com a causa de mort a la cohort Post-CRS, morts per suïcidi observades per factor, taxes i càlcul de diferències. (tempt.=temptativa)

Tot i que no s'observen diferències estadísticament significatives entre sexes, les dones presenten una taxa de suïcidi superior (2,62%) en comparació amb els homes (1,13%). Aquest resultat contrasta parcialment amb la literatura internacional, que habitualment descriu taxes de mort per suïcidi més elevades en homes. La manca de significació estadística suggereix que, en aquesta mostra, el sexe no es consolida com a predictor independent de mortalitat per suïcidi.

Les diferències entre grups d'edat es troben properes (marginalment) a la significació estadística ($p = 0,0627$). Els participants menors de 30 anys no presenten cap cas de suïcidi, mentre que les taxes augmenten de manera notable en els grups d'edat superiors: 2,05% en persones de 30–50 anys i 2,49% en majors de 50. Aquest patró suggereix una possible relació entre increment

de l'edat i major risc de suïcidi, coherent amb estudis previs que assenyalen un augment de vulnerabilitat en etapes de maduresa i envelliment.

El consum de substàncies apareix com un factor clarament associat a una major taxa de suïcidi (3,77% en consumidors, davant 0,82% en no consumidors), amb una diferència estadísticament significativa ($p = 0,0036$). Aquest resultat reforça l'evidència que vincula el consum de substàncies amb una major impulsivitat, desinhibició i deteriorament psicosocial, elements que poden augmentar la letalitat i el risc de conducta suïcida, en línia amb la literatura.

L'accés a mitjans letals mostra una de les diferències més pronunciades: les persones que disposaven d'aquests mitjans presenten una taxa de suïcidi del 9,09%, molt superior al 1,43% registrat en aquells sense accés. La significació estadística ($p = 0,0014$) confirma la importància d'aquest factor. Aquest resultat és coherent amb models de prevenció que indiquen que la disponibilitat de mitjans letals incrementa substancialment la probabilitat que una temptativa tingui un resultat fatal.

Les persones amb antecedents de temptatives suïcides presenten una taxa de mortalitat notablement superior (2,88%) en comparació amb aquelles sense antecedents (0,66%), amb significació estadística ($p = 0,0153$). Aquest resultat coincideix amb la literatura que identifica les temptatives prèvies com un dels principals predictors de mort per suïcidi, atesa la persistència de factors subjacents com la desesperança o la disfunció emocional.

Malgrat el resultat previ de la influència de l'adherència a la visita del seguiment del CRS a una reducció de la mortalitat general, no es detecta una associació significativa entre l'adherència al seguiment clínic i la mortalitat per suïcidi ($p = 0,6699$). Les taxes entre adherents (1,49%) i no adherents (1,78%) són similars. Tot i així, la direcció del resultat suggereix que la manca d'adherència podria comportar algun risc addicional, encara que aquest estudi no disposa d'evidència estadística suficient per confirmar-ho.

La letalitat de la temptativa inicial emergeix com un dels predictors més robustos: les persones que van realitzar una temptativa d'alta letalitat presenten una **taxa de suïcidi del 3,58%**, enfront del 0,71% en temptatives de baixa letalitat, amb significació estadística ($p = 0,0021$). Aquesta relació és coherent amb el model de continuïtat de la conducta suïcida, on les temptatives d'alta letalitat reflecteixen una major intenció suïcida i un perfil de risc més elevat.

Els resultats, il·lustrats a la Figura 20, indiquen que factors com el consum de substàncies, l'accés a mitjans letals, les temptatives prèvies i la letalitat de la temptativa índex, són predictors significatius de mortalitat per suïcidi. D'altra banda, variables com el sexe i l'adherència a visites, no mostren una associació clara en aquesta mostra, mentre que l'edat podria tenir un paper rellevant que requeriria mostres més àmplies per confirmar la tendència observada. Lògicament,

molts altres factors més enllà de la programació i compliment d'una visita per se, interfereixen en aquesta associació.

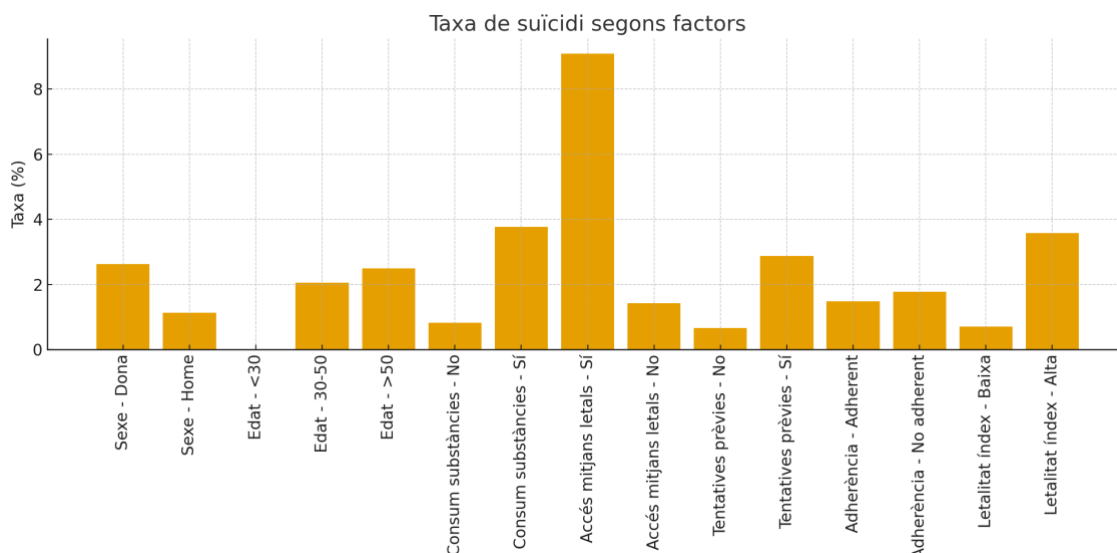
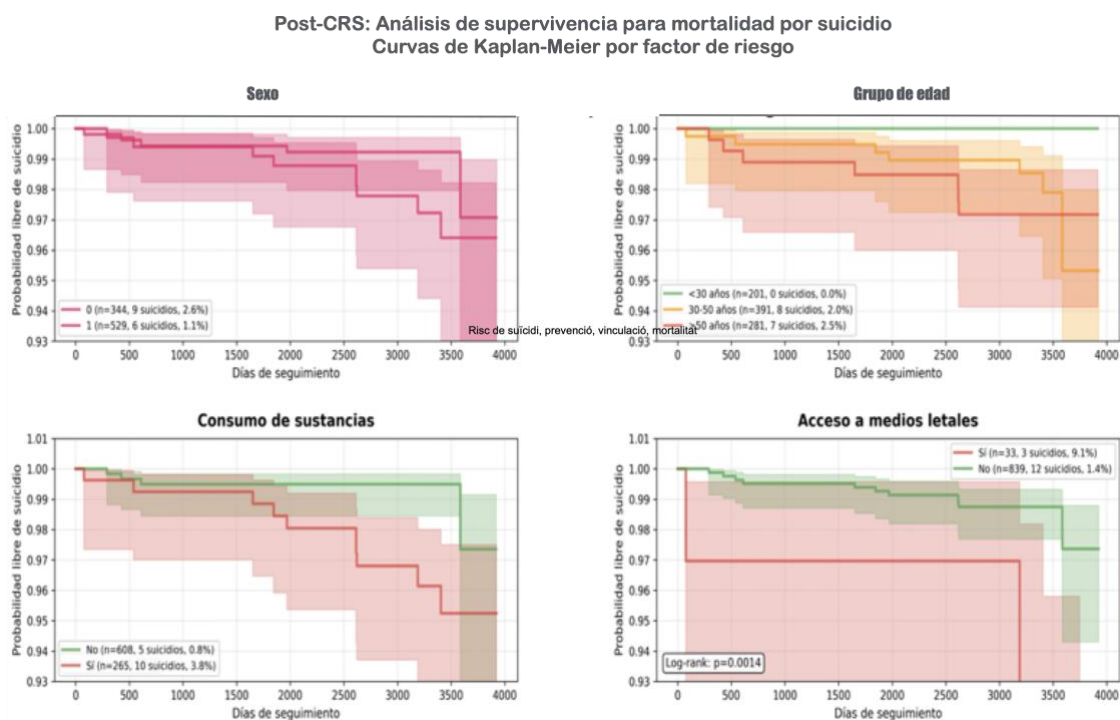


Figura 20: Distribució de la taxa de suïcidi segons els diferents factors clínics analitzats.

Finalment, es van repetir les corbes de supervivència i l'anàlisi dels factors de risc específics associats al **suïcidi com a causa de mort**, dins d'aquesta cohort de pacients. La Fig 21 mostra els anàlisi de supervivència per a mortalitat per suïcidi per els diferents factors analitzats.



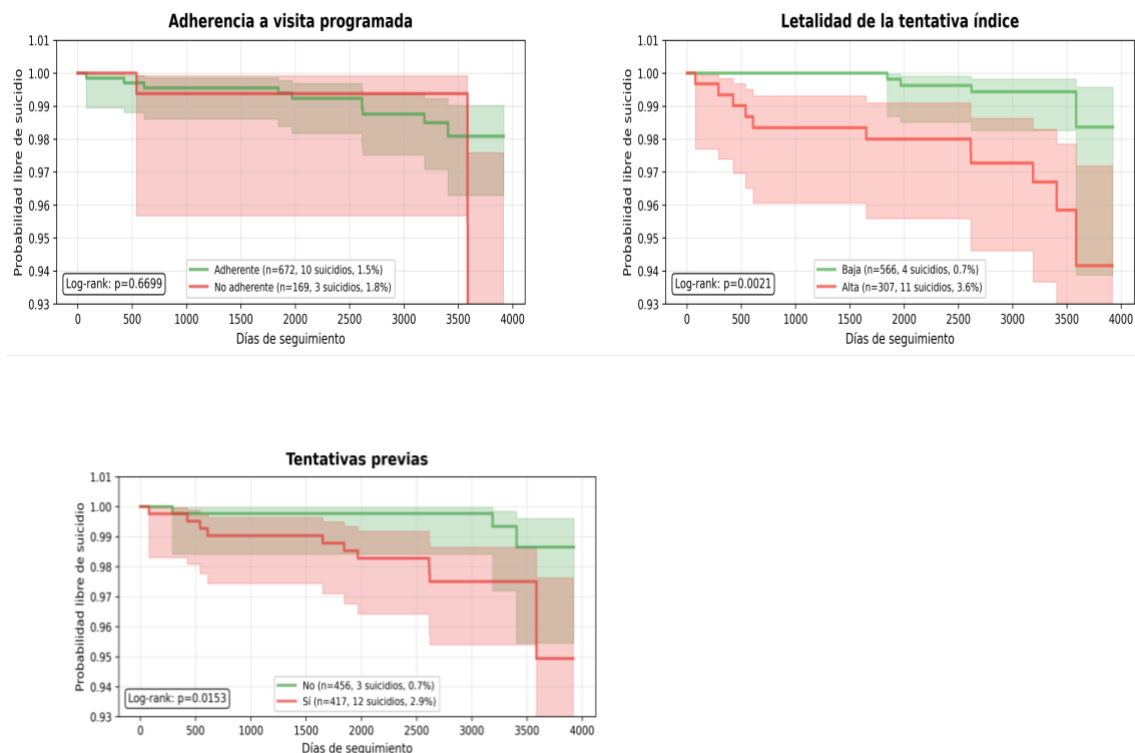


Fig 21: Corbes de supervivència per a mortalitat per suïcidi per als diferents factors avaluats.

Nota metodològica

Les variables categòriques es van codificar en format binari (0/1) i les variables numèriques es van normalitzar per garantir la comparabilitat entre predictors i millorar l'estabilitat dels models. Per a l'anàlisi de supervivència es va emprar un model de Cox, incorporant aquelles variables amb possible interacció i aplicant un procediment de selecció *backward* basat en un criteri de significació de $p < 0,10$. La capacitat discriminativa dels models va mostrar un nivell de precisió acceptable, amb una exactitud del **86,7%** per a la predicció de nova temptativa i del **90,3%** en el model de mortalitat. Tot i això, les conclusions s'han d'interpretar amb cautela, atesa la presència de registres incomplets, la possible influència de factors de confusió no mesurats i les limitacions inherents al disseny observacional de l'estudi.

11. Discussió

L'objectiu principal de l'estudi era avaluar l'efectivitat del programa de prevenció de risc de suïcidi **CRS** i determinar el seu impacte en la vinculació de persones en risc de conducta suïcida a l'atenció sanitària especialitzada, en un període òptim, posteriorment a haver estat ateses al per motius relacionats amb conducta suïcida. Com a objectius secundaris es van estudiar factors associats a la vinculació, a l'obtenció d'una cita en condicions òptimes i a la manca d'adherència a la xarxa, així com l'impacte del programa en la repetició de consultes relacionades amb risc de suïcidi, ideació i temptativa. Es va avaluar si la implementació del CRS afavoria la consulta a urgències per ideació suïcida durant l'any posterior. L'estudi analitzà el perfil dels pacients amb noves temptatives l'any posterior. Finalment, s'estudiaren factors associats a la mortalitat per qualsevol causa i la mortalitat per suïcidi, i l'associació de possibles factors a ambdós tipus de mortalitat.

Els resultats demostren l'eficàcia del programa en millorar la vinculació dels pacients atesos a recursos específics de Salut Mental, tant pel que fa al percentatge de pacients que són derivats, com per la disminució del temps fins a rebre una cita programada. La percepció de risc elevat pel professional augmentava la probabilitat de ser derivat, independentment del motiu de consulta, indicant una adequada priorització i un accés equitatiu a l'atenció especialitzada. Com a factors associats a la manca d'adherència, una temptativa com a motiu de consulta i la presència d'estressors psicosocials, van ser els més significatius.

Es va objectivar un augment en el nombre de reconsultes post-CRS, però amb un increment en les visites per ideació i una disminució relativa en el número de visites per retemptativa, aquest efecte preventiu encara era més marcat entre els pacients adherents a la visita programada. La taxa de temptatives durant l'any següent es va mantenir similar entre ambdós períodes.

L'antecedent de temptatives prèvies i una avaluació inicial de més gravetat, van ser els predictors més significatius de temptativa en aquest període. La quasi totalitat de les morts de la cohort es poden considerar com a mort prematura, molt per sota dels lindars d'esperança de vida. Malgrat que va ser un esdeveniment rar, els resultats indiquen que factors com el consum de substàncies, l'accés a mitjans letals, les temptatives prèvies i una elevada letalitat de la temptativa índex, van ser predictors significatius de mortalitat per suïcidi.

Les dues cohorts analitzades (Pre-CRS i Post-CRS) no mostren diferències significatives en característiques sociodemogràfiques ni diagnòstiques, tret d'un augment dels trastorns afectius en el segon grup.

Tanmateix, en el segon grup es va observar un lleuger increment en les temptatives suïcides (67,6% vs. 60,2%), de letalitat similar, i una disminució relativa de les consultes motivades exclusivament per ideació. Tot i que la presentació a urgències per ideació autolítica, sense conducta autolesiva, va ser percebuda en la major part de visites com de baix risc de suïcidi, el

programa CRS va ajudar a identificar amb més freqüència un risc elevat, en visites únicament amb ideació. La utilització d'escala estructurades de risc suïcida, juntament amb una entrevista semiestructurada que permeti explorar tots els aspectes clínics inclosos al programa, de manera sistematitzada i necessària per fer el registre del CRS, pot haver influït en millorar la identificació del risc, inclús en visites només amb ideació (Peyron & David, 2015). D'altra banda, l'increment observat en el registre d'estressors psicosocials en el període Post-CRS, pot estar relacionat amb una avaluació més extensa i detallada, el que permetria una millora en la detecció dels factors de risc per suïcidi, millorant la capacitat d'intervenció (*World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.*).

El grau de letalitat de les temptatives no va presentar diferències significatives entre ambdós grups. Presentar antecedents de temptatives prèvies va ser més freqüent en el període Post-CRS, suggerint una major recurrència de conductes suïcides en aquest interval o una exploració més acurada dels antecedents.

Aquests resultats inicials estarien en línia amb la primera hipòtesi. La majoria dels individus inclosos tindrien una temptativa autolítica com a motiu de visita (64% de mitjana entre els dos grups) i un diagnòstic psiquiàtric de base en relació als diagnòstics més associats a la literatura amb risc de suïcidi. Els diagnòstics més freqüents al segon grup van ser el trastorn adaptatiu, el trastorn de l'estat d'ànim i els trastorns de personalitat. Per altre banda també es confirma la presència de factors de vulnerabilitat associats a risc de suïcidi (estressors ambientals, problemes físics discapacitants).

L'estudi reporta un increment significatiu de derivacions a recursos específics de Salut Mental Post-CRS (62,1% vs 29,4%). Diversos factors clínics van mostrar un pes pronunciat en la decisió del professional. Els pacients valorats com de risc alt tenien més del doble de probabilitats de ser vinculats (OR = 2,22; $p = 0,002$), l'existència d'antecedents de temptatives suïcides suposava una probabilitat també aproximadament duplicada (OR = 2,08; $p < 0,001$). La presència d'estressors psicosocials va emergir com un dels predictors més rellevants (OR = 2,56; $p < 0,001$), confirmant el seu paper en la percepció clínica de vulnerabilitat. Tot i que amb un nivell de significació marginal, les malalties físiques discapacitants mostraren una tendència a incrementar la probabilitat de derivació (OR = 1,71; $p = 0,060$). Finalment, el consum problemàtic de substàncies va constituir un predictor independent significatiu (OR = 1,62; $p = 0,044$), reforçant la importància clínica d'aquest factor en la presa de decisions a urgències. Els resultats estan en línia amb les troballes a la literatura sobre factor de risc suïcida (Oquendo et al., 2014; Pemau et al., 2024).

Tenir un diagnòstic previ de trastorn mental, com era esperable, també va incrementar la probabilitat de ser derivat a un recurs de SM. Entre els diagnòstics més associats destacaven els trastorns de l'estat d'ànim, els trastorns psicòtics, els trastorns addictius, els trastorns de la personalitat, i els trastorns d'ansietat o somatomorfs. Aquests elements són indicadors coneguts

de vulnerabilitat i complexitat clínica, fet que pot explicar la seva associació amb la presa de decisions. Aquesta respondria principalment a criteris clínics, reforçant la idea que la vinculació no es guia exclusivament per la presentació aguda de la conducta suïcida, sinó també per la comprensió global del context psicopatològic.

D'igual forma, el fet que variables sociodemogràfiques com el gènere o l'edat no resultessin significatives, suggereix que la decisió clínica no està influïda per factors personals no clínics, el que podria indicar un enfocament equitatiu en la pràctica assistencial.

Cal destacar que els resultats demostren que el programa CRS constitueix un factor independent que incrementa de manera significativa la probabilitat que el professional derivi a l'individu per tal d'establir una vinculació amb SM. La vinculació a un recurs especialitzat s'ha objectivat de gran rellevància en la millora de l'atenció al risc de suïcidi (Doupnik et al., 2020; Kapur et al., 2004). Aquest resultat està en línia amb els objectius del programa, donant suport a la primera hipòtesis (valoracions de més risc augmenten la probabilitat de derivació a la xarxa de SM, $p=0.008$), i a la segona hipòtesis inicial d'aquest estudi (la implementació del CRS afavorirà la programació de visites a la xarxa de SM, 62% vs 24, $p<0,001$).

Existeix ampli consens a la literatura respecte a considerar els dies posteriors a una consulta a urgències per risc de suïcidi, com de major risc per a reintent i per morir per suïcidi. El fet de disposar d'una visita programada amb professionals de SM dins d'aquest període ha demostrat eficàcia en disminuir aquest risc posterior (Best Practices in Care Transitions for Individuals With Suicide Risk: Inpatient Care to Outpatient Care, 2019; Bostwick et al., 2016).

Els resultats de l'estudi mostren un **142% més de probabilitat d'aconseguir una cita òptima** en el grup inclòs en el CRS, comparat amb el període Pre-CRS, ajustat per tipus de consulta i risc percebut. Aquest resultat es tradueix en una millora substancial en la continuïtat assistencial, aconseguint més que duplicar la probabilitat que els pacients accedeixin a atenció especialitzada en temps òptim (<10 dies en adults i 72 hores en menors d'edat). El temps mitjà d'espera fins a la cita es va reduir de 20 a 7 dies entre ambdues cohortes (40% de reducció), la qual cosa és clínicament rellevant en el context de prevenció del suïcidi. L'efecte persisteix després d'ajustar per múltiples variables rellevants, demostrant que la millora és atribuïble al programa i no a canvis en el perfil de pacients.

Una troballa secundària va ser que pacients amb risc percebut alt, tenen 26% més probabilitat d'aconseguir cita òptima, el que permet inferir que els professionals prioritzen adequadament els casos de major gravetat. No es van observar diferències significatives entre el tipus de consulta (temptatives i ideació suïcida), ni entre els individus amb antecedents de temptatives prèvies, la qual cosa indica que tots dos tipus d'individus tenen accés equitatiu a cites òptimes, sent més el risc suïcida general percebut el que determina la prioritització.

Aquest resultat són consistents amb la tercera hipòtesi de l'estudi (el programa augmentarà la programació d'una visita posterior en condicions òptimes de seguiment). Les anàlisis estadístiques realitzades observen que aquest efecte sobre la probabilitat d'obtenir una cita en condicions òptimes, escurçant el temps en un 40%, es manté al llarg dels tres anys de l'estudi, i inclús presenta una millora al tercer any de la implementació. Aquesta dada possiblement reflecteix un millor acompliment del protocol amb el transcurs del temps, de tots els recursos implicats.

Les pèrdues durant el seguiment de pacients amb risc de suïcidi, constitueixen un repte sanitari (Fossi et al., 2022). Tot i que els resultats obtinguts revelen que la major part de pacients assisteixen a la visita programada (73,53% d'aquells a qui es va programar una cita), els factors associats a la manca d'adherència a visita programada pel CRS, susciten una reflexió rellevant. La presència de temptatives prèvies tendia a associar-se amb un menor risc d'incompliment de la visita, però sense assolir el llindar de significació estadística ($p = 0,072$). Per contra, es va observar que la temptativa autolítica com a motiu de consulta a urgències en l'episodi índex, constituïa un predictor directament associat al fracàs en l'assistència. De fet, la consulta motivada per una temptativa augmentava en un 50% la probabilitat de no acudir a la visita programada, en comparació amb la ideació.

Atès que la temptativa recent és un dels factors amb una associació més consistent amb la possibilitat de repetició de la conducta i amb la mort per suïcidi, aquest resultat subratlla la necessitat d'intensificar els esforços en el moment de l'alta d'urgències, amb l'objectiu de facilitar la vinculació d'aquests pacients a la xarxa especialitzada.

D'altra banda, tal com era previsible, la presència d'estressors psicosocials pràcticament doblava la probabilitat de no assistir a la visita. Tanmateix, cal destacar que la variància explicada pel model és molt baixa, fet que suggereix que hi intervenen moltes altres variables desconegudes que podrien tenir un paper rellevant en la baixa adherència al programa de prevenció.

Els resultats no donen suport a la quarta hipòtesis respecte al menor risc dels no adherents a la visita (atès que la presentació per temptativa s'associa amb risc alt) tot i què, parcialment, no assoleixen el llindar estadísticament significatiu.

Aproximadament una quarta part dels individus del grup Post-CRS va presentar una segona consulta a urgències, relacionada amb risc de suïcidi, dintre de l'any posterior a la visita índex. L'anàlisi comparativa entre els períodes Pre-CRS i Post-CRS revela variacions rellevants, tant en la freqüència de les revisites (17,1% Pre-CRS, 24,1% Post-CRS, $p < 0,001$), com en el perfil clínic dels pacients que retornen a urgències.

Aquest increment suggereix un canvi en la dinàmica assistencial dels pacients, amb conducta o ideació suïcida, després de la implementació del programa CRS, i podria reflectir tant una major demanda assistencial com un increment de la detecció o de la derivació.

L'anàlisi del motiu de retorn a urgències mostra un canvi qualitatiu rellevant. S'objectiva una disminució relativa en les visites per temptativa (85.7% pre-CRS vs 55,1%) i un augment en les consultes per ideació (14,3% vs 44,9% post-CRS). En el període Post-CRS augmenten les revisites motivades per ideació suïcida respecte al període previ (10,8% vs 2,4%), la diferència va resultar estadísticament significativa (OR 4.88, $p < .001$). La probabilitat que la segona visita fos per ideació, en lloc de per temptativa, és gairebé cinc vegades superior a la del període Pre-CRS.

Aquest augment pot reflectir una major detecció precoç de situacions de risc o un reforç dels circuits de derivació. Es possible que l'estructura del programa faciliti que els pacients retornin a urgències, davant la reaparició d'ideació (el programa augmenta el número d'avaluacions professionals, possibilitant la detecció), fet que des del punt de vista de la prevenció podria considerar-se un indicador de bona accessibilitat i menor barrera a la demanda assistencial. No obstant això, també podria apuntar a dificultats per establir intervencions suficientment contenedores o ajustades a les necessitats dels pacients de major vulnerabilitat. Per altre banda, la taxa absoluta de temptatives entre ambdós grups, no va mostrar variacions significatives (14.6% Pre-CRS vs 13.3% Post-CRS).

Si s'introdueix la variable adherència, l'anàlisi de les revisites al servei d'urgències segons l'adherència a la visita programada en el període post-CRS, aporta elements interpretatius rellevants. Un dels resultats més destacats és la major taxa de revisites observada en el grup de pacients adherents, 5,4 punts percentuals superior. Tot i que aquest patró pot semblar contra intuïtiu, adquireix una lectura clínica i de salut pública significativa quan s'analitza en relació amb el tipus de revisita i el perfil de risc associat.

En primer lloc, els pacients adherents presenten una proporció clarament superior de consultes motivades per ideació suïcida, en comparació amb els no adherents (11,5% vs. 6,8%). Aquest increment de les consultes d'ideació, més que indicar un empitjorament clínic, pot ser interpretat com un símptoma d'identificació precoç del risc i d'un ús més preventiu dels serveis d'urgències. Paral·lelament, el fet que la taxa de temptatives sigui similar entre ambdós grups (13,8% vs. 13,0%) suggereix que el risc agut de conducta suïcida no difereix de manera significativa i que l'augment de revisites en el grup adherent no es vincula a episodis de major gravetat.

Diverses hipòtesis poden ajudar a explicar aquests resultats. Una primera possibilitat és l'existència d'un biaix de detecció: els pacients adherents, en mantenir un contacte més sostingut amb el sistema sanitari, tenen més oportunitats de ser valorats i, per tant, de registrar revisites. També és plausible que l'adherència reflecteixi un perfil clínic específic, caracteritzat per una major gravetat subclínica, una millor introspecció, o una consciència més acurada del risc, factors que podrien predisposar a una cerca d'ajuda més activa.

En aquest mateix sentit, el comportament de cerca d'ajuda podria jugar un paper cabdal. Es a dir, pacients adherents potser reconeixen amb més facilitat els signes d'alarma, i utilitzen els recursos disponibles d'una manera més adaptativa.

Finalment, cal considerar l'efecte del seguiment clínic per sí mateix. La visita programada podria afegir un rol psicoeducatiu, incrementant la capacitat dels pacients per identificar situacions de risc i fomentar consultes preventives davant la reaparició d'ideació. Aquest mecanisme podria contribuir a explicar per què, malgrat una major freqüència de revisites, no s'observa un increment paral·lel de les temptatives autolítiques.

En conjunt, els resultats no suggereixen que l'adherència al programa post-CRS sigui perjudicial, ans al contrari. Els pacients adherents semblen establir una vinculació més estreta amb els serveis de salut mental i realitzar consultes de manera més precoç, principalment davant ideació, fet que pot contribuir a reduir la probabilitat que les situacions de risc evolucionin cap a episodis de major gravetat.

Aquests resultats reforcen la importància de la continuïtat assistencial com a element clau en la prevenció del suïcidi, i subratllen la necessitat d'optimitzar els dispositius de seguiment per facilitar un accés més segur, precoç i adaptat a les necessitats de cada pacient.

Aquest patró és coherent amb els objectius del CRS, orientats a la intervenció precoç i al tractament preventiu. A més, la estabilització de la taxa de reconsultes per temptativa en el període posterior, malgrat l'augment global de revisites, pot reflectir una disminució de la recurrència de conductes suïcides d'alta letalitat entre els pacients ja vinculats al circuit.

No obstant això, cal considerar estudis futurs per determinar si aquesta tendència es manté a llarg termini i per controlar possibles factors de confusió.

Aquest resultat donen suport a la hipòtesi 5 de l'estudi, respecte a que el programa actuaria com a facilitador per sol·licitar ajudar abans de realitzar una conducta autolítica.

La comparació entre els períodes pre-CRS i post-CRS mostra una notable estabilitat en la proporció d'esdeveniments relacionats amb acudir a urgències per una temptativa autolítica. Tant en el període previ (13,3%), com en el posterior a la implementació del CRS (12,8%). Els percentatges són pràcticament idèntics, suggerint que la instauració del protocol no va modificar substancialment la freqüència amb què els pacients reconsulten per temptativa, ni en la mostra completa, ni al restringir-la a pacients amb bona adherència.

Aquest resultat pot interpretar-se com una persistència del perfil clínic dels pacients, independentment del moment temporal, o bé com una possible estabilitat del fenomen de reconsultes per temptativa en aquesta població.

Independentment del període (pre-CRS vs post-CRS), els pacients que van presentar una temptativa com a motiu de consulta índex tenien aproximadament 1.7x major risc de reconsulta per temptativa ($p = 0.0018$ en anàlisi completa; $p = 0.0071$ en anàlisi restringida als adherents),

configurant-se el tipus d'esdeveniment índex com a millor predictor de risc futur, que no la pertinença a un període específic.

Pel que fa al seguiment fins a la presentació d'una temptativa, la mediana és de 365 dies en tots els grups, fet que indica un període observacional homogeni i permet comparacions robustes entre les cohorts. Les mitjanes de seguiment presenten diferències mínimes (314 dies pre-CRS i 307 dies post-CRS), que probablement no tenen rellevància clínica ni estadística. Aquesta similitud garanteix que les diferències observades en els esdeveniments no es deuen a desigualtats en el temps de risc.

Un altre resultat destacable és la proporció global de pacients que reconsulten per temptativa (53%). Una xifra elevada que reflecteix el caràcter de risc de la població atesa pel servei. La manca d'informació separada per períodes (N/D en pre-CRS i post-CRS) limita l'anàlisi temporal d'aquesta característica, però el valor global indica que més de la meitat dels pacients es presenten al servei arran d'una conducta suïcida de major gravetat, fet que pot condicionar necessitats específiques de seguiment i intervenció.

En conjunt, les dades suggereixen que, malgrat l'augment del nombre de pacients atesos en el període post-CRS ($n = 866$), la proporció d'esdeveniments es manté estable. Això podria indicar que, tot i que el CRS amplia la cobertura i el volum assistencial, el perfil clínic i la freqüència relativa d'esdeveniments greus es mantenen constants. Aquest patró destaca la **necessitat de continuar desenvolupant intervencions específiques orientades a reduir les reconsultes per temptativa i optimitzar el seguiment d'aquesta població d'alt risc.**

Les corbes de Kaplan–Meier mostren una comparació longitudinal entre els períodes pre-CRS i post-CRS en quant a la probabilitat acumulada de no registrar un episodi d'acudir per temptativa autolítica. En general, els valors de supervivència són elevats en ambdós grups, cosa que indica que la majoria dels pacients no presenta un esdeveniment durant el període de seguiment.

Els resultats mostren que, en els primers 30 dies, el grup post-CRS presenta una probabilitat lleugerament superior de no acudir per temptativa (0.958) en comparació amb el pre-CRS (0.936). Aquesta diferència inicial suggereix una possible millora en el seguiment immediat després de la implementació del CRS, un període crític en el risc de reincidència (Alayo et al., 2025) d'especial importància per a l'aplicació de protocols intensius de seguiment. La implementació del CRS podria estar contribuint a una millor contenció inicial del risc, amb un efecte protector modest, però present.

Tanmateix, a mesura que avança el temps, les diferències s'esvaeixen. A dia 90, la supervivència continua sent lleugerament superior en el grup post-CRS (0.928 vs. 0.916), però la distància és modesta. A mig any de seguiment (dia 180), les estimacions entre grups s'acosten encara més (0.901 vs. 0.895). Finalment, a un any, els valors s'igualen pràcticament: 0.866 en pre-CRS i 0.864 en post-CRS.

Aquest patró suggereix que els efectes potencials del CRS podrien concentrar-se en els primers mesos, amb un impacte més discret a llarg termini, suggerint que les necessitats excedeixen el marc de la intervenció inicial i requereixen d'estratègies de manteniment o reforç (visites de record, contactes telemàtics, grups psicoeducatius, programes de prevenció de recaigudes, o serveis comunitaris de suport continu).

La convergència de les corbes al final del seguiment indica que, tot i un volum assistencial superior en el període post-CRS, la probabilitat acumulada d'un esdeveniment al llarg de l'any es manté similar entre cohorts.

En conjunt, els resultats posen de manifest una estabilitat global en la recurrència d'acudir per temptativa, però amb **indicis d'una possible reducció inicial del risc immediat després de la implementació del CRS**. Aquestes diferències haurien d'interpretar-se juntament amb les anàlisis multivariants per determinar si es mantenen després d'ajustar per factors clínics i psicosocials, per evitar factors de confusió temporals (ex. variacions estacionals en la conducta suïcida, o canvis organitzatius no relacionats directament amb el CRS). Sense una comparació ajustada (p. ex., models de Cox), les corbes de supervivència ofereixen evidència descriptiva però no concloent sobre l'efectivitat del programa.

La manca de diferències substancials a llarg termini implica que el sistema necessita **estratègies més robustes**, i no només ajustaments puntuals en el flux assistencial. Les dades suggereixen que el problema no és només d'accessibilitat o circuit inicial, sinó de persistència del risc al llarg del temps, cosa que apunta cap a la necessitat d'explorar intervencions complementàries o d'identificar subgrups específics que sí puguin beneficiar-se de manera diferenciada.

Els pacients que van iniciar el circuit CRS en el context d'una temptativa presenten un risc significativament més alt de reconsultar per temptativa, comparats amb aquells que van iniciar-lo per ideació (74% més alt, $p = 0.0018$). Això implica que **la naturalesa inicial del motiu de consulta és un predictor robust del risc posterior**, i és **l'única variable del model amb significació estadística** clara. Això té implicacions directes per a la pràctica clínica: estratègies d'intervenció més intensives, seguiment post-alta més estructurat o protocols de detecció precoç de recurrència.

L'índex de concordança ($C = 0.5622$) mostra una capacitat predictiva modesta, lleugerament per sobre del nivell aleatori (0.50). Això indica que, tot i què el model identifica un predictor fort ("Tipus de Consulta"), la seva habilitat global per discriminar pacients amb o sense esdeveniments és limitada. Això posa de manifest la necessitat d'incorporar factors clínics i psicosocials addicionals (ex. gravetat psicopatològica, suport social, història longitudinal, patrons d'ús de serveis, adherència terapèutica) per millorar la capacitat de predicció i orientar decisions clíniques més personalitzades.

L'anàlisi restringit als pacients amb bona adherència a la visita programada en el període post-CRS, mostra una distribució d'esdeveniments i un temps de seguiment altament comparables entre els grups pre- i post-implementació. Les corbes de Kaplan–Meier mostren trajectòries de supervivència lliure d'esdeveniments gairebé superposades.

El conjunt d'aquests resultats suggereix què, fins i tot quan s'analitza un subgrup altament adherent, teòricament el segment de pacients que més podria beneficiar-se del circuit CRS, **no s'observa cap reducció del risc de reconsulta per temptativa associada al període post-CRS**. Això reforça la interpretació que la implementació del circuit, en la seva forma actual, no altera de manera significativa la dinàmica temporal dels esdeveniments autolítics en aquest subgrup.

La manca de diferències entre els períodes pre- i post-implementació entre els adherents, malgrat centrar-se en un grup teòricament més receptiu i vinculat al sistema, indica que **l'assistència a la visita programada no és suficient, per si sola, per reduir el risc de reconsulta per temptativa al llarg del temps**.

Això suggereix que el valor del CRS no radica únicament en garantir que els pacients assisteixin a una primera visita, sinó en el contingut, intensitat i continuïtat de les intervencions que s'ofereixen posteriorment.

Des d'un punt de vista clínic, aquests resultats indiquen que cal implementar **intervencions addicionals o més estructurades per a pacients que, malgrat ser adherents, continuen mostrant un risc sostingut d'esdeveniments autolítics**.

Finalment, que el grup adherent no presenti beneficis detectables post-CRS implica que **la intervenció del circuit tal com està dissenyada podria necessitar ajustaments qualitatius**, orientats no sols a garantir l'assistència sinó a millorar el contingut terapèutic, la intensitat del seguiment i la participació multidisciplinària. Aquests darrers aspectes s'han demostrat eficaços en les estratègies de prevenció del suïcidi (Fleischmann, 2008).

Aquests resultats no donen suport, de manera parcial, a la hipòtesi de l'estudi que planteja la eficàcia del programa per disminuir la probabilitat de reconsulta per temptativa.

Tot i la similitud, l'anàlisi del subgrup adherent aporta informació addicional; control de l'efecte de selecció per no-adherència, en eliminar pacients que no van acudir a la visita programada, s'analitza un segment de pacients potencialment més receptius i exposats de manera més completa al CRS. El fet que no s'observin diferències tampoc en aquest subgrup, implica que l'absència d'efecte del CRS no és atribuïble a problemes d'adherència.

La consistència de l'efecte del Tipus de Consulta entre els diferents anàlisis, indica que la **gravetat inicial és el factor pronòstic més rellevant**, independentment de l'assistència o del període.

Aquests resultats tenen una implicació per al disseny de programes assistencials. L'anàlisi comparativa suggereix que futures intervencions han d'orientar-se cap a continguts terapèutics més intensius i personalitzats, ja que ni la implementació del CRS, ni la millora de l'adherència, modifiquen el risc de retemptativa.

Els resultats identifiquen diversos factors clínics i psicosocials com a predictores significatius d'una nova temptativa autolítica. En primer lloc, les **temptatives prèvies** emergeixen com el predictor més potent ($OR=2,79$; $p<0,001$, risc 2,8x més gran), resultat que és consistent amb l'evidència existent, que assenyala la història de conducta suïcida com la variable amb major valor pronòstic de reincidència (Pemau et al., 2024). Aquesta troballa reforça la importància d'una avaluació sistemàtica de la trajectòria autolítica del pacient i del desenvolupament d'intervencions específiques per a la prevenció de la repetició en aquest subgrup.

Haver-se presentat a urgències per una temptativa en la visita índex, en comparació amb ideació suïcida com a motiu de visita, incrementa significativament el risc de recidiva ($OR=1,74$; $p=0,009$). Aquest resultat suggereix que la gravetat i la immediatesa de la conducta autolítica confereix una vulnerabilitat addicional, possiblement relacionada amb factors com la capacitat d'actuar sobre la ideació, la menor inhibició conductual, o la persistència del malestar que precipita la conducta, indicant la necessitat d'actuar per millorar aquests aspectes.

Els estressors psicosocials actius també van mostrar una associació significativa amb la probabilitat de nova temptativa ($OR=2,68$; $p=0,028$). Aquest fet evidencia la rellevància de les circumstàncies contextuais, conflictes interpersonals, problemes econòmics o dificultats laborals, entre d'altres, en la dinàmica del risc. La presència d'estressors pot actuar com a desencadenant o amplificador de la desesperança, especialment en persones amb recursos d'afrontament limitats (World Health Organisation. WHO/Suicide Data. Who Website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, n.d.).

La impulsivitat va resultar igualment un predictor rellevant ($OR=1,88$; $p=0,002$), fet coherent amb estudis que vinculen aquest tret amb una major probabilitat de transició ràpida de la ideació a la conducta (Park et al., 2020). Aquest resultat posa de manifest la necessitat d'incorporar l'avaluació dels trets d'impulsivitat en els protocols de triatge de risc i en la formulació de plans de seguretat individualitzats.

Finalment, el risc percebut alt per part dels professionals va presentar una associació marginalment significativa ($OR=1,34$; $p=0,050$). Encara que l'efecte és menor en comparació amb altres predictors, indica que els judicis clínics continuen aportant informació rellevant, tot i la seva subjectivitat inherent.

Aquest resultat donen suport parcial a la hipòtesi, respecte als factors plantejats de risc per augmentar la probabilitat de retentativa. Es confirma la major presència d'antecedents de temptativa entre els reincidents.

Un element destacable dels resultats va ser que l'adherència al seguiment als serveis de salut mental (CSM), no va mostrar un efecte protector significatiu en aquest model analític. Aquest resultat, que a priori podria semblar contra intuïtiu, podria estar explicat per diversos factors: (1) els pacients amb major risc tenen més probabilitat de ser derivats i adherir-se al seguiment, generant un efecte de confusió; (2) el tipus o intensitat del seguiment pot no haver estat suficient per modificar el risc; o (3) l'adherència registrada pot no reflectir la qualitat real de la intervenció rebuda.

Futurs estudis haurien d'explorar si certes modalitats d'intervenció (p. ex., teràpies breus centrades en el risc suïcida, models de contacte i seguiment continu) tenen un efecte diferenciat en la prevenció de la recidiva.

En conjunt, aquests resultats subratllen la importància de considerar simultàniament factors històrics, clínics, i contextuals en la predicció de noves temptatives. Les intervencions de prevenció secundària haurien de focalitzar-se especialment en pacients amb temptatives prèvies, en aquells que arriben a urgències després de dur a terme una conducta suïcida, i en perfils marcats per impulsivitat i estressors actius.

El seguiment de la mortalitat del grup Post-CRS fins al setembre de 2025 va reportar un percentatge de 11,6% de mortalitat (101 morts) en aquest període. L'anàlisi dels predictors de mortalitat en aquest grup posa de manifest un conjunt de factors clínics, sociodemogràfics i contextuals, que contribueixen de manera significativa al risc de mort durant el seguiment. En general, els resultats reflecteixen un perfil de vulnerabilitat marcada, amb una mortalitat global altament prematura i amb múltiples dimensions de risc simultànies, coincidint amb la literatura (Hammit et al., 2020; Mortier, Conde, et al., 2024; Thornicroft, 2011).

En primer lloc, l'**edat** es confirma com el predictor més potent de mortalitat ($OR=3,85$; $p<0,001$), amb una diferència destacada entre les persones que van morir (mitjana=60,8 anys) i les que van sobreviure (41,8 anys). Aquest efecte, esperable en termes de risc general de mortalitat, adquireix especial rellevància en un grup clínic caracteritzat per elevat risc, ja que suggereix la coexistència de vulnerabilitat física, deteriorament funcional i major càrrega de malaltia mèdica (Valera Ortín & Lucerón Lucas-Torres, 2021). Aquesta situació de fragilitat implica la necessitat de cribatge acurat del risc i prioritzar l'avaluació i el seguiment en el grup de majors de 55 anys i morbiditats físiques discapacitants.

El consum de substàncies presenta també un efecte robust ($OR=2,69$; $p<0,001$) i coherent amb l'evidència prèvia que relaciona l'ús de substàncies amb major mortalitat (Morentin et al., 2023),

tant per factors directes (toxicitat, accidents) com indirectes (menor autocura, dificultats d'accés i adherència al tractament, comorbiditat mèdica). Aquest resultat subratlla la necessitat de programes integrats de tractament dual en poblacions amb risc suïcida.

Els problemes físics discapacitants ($OR=2,50$; $p<0,001$) constitueixen un altre factor clau. La presència de malaltia crònica, dolor, limitació funcional o discapacitat, s'associa a increments significatius de mortalitat, ja sigui per via directa (progressió de la malaltia), per deteriorament en la qualitat de vida, o per augment del risc de comportaments autolesius. En aquest sentit, la intersecció entre salut física i salut mental adquireix una importància excepcional (Mann et al., 2021).

De forma similar, l'accés a mitjans letals ($OR=2,45$; $p=0,015$) emergeix com un factor rellevant que incrementa la probabilitat de mort. Aquest resultat reforça el paper crític de les intervencions restrictives d'accés a mitjans, especialment en pacients amb historial d'autolesions o ideació suïcida. La reducció d'accessibilitat s'ha relacionat sistemàticament amb descensos en la mortalitat per suïcidi, i els resultats suggereixen que aquesta línia d'actuació és igualment rellevant en el període post-avaluació de crisi (Nordentoft, 2007; Nordentoft & Erlangsen, 2019). A nivell assistencial, aquesta restricció d'accés implicaria una revisió exhaustiva dels tractaments farmacològics pautats, establint intervencions per evitar interaccions perilloses i l'accés a dosis potencialment letals (coordinació entre recursos assistencials, limitació de dispensació, assegurar adherència adequada).

El risc percebut alt pels professionals ($OR=1,42$; $p=0,008$) manté una associació significativa amb la mortalitat. Tot i que el pes estadístic és menor que el dels factors objectius, cal remarcar que la valoració clínica continua aportant informació única i insubstituïble en la detecció de riscos, que sovint no queden reflectits en variables mesurables.

Pel que fa a la **bona adherència al seguiment al CSM**, aquesta mostra un efecte protector modest ($OR=0,78$), proper al llindar de significació ($p=0,054$). Tot i no assolir significació estadística estricta, la direcció de l'efecte és coherent amb la literatura, que indica que el contacte mantingut amb els serveis de salut mental pot reduir el risc de complicacions greus, possiblement degut a major possibilitat d'avaluació de patologia i major adherència als tractaments, no només psiquiàtrics (Son et al., 2020).

És possible que aquest efecte no hagi assolit significació a causa de la mida mostral, de la qualitat heterogènia de les intervencions o d'un biaix de derivació en què els pacients de major risc acudeixen al seguiment amb més freqüència.

Una troballa especialment rellevant és que **presentar-se inicialment per temptativa**, enfront de fer-ho per ideació, es relaciona amb un risc superior de mortalitat posterior, tant per suïcidi com per altres causes. Això suggereix que la conducta autolesiva prèvia és un marcador de

vulnerabilitat profunda, que pot traduir-se en resultats adversos més enllà del suïcidi, incloent-hi deteriorament físic accelerat i comorbiditat complexa.

L'anàlisi específica de les causes de mort revela que la major part de defuncions (52,5%) es deuen a causes naturals o mèdiques, amb una edat mitjana de 70,6 anys, fet que apunta a la presència de malaltia crònica significativa en una fracció del grup. En canvi, els suïcidis representen el 14,9% de les morts i ocorren a edats clarament prematures (mitjana=50,0 anys), confirmant la persistència del risc suïcida a llarg termini.

D'altra banda, el percentatge elevat de causes desconegudes (32,7%), evidència problemes en el registre clínic o seguiment, i pot amagar casos de mortalitat relacionada amb complicacions mèdiques, sobredosis o morts per suïcidi no documentades, el que implica la necessitat de millora en els registres, tant clínics com legals, així com superar la dificultat en el traspàs d'informació entre les diferents fonts, palès a la literatura. El registre rigorós de totes les dades és un repte, ja que requereix una major conscienciació entre les organitzacions d'atenció sanitària, l'administració, i els professionals, pel que fa a la importància vital de registrar dades relacionades amb el suïcidi (Fernández-Prieto et al., 2023a; Pérez et al., 2020).

L'anàlisi de la mortalitat prematura mostra una dada crítica: **el 90,1% de les morts ocorren abans dels llindars d'esperança de vida, sent considerades com a prematures**, tant en homes com en dones. Aquesta proporció és extraordinàriament elevada i indica un deteriorament global profund de la salut i supervivència en aquesta població, suggerint comorbiditat no tractada. Les dones presenten quasi totalitat de morts prematures (97,5%), amb una edat mitjana de 64,6 anys, mentre que els homes presenten un 85,2% de morts prematures, amb una mitjana encara més baixa (58,3 anys). Aquestes xifres reforcen que la mortalitat en el grup Post-CRS no només és superior a la població general, sinó que s'esdevé de forma molt anticipada.

Aquest resultat dona suport a la darrera hipòtesis d'aquest estudi, que planteja l'associació entre presentar antecedents de temptativa autolítica, i un augment de risc per a morir a edat prematura.

El 14.9% de les morts del grup Post-CRS (15 casos) van ser per suïcidi, durant el seguiment total. Tot i tractar-se d'un esdeveniment extremadament infreqüent (15 suïcidis en total d'entre 873 individus), l'anàlisi va detectar factors clarament associats amb la probabilitat de morir per suïcidi durant el seguiment. Els resultats indiquen que **factors com el consum de substàncies (3,77%, $p=0,003$), l'accés a mitjans letals (9%, $p=0,001$), les temptatives prèvies (2,88%, $p=0,0153$) i una elevada letalitat de la temptativa índex (3,58%, $p=0,002$), són predictors significatius de mortalitat per suïcidi**. Aquests resultats coincideixen amb els factors associats amb mort per suïcidi a la literatura (Bostwick et al., 2016). Aquests elements haurien de ser considerats prioritaris en la valoració del risc clínic i en la planificació de mesures de prevenció.

D'altra banda, variables com el sexe (lleuger increment de dones mortes per suïcidi, 2,62% vs 1,13%, sense significació estadística) i l'adherència a visites, no mostren una associació clara en aquesta mostra, mentre que l'edat podria tenir un paper rellevant que requeriria mostres més àmplies per confirmar la tendència observada. Lògicament, molts altres factors més enllà de la programació i compliment d'una visita per se, interfereixen en aquesta associació.

En conjunt, els resultats indiquen que la mortalitat en el grup post-CRS és el resultat d'una acumulació de vulnerabilitats: càrrega física i discapacitat, consum de substàncies, dificultats de seguiment i presència d'accés a mitjans letals. A més, la mortalitat suïcida, tot i no ser la causa principal, continua representant un problema clínic greu i persistent.

La magnitud de la mortalitat prematura posa de manifest la necessitat urgent de **programes integrats de prevenció**, que incloguin intervencions psiquiàtriques, tractament de comorbiditats mèdiques, abordatge del trastorn per ús de substàncies i mesures de reducció d'accés a mitjans letals. Igualment, reforça la importància del seguiment intensiu i personalitzat després d'una avaluació de crisi, especialment en pacients que arriben per temptativa, ja que constitueixen un subgrup d'alt risc. Aquestes dades reforcen la importància de la **coordinació de tots els recursos sanitaris** implicats en la cura, especialment pel que fa a interacció entre l'assistència primària i la especialitzada (Mann et al., 2021).

Les conclusions estan condicionades per la manca de registres complets, possibles factors de confusió no mesurats i limitacions pròpies d'un estudi observacional.

12. Fortaleses i limitacions de l'estudi

Fortaleses

L'estudi presenta diverses fortaleses que reforcen la solidesa metodològica i la rellevància clínica dels resultats. En primer lloc, la disponibilitat d'una mostra àmplia, amb 801 pacients amb dades completes, permet una estimació robusta dels paràmetres estadístics i minimitza el risc de biaixos derivats d'un nombre insuficient d'observacions. El seguiment longitudinal fins a 365 dies des de l'atenció inicial a urgències proporciona una perspectiva temporal completa sobre la reincidència d'esdeveniments autolítics i permet l'ús d'eines analítiques avançades, com els models de supervivència.

En segon lloc, el disseny analític incorporat és metodològicament rigorós, incloent models de regressió logística i de Cox ajustats per covariants clíniques i sociodemogràfiques rellevants. Aquesta estratègia redueix el risc de confusió i facilita la interpretació inferencial dels predictors associats, tant a l'adherència com a la reconsulta. Addicionalment, la consistència entre els resultats de l'anàlisi complet i els del subgrup adherent, aporta estabilitat i repetibilitat interna, reforçant la fiabilitat de les conclusions.

Un altre punt destacable és que l'estudi utilitza dades procedents de la pràctica clínica real, fet que incrementa la validesa ecològica i en facilita la transferibilitat a l'àmbit assistencial. La selecció de predictors clínicament justificats, com els estressors psicosocials, la conducta suïcida prèvia, el tipus de consulta o el consum de substàncies, permet captar dimensions rellevants del risc i confereix coherència teòrica als resultats. Això facilita també la identificació de subgrups de risc, oferint informació útil per orientar intervencions preventives i la planificació de recursos.

Finalment, l'ús de models parsimoniosos, sense sobre ajustament i amb un nombre moderat de variables, contribueix a una interpretació clara i accessible per als professionals assistencials, facilitant el pont entre l'anàlisi estadística i la presa de decisions clíniques.

En el present estudi s'ha optat per un model parsimoniós, entès com aquell que ofereix la millor capacitat explicativa, amb el nombre mínim de predictors necessaris. Aquest enfocament segueix el principi de parsimònia, segons el qual, entre diverses especificacions possibles, és preferible el model més simple que mantingui una adequació estadística i conceptual suficient.

L'ús d'un model parsimoniós comporta diversos avantatges metodològics: (1) redueix el risc de sobre ajustament (overfitting), evitant que el model capti variabilitat aleatòria pròpia de la mostra;

(2) incrementa la robustesa i la generalització dels resultats, facilitant-ne l'aplicació en altres contextos clínics;

(3) millora la interpretabilitat, aspecte essencial en investigació biomèdica i en presa de decisions assistencials;

(4) evita la inclusió de variables redundants o de baixa aportació informativa, que podrien distorsionar l'estimació dels efectes principals.

Així, el model desenvolupat en aquest treball manté un equilibri òptim entre simplicitat i poder explicatiu, assegurant que els predictors seleccionats aporten informació rellevant i clínicament significativa, alhora que garanteixen una estructura analítica clara, eficient i alineada amb les recomanacions metodològiques vigents.

Limitacions

Tot i les fortaleeses esmentades, l'estudi presenta diverses limitacions que cal tenir en compte en la interpretació i generalització dels resultats. En primer lloc, el disseny retrospectiu i observacional impedeix establir relacions causals estrictes. Les associacions identificades reflecteixen correlacions en un context específic —el Parc de Salut Mar—, en una fase inicial d'implementació del programa CRS i, per tant, la generalització a altres entorns assistencials ha de fer-se amb cautela.

No és possible descartar la existència de casos de conducta suïcida entre la població corresponent al sector sanitari estudiat, en el període estudiat, que no hagin estat enregistrats en les cohorts, bé sigui per no haver estat atesos als serveis d'urgències de referència en que es basa l'estudi, bé per no haver estat registrats per motius clínics o tècnics, i que aquest estudi no és capaç d'identificar. La manca d'aquest hipotètic subgrup podria fer esbiaixar els resultats i dificultar la generalització dels mateixos.

Així com a la primera cohort es van registrar totes les consultes per ideació o conducta suïcida ateses al servei d'urgències de la nostra àrea de salut, en la segona només es van incloure aquells casos que, segons el criteri del professional, eren considerats tributaris d'activació del codi CRS. És possible que les consultes considerades de menor risc, o bé aquelles que requerien ingrés o en les que ja es considerava garantida la vinculació posterior a la xarxa, fossin incloses amb menor freqüència. Aquest fet podria haver estat especialment rellevant a l'inici, quan el programa encara no estava plenament consolidat. Malgrat tot, les dades mostren poques diferències rellevants en la majoria de variables basals d'ambdues mostres, que no invalidarien les principals anàlisis, centrades en avaluar els efectes de la implementació dels primers anys del programa CRS.

Com a any de referència per al període previ a la implementació del CRS només es va considerar el 2013. Tot i que hauria estat preferible disposar d'un marc de referència més ampli i no comptem amb dades específiques sobre les consultes en la resta d'anys no analitzats, cal assenyalar que l'any anterior i el posterior al 2013 el nombre de persones mortes per suïcidi a Barcelona va ser relativament similar.

Una limitació important és la presència potencial de variables no mesurades que podrien influir en l'adherència i la reconsulta, com el suport familiar, la disponibilitat de recursos, el nivell socioeconòmic, la intensitat simptomàtica o l'ús de tractaments psicofarmacològics. La manca d'aquestes dades pot contribuir a la confusió residual i explicar la baixa capacitat discriminativa observada en alguns models.

A més, alguns predictors presenten heterogeneïtat en la definició i registre clínic, especialment aquells basats en categories àmplies (per exemple, estressors psicosocials o consum de substàncies), susceptibles de variabilitat interprofessional. Aquesta dependència del registre

clínic pot introduir biaixos d'informació. Igualment, l'exclusió de pacients per manca de dades completes, pot haver generat biaixos de selecció no avaluats.

Pel que fa als models de supervivència, aquests es basen en l'assumpció de riscos proporcionals, que, tot i no mostrar desviacions greus, podrien no complir-se en poblacions heterogènies com la present. El nombre limitat d'esdeveniments en alguns subgrups pot reduir la potència estadística i dificultar la detecció d'efectes petits o moderats. El fet que el resultat "mort per suïcidi" sigui un esdeveniment infreqüent ("rar"), present només en <2% de la mostra, limita el seu poder estadístic.

També és rellevant que l'estudi se centra en les revisites a urgències de psiquiatria pel resultat de reconsulta, sense incorporar informació procedent d'altres dispositius assistencials, com urgències generals, l'atenció primària o altres serveis de salut mental. Aquesta visió parcial pot infrarepresentar la trajectòria assistencial completa i limitar la interpretació global del risc.

Finalment, tot i l'estabilitat observada entre l'anàlisi complet i el restringit als pacients adherents, la magnitud mínima de les diferències, incloent l'anàlisi del Restricted Mean Survival Time, suggereix que el programa CRS pot tenir un impacte limitat en la reducció del risc d'esdeveniments autolítics, fet que subratlla la necessitat d'explorar intervencions més intensives o personalitzades.

13. Implicacions clíniques.

Els resultats d'aquest estudi tenen diverses implicacions rellevants per a la pràctica clínica i per a l'organització dels dispositius d'atenció a la conducta suïcida. El programa és mostra eficaç per a detectar risc de suïcidi i derivar a recursos especialitzats amb una vinculació en temps òptim, fet que justifica el seu manteniment com a eina terapèutica.

La identificació consistent de factors de risc, com ara la presència de temptatives prèvies, el consum de substàncies, la càrrega d'estressors psicosocials o la limitació física, reforça la necessitat d'establir **estratègies de triatge específiques**, capaces de **detectar precoçment** els pacients amb major vulnerabilitat i un major nivell de risc. El **tipus d'esdeveniment índex (temptativa vs ideació)** és un millor predictor del risc futur. Aquests elements haurien d'integrar-se de forma sistemàtica en les valoracions d'urgències i en els itineraris de seguiment posterior.

Els resultats del model de predicció ofereixen diverses orientacions rellevants per **millorar la continuïtat assistencial** en pacients inclosos al CRS. La identificació dels estressors psicosocials com el predictor més potent de la inassistència, reforça la necessitat d'incorporar una valoració sistemàtica d'aquests factors i establir **intervencions adreçades a disminuir les pèrdues en el seguiment**. Elements com inestabilitat residencial, conflictes familiars, dificultats econòmiques o manca de suport social, poden comprometre la capacitat del pacient per mantenir el vincle amb els serveis. Davant aquest perfil, resulta recomanable implementar intervencions de caràcter psicosocial, com ara coordinació amb serveis socials, facilitació de recursos pràctics (transport, suport de treball social), i activitats de seguiment telefònic o digital més freqüent.

Per altre banda, l'absència d'un efecte protector clar associat a la simple adherència a la visita de seguiment, suggereix que l'assistència puntual a un dispositiu no és suficient per reduir el risc de reincidència o mortalitat. El programa garanteix un bon nivell de detecció del risc i una assistència primerenca post-alta, però no el manteniment de l'atenció a mig i llarg termini. La implementació d'un **programa específic multimodal i personalitzat d'atenció a llarg termini** a les persones en risc de suïcidi, després de la primera consulta post-activació del codi, permetria millorar l'assistència, i, possiblement, disminuir la taxa de reintents i morts per suïcidi en aquesta població, incorporant components proactius (p. ex., contactes telefònics freqüents, seguiment assertiu, suport comunitari) i integrant abordatges psicològics estructurats quan sigui possible, per tal de garantir una continuïtat terapèutica efectiva.

Una temptativa autolítica com a motiu de visita a urgències, presenta una probabilitat significativament superior de no assistir a la visita programada. Aquest resultat té especial rellevància clínica, ja que aquest grup concentra habitualment un risc elevat de reintent. Així, es

fa necessari establir **protocols de seguiment intensiu i estructurat** durant les primeres setmanes post-alta, incloent contactes proactius, cites de reforç, i possibilitats de flexibilitzar o ajustar el format d'atenció (per exemple, visites telemàtiques quan sigui clínicament viable).

Tot i que altres variables del model no han mostrat significació estadística, algunes d'elles evidencien tendències potencialment importants. Per exemple, els pacients amb temptatives prèvies o amb problemes físics discapacitants, podrien requerir una adaptació específica en el pla de seguiment, ja que els resultats suggereixen una major probabilitat d'adherència, que podria ser aprofitada per reforçar la participació clínica i el treball motivacional.

La elevada proporció de mortalitat prematura observada, tant per causes naturals com per suïcidi, evidencia la **necessitat d'enfortir la coordinació entre àrees mèdiques, salut mental i serveis socials**, especialment en pacients amb patologia física discapacitant o amb dificultats socioeconòmiques. L'alta prevalença de causes desconegudes de mort també subratlla la importància de **millorar els sistemes de registre i monitoratge longitudinal**, per tal de facilitar decisions clíniques basades en informació més completa i fiable.

Finalment, el fet que el CRS, en la seva configuració actual, no mostri un impacte mesurable en la reincidència de conducta suïcida, apunta que **els programes de prevenció secundària han d'avançar cap a models més estructurats, intensius i adaptatius**, que incorporin algorismes de risc (Machine Learning), intervencions basades en evidència i una major integració en la xarxa comunitària.

En resum, podem dir que el programa **CRS és una bona eina terapèutica per facilitar la vinculació de persones en risc de suïcidi** que contacten amb serveis assistencials per aquest motiu, permetent iniciar intervencions orientades a la disminució del risc. Els resultats apunten, però, cap a un ampli **marge de millora per augmentar la eficàcia**.

Com a recomanacions es proposa:

- Mantenir el programa CRS consolidant-lo com a estàndard d'atenció. Reforçar el programa amb l'addició de noves eines que millorin la capacitat de predicció, permetent estratificar per risc.
- Necessitat de monitoratge continu, establint indicadors de qualitat per al seguiment prospectiu.
- Disseminació de la informació, compartint resultats i metodologia.
- Recerca addicional: Avaluar l'impacte a llarg termini en resultats clínics (reintents, mortalitat) més enllà dels objectius del present estudi.
- Optimització contínua: Identificar àrees de millora per a reduir encara més els temps d'espera, desenvolupament de models de seguiment més intensius, estructurats i

continuats, que incorporin components proactius, multimodals i adaptats al risc individual.

14. Línies futures d'investigació

Les troballes d'aquest estudi obren diverses vies rellevants per al desenvolupament de recerca futura. En primer lloc, seria pertinent considerar l'anàlisi de subgrups diferenciats segons la gravetat de la temptativa, atès que els perfils clínics i les necessitats assistencials poden variar substancialment entre temptatives d'alta letalitat i episodis de menor severitat. Aquest tipus d'anàlisi permetria identificar patrons específics de risc i ajustar amb més precisió les intervencions terapèutiques.

En segon lloc, caldria avaluar altres resultats clínicament significatius, com ara la mortalitat, la rehospitalització o l'ús de recursos sanitaris en el seguiment a mitjà i llarg termini. L'exploració d'aquests esdeveniments podria oferir una visió més completa de l'efectivitat dels programes post intervenció i del seu impacte real en la trajectòria vital dels pacients.

Una tercera línia de recerca hauria de focalitzar-se en l'adherència al seguiment i la qualitat de les intervencions rebudes. L'avaluació detallada dels components assistencials, incloent-hi modalitats de contacte, intensitat i adequació terapèutica, pot ajudar a comprendre millor quins elements del procés assistencial són més determinants per reduir la recurrència o la mortalitat. Finalment, resulta especialment rellevant examinar models d'estratificació del seguiment intensiu dirigits a pacients d'alt risc, com aquells amb antecedents de temptatives prèvies. L'optimització del nivell de vigilància i suport, segons el perfil de risc, podria millorar l'eficiència dels programes i reforçar la prevenció de nous episodis autolesius.

Així mateix, cal aprofundir en l'anàlisi de trajectòries de risc al llarg del temps, utilitzant models dinàmics, dades longitudinals contínues o mètodes d'aprenentatge automàtic per captar patrons complexos i facilitar prediccions individualitzades. Aquest enfocament podria ajudar a distingir millor els subgrups de pacients que més es beneficiarien d'intervencions específiques.

Es necessita una recerca futura per desenvolupar ITR (models de tractament individualitzat) per a pacients amb un risc de suïcidi elevat. Els models existents de predicció del suïcidi, que intenten identificar els pacients amb més risc de suïcidi, no ens diuen quins tractaments centrats en el suïcidi són adequats per a quins pacients. Aquesta és la pregunta clínica clau que tenen en compte els crítics del cribratge del risc de suïcidi, quan diuen que les avaluacions clíniques en profunditat haurien de centrar-se en la necessitat de tractament, en lloc de en l'avaluació de risc de suïcidi. Ara per ara, però, les directrius de tractament no ofereixen cap orientació pràctica sobre com seleccionar tractaments individualitzats òptims. La tecnologia existeix per abordar aquesta qüestió, reorientant els models de predicció del suïcidi, per centrar-se en predictors prescriptius i desenvolupar ITR. Aquest ha de ser un focus central de la futura investigació sobre la predicció del suïcidi.

En conjunt, aquestes línies de recerca contribuirien a aprofundir en el coneixement dels factors de risc i protecció, i permetrien avançar cap a intervencions més personalitzades, efectives i basades en l'evidència.

15. Conclusions

El present estudi ha analitzat de manera exhaustiva els factors associats a la vinculació a l'atenció especialitzada en SM després de la implementació del programa CRS, la capacitat del programa per aconseguir una cita programada en temps òptim, factors que modulen l'adherència a les visites programades, probabilitat de reconsulta a urgències després d'haver estat inclòs al programa, factors relacionats amb reincidència de risc de suïcidi i de mortalitat. Mitjançant l'ús combinat de models de regressió, anàlisis de supervivència i aproximacions comparatives entre períodes pre- i post-implementació, s'ha obtingut una visió integral del risc clínic i de l'efectivitat del programa. Les conclusions principals es poden sintetitzar en els apartats següents.

1. Com era esperable, la major part dels individus presentaven un diagnòstic de trastorn mental (més de tres quarts parts) i havien realitzat una temptativa autolítica com a motiu de consulta.
2. El sistema prioritza adequadament els casos de major risc, demostrant efectivitat en l'estratificació i assignació de recursos. No s'observen desigualtats en l'accés entre temptatives i ideació, la qual cosa indica equitat en l'atenció.
3. El programa CRS ha demostrat un impacte altament significatiu com a predictor independent per vincular el pacient a la xarxa de SM, tenint accés a cites òptimes, més que duplicant la probabilitat d'aconseguir-les ($HR=2.42$, $p<0.001$). La reducció del temps fins a la programació de visita representa una millora clínicament rellevant en la continuïtat assistencial de pacients en risc suïcida.
4. Haver fet una temptativa com a motiu de visita (1,51x), i la presència d'estressors psicosocials (1,86x), van ser els majors predictors de no assistència a la cita programada en la segona cohort.
5. La implementació del programa CRS va augmentar el nombre de reconsultes respecte a la cohort pre-CRS. Entre les reconsultes es va objectivar una disminució relativa de les temptatives i un augment, gairebé cinc vegades superior, de reconsultes per ideació suïcida, abans de passar a l'acte. Aquest efecte és encara més marcat entre els individus adherents a la cita programada. Aquest patró podria apuntar a un efecte preventiu de la intervenció, possiblement a través de millor auto-identificació de símptomes i disminució de les barreres en la cerca d'ajuda.
6. El percentatge de reincidència de temptatives en el primer any va ser similar en ambdós períodes (13,3% vs 12,8% post-CRS).
7. Una temptativa com a motiu de consulta índex va ser el major predictor, 1.7x, de nova temptativa.

8. El 90% de la totalitat de les morts es pot considerar mort prematura, molt per sota dels llindars d'esperança de vida. Els factors més associats a mortalitat per qualsevol causa, van ser la edat, el consum de substàncies i problemes físics discapacitants.
9. El protocol CRS constitueix una iniciativa de rellevància en l'àmbit de la salut mental i la prevenció del suïcidi. La principal força del CRS és proporcionar una via d'acció clara per als professionals de la salut mental, i escurçar el temps transcorregut entre el contacte inicial amb el sistema d'atenció psiquiàtrica urgent i l'atenció especialitzada ambulatoria, afavorint el seguiment en el període detectat com de major risc per morir per suïcidi.

16. Referències Bibliogràfiques

- Alayo, I., Pujol, O., Amigo, F., Ballester, L., Cirici Amell, R., Contaldo, S. F., Ferrer, M., Guinart, D., Moreno, L. L., Leis, A., Fernandez, M. L., Mayer, M. A., Pastor, M., Peña-Salazar, C., Portillo-Van Diest, A., Ramírez-Anguita, J. M., Sanz, F., Alonso, J., Kessler, R. C., ... Mortier, P. (2025). *Predicting Intentional Self-Harm Following Psychiatric Discharge in Catalonia, Spain: Machine Learning Models from Linked Registry Data*. <https://doi.org/10.1101/2025.09.26.25336360>
- Améry., J. (1999). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria Versión castellana de Marisa Siguan y Eduardo Aznar* (Primera ed). Pre-Textos.
- Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. In F. S. M. España (Ed.), *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (2a edición, pp. 521–546). Fundacion Salud Mental España.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=653062&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=653062>
- Arnon, S., Shahar, G., & Brunstein Klomek, A. (2023). Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1266717>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., & Saiz Ruiz, J. (2012a). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., & Saiz Ruiz, J. (2012b). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308–316. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.308>
- Azcarate-jimenez L, Lopez-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernandez A, E.-P. R. (2019). La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 47(4), 127–136.
- Ballester, L., Gili, M., Roca, M., Forteza-Rey, I., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., Amigo, F., Moreno-Küstner, B., Mortier, P., Piqueras, J. A., Portillo-Van Diest, A., Rebagliato, M., Rodríguez-Jiménez, T., & Alonso, J. (2025). Effectiveness of a guided mobile app intervention for depression and anxiety in university students (PROMES-U study): protocol of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 25(1), 3740. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24752-3>
- Beadles, C. A., Ellis, A. R., Lichstein, J. C., Farley, J. F., Jackson, C. T., Morrissey, J. P., & Domino, M. E. (2015). First outpatient follow-up after psychiatric hospitalization: does one size fit all? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 66(4), 364–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400081>
- Berman, A. L., Silverman, M. M., De Leo, D., & Reidenberg, D. (2021). Defining Suicidology and the Titling of Suicidologist? *Crisis*, 42(3), 165–170. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000790>

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Bertolote, J. M. (2020). Suicide prevention: Community-based strategies. *Journal of Public Mental Health*, 19(4), 281–295.
- Best Practices in Care Transitions for Individuals With Suicide Risk: Inpatient Care to Outpatient Care. (2019). <https://theactionalliance.org/resource/best-practices-care-transitions-individuals-suicide-risk-inpatient-care-outpatient-care>
- Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide Within Two Weeks of Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Case-Control Study. *Psychiatric Services*, 64(7), 653–659. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200026>
- Borowsky, I. W., Ireland, M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1998). Suicide attempts among American Indian-Alaska native youth: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 22(2), 157. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)83226-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)83226-0)
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925–1932. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1925>
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Brown, G. K., & Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), S209–15. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.006>
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2005). Predicting aftercare in psychiatric emergencies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(10), 829–834. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0959-x>
- Burke, T. A., Ammerman, B. A., Knorr, A. C., Alloy, L. B., & McCloskey, M. S. (2018). Measuring Acquired Capability for Suicide within an Ideation-to-Action Framework. *Psychology of Violence*, 8(2), 277–286. <https://doi.org/10.1037/vio0000090>
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 9(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Carter, G. L., Clover, K. A., Bryant, J. L., & Whyte, I. M. (2002). Can the Edinburgh Risk of Repetition Scale predict repetition of deliberate self-poisoning in an Australian clinical setting?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 230–239.
- Catalans, I. d'Estudis. (n.d.). *Optimot, consultes lingüístiques*.
- CatSalut Gencat.cat. (n.d.). *Història clínica compartida a Catalunya (HC3)*. Retrieved October 14, 2025, from <https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits->

- actuacio/linies/tic/solucions-siscat/catalog/publicacio-consulta-informacio-clinica/historia-clinica-compartida-catalunya-hc3/
- Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Caveró, M., Oliva, J. C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V., & Palao, D. J. (2013a). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>
- Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Caveró, M., Oliva, J. C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V., & Palao, D. J. (2013b). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>
- Cebria, A. I., Pérez-Bonaventura, I., Cuijpers, P., Kerkhof, A., Parra, I., Escayola, A., García-Parés, G., Oliva, J. C., Puntí, J., López, D., Valles, V., Pamias, M., Hegerl, U., Pérez-Sola, V., & Palao, D. J. (2015). Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*, 36(5), 345–352. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000331>
- Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 209(4), 277–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- Chávez-Hernández, Ana-María, & Leenaars, A. A. (2010). No Title. *Salud Mental*, 33(4), 355–360, 33(4), 355–360.
- Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257–265. <https://doi.org/10.1080/00048670601172749>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., & Large, M. (2019a). Meta-Analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
- Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., & Large, M. (2019b). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*, 9(3), e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
- Comisión de Salud Mental. Ministerio de Sanidad. (2025). Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. *Ministerio de Sanidad*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_preencion_del_suicidio_2025_2027.pdf
- Comtois, K. A., Hendricks, K. E., DeCou, C. R., Chalker, S. A., Kerbrat, A. H., Crumlish, J., Huppert, T. K., & Jobes, D. (2023). Reducing short term suicide risk

- after hospitalization: A randomized controlled trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 320, 656–666. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.042>
- Cooper, J., Steeg, S., Bennewith, O., Lowe, M., Gunnell, D., House, A., Hawton, K., & Kapur, N. (2013). Are hospital services for self-harm getting better? An observational study examining management, service provision and temporal trends in England. *BMJ Open*, 3(11), e003444. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003444>
- Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 190, 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025437>
- Davis Weaver, N., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mougin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzigbli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D., ... Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), e189–e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
- de la Torre-Luque, A., Pemau, A., Ayad-Ahmed, W., Borges, G., Fernandez-Sevillano, J., Garrido-Torres, N., Garrido-Sanchez, L., Garriga, M., Gonzalez-Ortega, I., Gonzalez-Pinto, A., Grande, I., Guinovart, M., Hernandez-Calle, D., Jimenez-Treviño, L., Lopez-Sola, C., Mediavilla, R., Perez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., Seijo-Zazo, E., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 81, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.01.007>
- Del Valle Gómez, M Olivo; López González, M Luisa; Arcos González, Pedro Ignacio; Cueto Espinar, A. (1993). ANALISIS DE LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CANCER EN ASTURIAS Y ESPAÑA. *Rev San Hig Púb*, 67:, 129–144. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revisita_cdrom/VOL67/67_2_129.pdf
- DelPozo-Banos, M., Rodway, C., Lee, S. C., Rouquette, O. Y., Ibrahim, S., Lloyd, K., Appleby, L., Kapur, N., & John, A. (2024). Contacts with primary and secondary healthcare before suicide by those under the care of mental health services: case-control, whole-population-based study using person-level linked routine data in Wales, UK during 2000-2015. *BJPsych Open*, 10(3), e108. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.23>
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings. *JAMA Psychiatry*, 77(10), 1021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Ekeberg, O., Ellingsen, O., & Jacobsen, D. (1994). Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24(4), 398–405. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7740597>
- Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2019). Urgent need for better care after self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 971–972. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30376-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30376-1)

- Espeland, K., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2021). "Time to Try Something New" - Professionals' Experiences and Reflections on Suicide Prevention in Norway. *Crisis*, 42(6), 434–440. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000740>
- Evans, J., Evans, M., Morgan, H. G., Hayward, A., & Gunnell, D. (2005). Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(2), 186–187. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.186>
- Farré, A., Portella, M. J., De Angel, L., Díaz, A., de Diego-Adeliño, J., Vegué, J., Duran-Sindreu, S., Faus, G., Tejedor, C., Álvarez, E., & Pérez, V. (2016). Benefits of a Secondary Prevention Program in Suicide. *Crisis*, 37(4), 281–289. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000388>
- Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Burón, P., Rodríguez-Revuelta, J., Garrido, M., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., García-Portilla, P., Sáiz, P., & Bobes, J. (2019). Prevention of recurrent suicidal behavior: Case management and psychoeducation. *Psicothema*, 31(2), 107–113. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.247>
- Fernández-Prieto, B., Martin-Fumadó, C., Pujol Robinat, A., Alonso, J., Gómez-Durán, E. L., Duran Jordà, X., & Palao, D. (2023a). Direct access to forensic sources and comprehensiveness of official suicide mortality records. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(4), 268–269. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2021.06.003>
- Fernández-Prieto, B., Martin-Fumadó, C., Pujol Robinat, A., Alonso, J., Gómez-Durán, E. L., Duran Jordà, X., & Palao, D. (2023b). Direct access to forensic sources and comprehensiveness of official suicide mortality records. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(4), 268–269. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2021.06.003>
- Fleischmann, A. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- Fossi Djembi, L., Vaiva, G., Debien, C., Duhem, S., Demarty, A.-L., Koudou, Y.-A., & Messiah, A. (2020). Changes in the number of suicide re-attempts in a French region since the inception of Vigilans, a regionwide program combining brief contact interventions (BCI). *BMC Psychiatry*, 20(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2443-6>
- Fossi, L. D., Debien, C., Demarty, A.-L., Vaiva, G., & Messiah, A. (2022). Loss to follow-up in a population-wide brief contact intervention to prevent suicide attempts - The Vigilans program, France. *PLOS ONE*, 17(3), e0263379. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263379>
- Fradera, M., Ouchi, D., Prat, O., Morros, R., Martin-Fumadó, C., Palao, D., Cardoner, N., Campillo, M. T., Pérez-Solà, V., & Pontes, C. (2022). Can routine Primary Care Records Help in Detecting Suicide Risk? A Population-Based Case-Control Study in Barcelona. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(3), 1395–1409. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1911894>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Frierson, R., & Gold, L. (2020). *Textbook of Suicide Risk Assessment and Management, Third Edition*.

- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. En J. Alonso, J. M. Cabasés & V. Puig-Barrachina (Eds.), Retos actuales de la salud mental desde la salud pública y la administración sanitaria (Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(Supl. 1, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.016>
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., Baca-García, E., & Sáiz, J. (2002). [Sociodemographic features of suicide attempts]. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30(2), 112–119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028944>
- Geissler, K. H., Cooper, M. I., & Zeber, J. E. (2021). Association of Follow-Up After an Emergency Department Visit for Mental Illness with Utilization Based Outcomes. *Administration and Policy in Mental Health*, 48(4), 718–728. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01106-2>
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., Kapur, N., Ness, J., Waters, K., Tsiachristas, A., & Hawton, K. (2019). Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(12), 1021–1030. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30402-X)
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1–2), 95–100. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01514.x>
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>
- Global treatment action to combat deterioration of mental health and suicide. (2023). Protocol of BIC study. (2023). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.wpanet.org/wp-content/uploads/2025/09/BIC-project-RCT-Protocol.pdf*
- Goldman-Mellor, S., Olfson, M., Lidon-Moyano, C., & Schoenbaum, M. (2019). Association of Suicide and Other Mortality with Emergency Department Presentation. *JAMA Network Open*, 2(12). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17571>
- Goldney, R. D. (2005). Suicide Prevention. *Crisis*, 26(3), 128–140. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.26.3.128>
- Gomes-da-Costa, S., Solé, E., Williams, E., Giménez, A., Garriga, M., Pacchiarotti, I., Vázquez, M., Cavero, M., Blanch, J., Pérez, V., Palao, D., Vieta, E., & Verdolini, N. (2023a). The impact of the Catalonia Suicide Risk Code (CSRC) in a tertiary hospital: Reduction in hospitalizations and emergency room visits for any reason but not for suicide attempt. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(2), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.004>
- Gomes-da-Costa, S., Solé, E., Williams, E., Giménez, A., Garriga, M., Pacchiarotti, I., Vázquez, M., Cavero, M., Blanch, J., Pérez, V., Palao, D., Vieta, E., & Verdolini, N. (2023b). The impact of the Catalonia Suicide Risk Code (CSRC) in a tertiary hospital: Reduction in hospitalizations and emergency room visits for any reason

- but not for suicide attempt. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(2), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.004>
- GRANMO (0V 8.00 2022-12-30), (V 8.00 2022-12-30). (n.d.). <https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo>
- Green, J., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). Attachment Security and Suicide Ideation and Behaviour: The Mediating Role of Reflective Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph18063090>
- Gruat, G., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duhem, S., & Vaiva, G. (2010). [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. *L'Encephale*, 36 Suppl 2, D7–D13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.10.009>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012a). *GPC_Conducta_Suicida (2)* (avalua-t. C. de Sanidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Ed.). Ministerio de Sanidad.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012b). *GPC_Conducta_Suicida (2)* (p. 381 pág.). https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- Gryglewicz, K., Kutash, K., Elzy, M. B., Hangartner, R. R., & Karver, M. S. (2018). Engaging families: a pilot evaluation to examine the utility of a health promotional resource on youth suicide prevention. *Journal of Family Social Work*, 21(4–5), 399–412. <https://doi.org/10.1080/10522158.2018.1469560>
- Gual, C. G. (2013). *Vidas y opiniones de los filósofos ilustres" de Diógenes Laercio*. Alianza Editorial.
- Guerrero Díaz, M. (2021). [...] *El suicidio desde la mirada histórica; orígenes del estigma y el tabú*. Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. <http://papageno.es/el-suicidio-desde-la-mirada-historica> [...]
- Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 308(6938), 1227–1233. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6938.1227>
- Gysin-Maillart, A. C., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2017). Suicide Ideation Is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research*, 21(1), 113–126. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162242>
- Hammit, J. K., Morfeld, P., Tuomisto, J. T., & Erren, T. C. (2020). Premature Deaths, Statistical Lives, and Years of Life Lost: Identification, Quantification, and Valuation of Mortality Risks. *Risk Analysis*, 40(4), 674–695. <https://doi.org/10.1111/risa.13427>
- Harmer, B., Lee, S., Rizvi, A., & Saadabadi, A. (2025). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37367034>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hawton, K., Houston, K., & Shepperd, R. (1999). Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records. *The*

- British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 175, 271–276.
<https://doi.org/10.1192/bjp.175.3.271>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009a). Suicide. *Lancet (London, England)*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009b). Suicide. *Lancet (London, England)*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225–1233.
<https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>
- Hegerl, U., Maxwell, M., Harris, F., Koburger, N., Mergl, R., Székely, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., Larkin, C., Toth, M. D., Quintão, S., Várník, A., Genz, A., Sarchiapone, M., McDaid, D., Schmidtke, A., Purebl, G., Coyne, J. C., Gusmão, R., & OSPI-Europe Consortium. (2019). Prevention of suicidal behaviour: Results of a controlled community-based intervention study in four European countries. *PloS One*, 14(11), e0224602. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224602>
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., van Audenhove, C., Bouleau, J.-H., van der Feltz-Cornelis, C., Gusmao, R., Kopp, M., Löhr, C., Maxwell, M., Meise, U., Mirjanic, M., Oskarsson, H., Perez Sola, V., Pull, C., Pycha, R., Ricka, R., Tuuluri, J., Várník, A., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The ‘European Alliance Against Depression (EAAD)’: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 51–58. <https://doi.org/10.1080/15622970701216681>
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87–93.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00225-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00225-7)
- Hjelmeland, H., Knizek, B. L., & Nordvik, H. (2002). The communicative aspect of nonfatal suicidal behavior--are there gender differences? *Crisis*, 23(4), 144–155.
<https://doi.org/10.1027//0227-5910.23.4.144>
- Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2020). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 63, 127–140.
<https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2019.04.011>
- Holman, M. S., & Williams, M. N. (2022). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(1), 137–154.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>
- Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28–39.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.006>
- Horoşan, L., Nistor, D.-E., Ion, A., Corban, M., & Giurgiuca, A. (2024). Understanding suicide. *Discoveries*, 12(1), e183. <https://doi.org/10.15190/d.2024.2>

- <https://scientiasalut.gencat.cat/browse?type=author&authority=15c90330-f8a3-49f0-a376-396d03a8c8cc&submit=>. (2025). *Seguiment del Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya*. <https://doi.org/10.62727/DSalut/13062>
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological Medicine*, 39(3), 443–449. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003644>
- Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide—II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 292–298. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404>
- Idescat. Indicadors. (n.d.). <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15594&lang=es>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraishi, Y., & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
- (Institution), P. de S. M. (n.d.). *Institut Municipal d'Assistència Sanitària Information System / Hospital del Mar / PSMAR / (Hospital del Mar Information System)*. <https://catalogues.ema.europa.eu/node/1022/administrative-details#darwin-contact-details>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, INE. (n.d.).
- Jiménez-Sola, E., Martínez-Alés, G., Román-Mazuecos, E., Sánchez-Castro, P., De Dios-Perrino, C., Rodríguez-Vega, B., & Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Implantación de un programa de prevención del riesgo de suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. La experiencia de ARSUIC. *Implementación Actas Esp Psiquiatr*, 47(6), 229–264. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/122/ESP/21-122-ESP-229-35-624057.pdf>
- Johannessen, H. A., Dieserud, G., Claussen, B., & Zahl, P.-H. (2011). Changes in mental health services and suicide mortality in Norway: an ecological study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-68>
- Jordan, J. T., & McNiel, D. E. (2020). Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the National Violent Death Reporting System. *Psychological Medicine*, 50(8), 1390–1397. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001375>
- Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., & House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.06.002>
- Kapur, N., Ibrahim, S., Hunt, I. M., Turnbull, P., Shaw, J., & Appleby, L. (2016). Mental health services, suicide and 7-day working. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 209(4), 334–339. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184788>

- Katsivarda, C., Assimakopoulos, K., & Jelastopulu, E. (2021). Communication-based suicide prevention after the first attempt. A systematic review. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 32(1), 51–58. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.003>
- Kessler, R. C., Bauer, M. S., Bishop, T. M., Bossarte, R. M., Castro, V. M., Demler, O. V., Gildea, S. M., Goulet, J. L., King, A. J., Kennedy, C. J., Landes, S. J., Liu, H., Luedtke, A., Mair, P., Marx, B. P., Nock, M. K., Petukhova, M. V., Pigeon, W. R., Sampson, N. A., ... Weinstock, L. M. (2023). Evaluation of a Model to Target High-risk Psychiatric Inpatients for an Intensive Postdischarge Suicide Prevention Intervention. *JAMA Psychiatry*, 80(3), 230. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4634>
- Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M., & Zubizarreta, J. R. (2020a). Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular Psychiatry*, 25(1), 168–179. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>
- Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M., & Zubizarreta, J. R. (2020b). Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular Psychiatry*, 25(1), 168–179. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337–343. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). “Zero Suicide” - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22–30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29970972>
- Large, M., Corderoy, A., & McHugh, C. (2021). Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 254–267. <https://doi.org/10.1177/0004867420931161>
- Lee, S., Herrin, J., Bobo, W., Johnson, R., Sangaralingham, L., & Campbell, R. (2017). Predictors of Return Visits Among Insured Emergency Department Mental Health and Substance Abuse Patients, 2005-2013. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(5), 884–893. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.6.33850>
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063–1068. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.7.1063>
- Lewitzka, U., Sauer, C., Bauer, M., & Felber, W. (2019). Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y>
- Liu, B.-P., Lunde, K. B., Jia, C.-X., & Qin, P. (2020). The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 273, 597–603. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.072>

- López-Cuadrado, T., Mortier, P., Alonso, J., & Martínez-Alés, G. (2025). Trends of non-lethal intentional self-harm and suicide in Spain 2018–2023: a nationwide registry-based study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 58, 101467. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101467>
- Madsen, T., Egilisdottir, E., Damgaard, C., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2021). Assessment of Suicide Risks During the First Week Immediately After Discharge From Psychiatric Inpatient Facility. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643303. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643303>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Maris, R. W. (1983). SUICIDE: RIGHTS AND RATIONALITY. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13(4), 223–230. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1983.tb00020.x>
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet (London, England)*, 360(9329), 319–326. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09556-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09556-9)
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine (1982)*, 73(9), 1395–1400. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- McGill, K., Hackney, S., & Skehan, J. (2019). Information needs of people after a suicide attempt: A thematic analysis. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1119–1124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.003>
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S., & Lee, K. A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 544–554. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00064-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00064-X)
- Melhem, N. M., Porta, G., Oquendo, M. A., Zelazny, J., Keilp, J. G., Iyengar, S., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J., & Brent, D. A. (2019). Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 603–612. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2018.4513>
- Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide Reattempters. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 281–295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000001>
- Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., Manton, A. P., Espinola, J. A., Jones, R., Hasegawa, K., & Boudreaux, E. D. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206(3), 184–190. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147819>

- Min, J.-A., Lee, C.-U., & Lee, C. (2013). Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 307–316. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.4.307>
- Monnin, J., Thiemard, E., Vandel, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., Bellivier, F., Sechter, D., & Haffen, E. (2012). Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 136(1–2), 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.001>
- Morentin, B., Meana, J. J., & Callado, L. F. (2023). Ethanol and illicit drugs acute use and abuse as risk factors for suicide: A case-control study based on forensic autopsies in the Basque Country, Spain. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, 16(2), 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.02.001>
- Mortier, P., Amigo, F., Bhargav, M., Conde, S., Ferrer, M., Flygare, O., Kizilaslan, B., Latorre Moreno, L., Leis, A., Mayer, M. A., Pérez-Sola, V., Portillo-Van Diest, A., Ramírez-Anguaita, J. M., Sanz, F., Vilagut, G., Alonso, J., Mehlum, L., Arensman, E., Bjureberg, J., ... Qin, P. (2024). Developing a clinical decision support system software prototype that assists in the management of patients with self-harm in the emergency department: protocol of the PERMANENS project. *BMC Psychiatry*, 24(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05659-6>
- Mortier, P., Conde, S., Alayo, I., Amigo, F., Ballester, L., Cirici Amell, R., Guinart, D., Contaldo, S. F., Ferrer, M., Leis, A., Mayer, M. A., Portillo-Van Diest, A., Puértolas-Gracia, B., Ramírez-Anguaita, J. M., Peña-Salazar, C., Sanz, F., Kessler, R. C., Palao, D., Pérez Sola, V., ... Alonso, J. (2024). Premature Death, Suicide, and Nonlethal Intentional Self-Harm after Psychiatric Discharge. *JAMA Network Open*, 7(6), e2417131. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17131>
- Mortier, P., Vilagut, G., Puértolas Gracia, B., De Inés Trujillo, A., Alayo Bueno, I., Ballester Coma, L., Blasco Cubedo, M. J., Cardoner, N., Colls, C., Elices, M., Garcia-Altes, A., Gené Badia, M., Gómez Sánchez, J., Martín Sánchez, M., Morros, R., Prat Pubill, B., Qin, P., Mehlum, L., Kessler, R. C., ... CODIRISC Epidemiology Study Group. (2020). Catalonia Suicide Risk Code Epidemiology (CSRC-Epi) study: protocol for a population-representative nested case-control study of suicide attempts in Catalonia, Spain. *BMJ Open*, 10(7), e037365. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037365>
- Mouaffak, F., Marchand, A., Castaigne, E., Arnoux, A., & Hardy, P. (2015). OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry Research*, 230(3), 913–918. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2015.11.024>
- Mühlmann, C., Madsen, T., Hjorthøj, C., Forman, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2021). Effectiveness of an Internet-Based Self-help Therapy Program for Suicidal Ideation With Follow-up at 6 Months: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13803>
- Mulder, R. (2007). Suicide prevention in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 120(1251), U2463. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17384691>
- Muñoz-Sánchez, J.-L., Delgado, C., Sánchez-Prada, A., Parra-Vidales, E., de Leo, D., & Franco-Martín, M. (2018). Facilitating Factors and Barriers to the Use of Emerging Technologies for Suicide Prevention in Europe: Multicountry Exploratory Study. *JMIR Mental Health*, 5(1), e7. <https://doi.org/10.2196/mental.7784>
- Na, P. J., Shin, J., Kwak, H. R., Lee, J., Jester, D. J., Bandara, P., Kim, J. Y., Moutier, C. Y., Pietrzak, R. H., Oquendo, M. A., & Jeste, D. V. (2025). Social Determinants

- of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*, 82(4), 337–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4241>
- Naguy, A., Elbadry, H., & Salem, H. (2020). Suicide: A Précis! *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 4009–4015. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_12_20
- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology*, 30(1), 154–162. <https://doi.org/10.1093/ije/30.1.154>
- Nevarez Flores, A. G., Martin, A., Bartkowiak-Theron, I., Makin, J., Norris, K., Castle, D., & Neil, A. L. (2024). The impact of suicide registers and other monitoring systems on suicide prevention: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(7), 1211–1233. <https://doi.org/10.1177/00207640241261164>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*, 54(4), 306–369. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18208680>
- Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2019). Suicide—turning the tide. *Science*, 365(6455), 725. <https://doi.org/10.1126/science.aaz1568>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., Worthman, C. M., Abanga, M., Athanassopoulou, N., Boyce, N., Chan, L. F., Christensen, H., Das-Munshi, J., Downs, J., Koenen, K. C., Moutier, C. Y., Templeton, P., Batterham, P., Brakspear, K., Frank, R. G., Gilbody, S., Gureje, O., Henderson, D., John, A., ... Yip, P. S. F. (2023). Gone Too Soon: priorities for action to prevent premature mortality associated with mental illness and mental distress. *The Lancet Psychiatry*, 10(6), 452–464. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00058-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00058-5)
- Oexle, N., & Rüsch, N. (2018). Stigma – risk factor and consequence of suicidal behavior: Implications for suicide prevention. *Nervenarzt*, 89(7), 779–783. <https://doi.org/10.1007/S00115-017-0450-8>
- Oppenheimer, C. W., Glenn, C. R., & Miller, A. B. (2022). Future Directions in Suicide and Self-Injury Revisited: Integrating a Developmental Psychopathology Perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(2), 242–260. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2051526>
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Oquendo, M. A., Perez-Rodriguez, M. M., Poh, E., Sullivan, G., Burke, A. K., Sublette, M. E., Mann, J. J., & Galfalvy, H. (2014). Life events: a complex role in the timing

- of suicidal behavior among depressed patients. *Molecular Psychiatry*, 19(8), 902–909. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.128>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La violencia infligida. En Organización Panamericana de la Salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC. (2002).*
- Organization, W. H. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.* © World Health Organization, 2014 ISBN 978-92-4-156477-9. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organization., W. H. (2021). *World Health Organization (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.* <https://iris.who.int/handle/10665/341726>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 181, 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Pan, Y.-J., Chang, W.-H., Lee, M.-B., Chen, C.-H., Liao, S.-C., & Caine, E. D. (2013). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychological Medicine*, 43(7), 1447–1454. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002425>
- Paris, J. (2021). Can we predict or prevent suicide?: An update. *Preventive Medicine*, 152. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106353>
- Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D.-W., Shim, S.-H., Cho, S.-J., Kim, S. G., Lee, J., Paik, J.-W., Kim, M.-H., You, S., Jeon, H. J., Rhee, S. J., Kim, M. J., Kim, J., & Ahn, Y. M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., & Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>
- Pemau, A., Marin-Martin, C., Diaz-Marsa, M., de la Torre-Luque, A., Ayad-Ahmed, W., Gonzalez-Pinto, A., Garrido-Torres, N., Garrido-Sanchez, L., Roberto, N., Lopez-Peña, P., Mar-Barrutia, L., Grande, I., Guinovart, M., Hernandez-Calle, D., Jimenez-Treviño, L., Lopez-Sola, C., Mediavilla, R., Perez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., ... SURVIVE Consortium. (2024). Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(9), 1897–1904. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000904>
- Pérez, V., Elices, M., Prat, B., Vieta, E., Blanch, J., Alonso, J., Pifarré, J., Mortier, P., Cebrià, A. I., Campillo, M. T., Vila-Abad, M., Colom, F., Dolz, M., Molina, C., & Palao, D. J. (2020). The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 268(February), 201–205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>
- Peyron, P.-A., & David, M. (2015). [Suicide risk assessment tools for adults in general medical practice]. *Presse Medicale (Paris, France : 1983)*, 44(6 Pt 1), 590–600. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.12.009>
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249–257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>
- Poorolajal, J., Rostami, M., Mahjub, H., & Esmailnasab, N. (2015). Completed suicide and associated risk factors: a six-year population based survey. *Archives of Iranian Medicine*, 18(1), 39–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25556385>

- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.427>
- Quilez J, Martinez F, Mas A, Garcia X, G. S. (2025). *Registre de Codi Risc de Suïcidi. Manual d'ús de l'aplicació Registre de Control del Risc de Suïcidis* (2025, versió 1; pp. 1–19). Servei Català de la Salut.
- Quinlivan, L., Cooper, J., Davies, L., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2016). Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*, 6(2), e009297. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009297>
- Reducing Risks for Mental Disorders*. (1994). National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/2139>
- Ren, Y., You, J., Zhang, X., Huang, J., Conner, B. T., Sun, R., Xu, S., & Lin, M.-P. (2019). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: The Role of Capability for Suicide. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 64–81.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1426507>
- Riblet, N., Shiner, B., Scott, R., Bruce, M. L., Wasserman, D., & Watts, B. V. (2019). Exploring Psychiatric Inpatients' Beliefs About the Role of Post-discharge Follow-up Care in Suicide Prevention. *Military Medicine*, 184(1–2), e91–e100.
<https://doi.org/10.1093/milmed/usy129>
- Riblet, N. B. V, Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017a). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(6), 396–402.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Riblet, N. B. V, Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017b). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(6), 396–402.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Runeson, B., Haglund, A., Lichtenstein, P., & Tidemalm, D. (2016). Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(02), 240–246.
<https://doi.org/10.4088/JCP.14m09453>
- Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sáiz, P. A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., García-Alvarez, L., García-Portilla, P., & Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 131–138.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.001>
- Scoliers, G., Portzky, G., van Heeringen, K., & Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(3), 201–213.
<https://doi.org/10.1080/13811110902835130>
- Scott, Ann & Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/364521>
- Seljenes Bøe, A., Mehlum, L., Melle, I., & Qin, P. (2023). Psychiatric disorders among adult deliberate self-harm patients and subsequent risk of dying by suicide, mental

- and behavioural disorders and other external causes. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.011>
- Servei Català de la Salut. (2015). *Atenció a les persones en risc de suïcidi: codi risc de suïcidi (CRS)*. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2015 (CatSalut: instrucció; 10/2015). <https://hdl.handle.net/11351/1654>
- Shand, F. L., Batterham, P. J., Chan, J. K. Y., Pirkis, J., Spittal, M. J., Woodward, A., & Christensen, H. (2018). Experience of Health Care Services After a Suicide Attempt: Results from an Online Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 779–787. <https://doi.org/10.1111/sltb.12399>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 2, 22-33;quiz 34-57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538>
- Sher, L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide: An Overview for Clinicians. *The Medical Clinics of North America*, 107(1), 119–130. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.03.008>
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Sjöstrand, M., & Eyal, N. (2023). The phantasm of zero suicide. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 222(6), 230–233. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.3>
- Son, J. M., Jeong, J., Ro, Y. S., Hong, W., Hong, K. J., Song, K.-J., & Do Shin, S. (2020). Effect of previous emergency psychiatric consultation on suicide re-attempts - A multi-center observational study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(9), 1743–1747. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.030>
- Sreedaran, P., Jayasudha, N., Selvam, S., Ruben, J. P., & Ashok, M. V. (2020). Do individuals follow up with mental health services after a suicide attempt? Findings from the assertive management of attempted suicide service, Bengaluru, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(1), 30–35. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_485_18
- Steinmetz, L. C. L. (2020). *Acerca del vocablo suicidio: preexistencia del acto humano de darse muerte respecto de la posibilidad de su nominación*. Creative Commons. <https://boletinfilologia.uchile.cl/>
- Suokas, J., & Lönnqvist, J. (1991). Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(6), 545–549. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03191.x>
- Support in suicidal crises: the Swedish National Program to Develop Suicide Prevention. The Swedish National Council for Suicide Prevention. (1997). *Crisis*, 18(2), 65–72. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.2.65>
- Swanson, J. W. (2011). Explaining rare acts of violence: the limits of evidence from population research. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(11), 1369–1371. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1369
- Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914–920. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.914>
- Tang, H., Miri Rekavandi, A., Rooprai, D., Dwivedi, G., Sanfilippo, F. M., Boussaid, F., & Bennamoun, M. (2024). Analysis and evaluation of explainable artificial

- intelligence on suicide risk assessment. *Scientific Reports*, 14(1), 6163.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-53426-0>
- Taylor, S. J., Kingdom, D., & Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(6), 457–463. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10132.x>
- Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(2), 104–110.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046425>
- TEAM, W., & <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview>. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* (p. 40). World Health Organization. <https://doi.org/ISBN: 9789240031029>
- Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, S. I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(5), 280–287.
- The Jamovi project (2025). Jamovi (Version 2.6) [Computer Software]. ((Version 2.6)).* (n.d.). <https://www.jamovi.org>
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine (1982)*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Thomas, J. G., Sperry, S. D., Shields, R. J., & Gregory, R. J. (2022). A Novel Recovery-Based Suicide Prevention Program in Upstate New York. *Psychiatric Services*, 73(6), 701–704. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100162>
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441–442.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turner, K., Pisani, A., Svetlicic, J., O'Connor, N., Woerwag-Mehta, S., Burke, K., & Stapelberg, N. (2022). The Paradox of Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14983.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192214983>
- Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., & Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332(7552), 1241–1245. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7552.1241>
- Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A. S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A. L., Duhem, S., Ducrocq, F., Goldstein, P., & Libersa, C. (2011). ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-1>
- Valera Ortín, J., & Lucerón Lucas-Torres, M. I. (2021). [Suicide related factors in the elderly: A systematic review.]. *Revista Espanola de Salud Publica*, 95.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34620818>
- Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Latimer, E., & Seguin, M. (2015). Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 18(3), 147–155.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26474050>

- Wang, A. G., & Mortensen, G. (2006). Core features of repeated suicidal behaviour: a long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 103–107. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0980-4>
- Wang, M., Swaraj, S., Chung, D., Stanton, C., Kapur, N., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates among people discharged from non-psychiatric settings after presentation with suicidal thoughts or behaviours. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(5), 472–483. <https://doi.org/10.1111/acps.13023>
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005–1012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61712-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61712-1)
- World Health Organisation. *WHO/suicide data. who website, 2025. Available: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. (n.d.)*.
- Xifró, A., Suelves, J. M., Martín-Fumadó, C., & Gómez-Durán, E. L. (2015). Suicidios y fuentes médico-forenses en España. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 8(1), 46–47. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.10.003>
- Zabelski, S., Kaniuka, A. R., A. Robertson, R., & Cramer, R. J. (2023). Crisis Lines: Current Status and Recommendations for Research and Policy. *Psychiatric Services*, 74(5), 505–512. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220294>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Winkler, P., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., Rancāns, E., Hadlaczky, G., Van Audenhove, C., ... European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, F. on D. (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(4), 418–421. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012>
- Zhu, X., Chen, Y., Jiang, Z., Bi, R., Zhang, Q., Chen, Y., Jiang, Y., Cao, Y., & Dong, G. (2025). Assessment of suicidal risk factors in young depressed persons with non-suicidal self-injury based on an artificial intelligence. *BMC Psychology*, 13(1), 751. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03065-5>
- Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K., & O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 134(1), 73–84. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>

17. Annex

1 CatSalut. Instrucció 10/2015



CatSalut. Instrucció 10/2015 Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)

Assumpte

Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)

Àmbit

Servei Català de la Salut (CatSalut)

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

Índex

1. Exposició de motius
2. Àmbit d'aplicació
3. Objecte de la Instrucció i objectius del Codi risc de suïcidi
 - 3.1. Objecte de la Instrucció
 - 3.2. Objectius del Codi risc de suïcidi
4. Fases del Codi risc de suïcidi
5. Registre de pacients
6. Implantació
7. Seguiment i avaluació
8. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut
9. Disposicions addicionals
10. Disposició transitòria
11. Entrada en vigor

Annex

Document Codi risc de suïcidi, elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut i amb el consens de les societats científiques

1. Exposició de motius

El suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que el 2020 representarà un 2,4% de la càrrega total de problemes de salut.

S'estima que cada any un milió de persones se suïciden al món i preocupa especialment perquè és una de les primeres causes de mortalitat prematura en persones joves d'ambdós sexes (el grup de 25 a 44 anys constitueix el primer grup de risc). Així mateix, cal tenir en compte que les estadístiques no registren les temptatives o intents de suïcidi, tot i que s'estima que es produeixen unes 20 temptatives per cada suïcidi consumat.

La mortalitat per suïcidi podria ser, en gran part, evitable, i existeix un important marge de millora quant a les mesures preventives a implantar mitjançant la responsabilització i la col·laboració intersectorial, a la vegada que es disposa de suficient evidència sobre l'existència d'intervencions sanitàries i de salut pública efectives per prevenir-la.

El Departament de Salut ja va recollir les prioritats establertes per l'OMS (programa SUPRE) en el Pla de salut de Catalunya de 2004, impulsant projectes assistencials orientats específicament en aquest sentit. Així, va promoure la participació de Catalunya en el Projecte europeu contra la depressió, promogut per la Lliga Europea contra la Depressió (European Alliance Against Depression) i ha desenvolupat dues experiències, la primera a Barcelona (a la dreta de l'Eixample) i la segona a Sabadell. Aquest programa desenvolupa un seguit d'estratègies i programes contra la depressió i el risc de suïcidi, amb un enfocament global i d'atenció integral, i ha mostrat molts bons resultats quant a l'increment de la supervivència, la disminució dels reintents de suïcidi i la reducció del nombre de suïcidis consumats.

En aquest sentit, cal destacar també el paper clau de l'atenció primària, la qual ja disposa de la Guia de pràctica clínica (GPC) de la depressió, que facilita la detecció del risc de suïcidi, l'avaluació de la gravetat i l'enregistrament a la història clínica. També s'hi preveu cercar i potenciar aquelles estratègies assistencials que puguin ser més efectives per detectar a temps el risc de suïcidi, millorar la resposta assistencial i evitar la seva repetició.

D'acord amb les recomanacions de l'OMS,



CatSalut

Servei Català
de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut. Instrucció 10/2015

Atenció a les persones en risc de suïcidi.
Codi risc de suïcidi (CRS)

recollides també en el Pla d'acció de la regió europea per als propers anys, el Departament de Salut prioritza la prevenció d'aquest problema de salut, d'acord amb la política fixada en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. La línia estratègica 1 prioritza, com a objectiu de salut, la disminució de la mortalitat per suïcidi i concreta mesures de prevenció efectives per a la reducció de la mortalitat, entre les quals hi ha la millora de l'accessibilitat als serveis de salut de les persones en risc i el seguiment acurat durant el període crític posterior de la temptativa autolítica. Aquest projecte s'emmarca en la línia de continuïtat que ha prioritzat l'abordatge de la depressió com una de les malalties cròniques de major impacte i preveu rutes assistencials de la depressió implantades a tot el territori de Catalunya que preveuen la detecció del risc de suïcidi i les actuacions que s'han de portar a terme.

Per tots aquests motius, el Departament de Salut i el CatSalut van implantar una prova pilot que va ser avaluada, i l'any 2015 s'ha procedit al desplegament progressiu del Codi risc de suïcidi (CRS).

Aquest CRS comprèn un conjunt protocol·litzat d'actuacions assistencials i preventives adreçades a aquelles persones que, en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT), presentin un risc important de suïcidi que, de manera imminent o a curt termini, podria arribar a comprometre la seva vida, provocar una greu discapacitat o bé comportar una reducció important de la qualitat de vida de les persones.

Així mateix, és necessari assegurar la continuïtat assistencial postalta dels pacients atesos a l'hospital per conductes suïcides, per prevenir-ne la repetició, assegurar un seguiment preventiu proactiu per part dels centres de salut mental, així com l'adequat seguiment longitudinal des de l'atenció primària i la detecció precoç del risc elevat de suïcidi des de tots els dispositius assistencials.

Cal posar de relleu que la prioritat en la potenciació de la coordinació assistencial entre els dispositius implicats serà essencial per garantir la continuïtat assistencial del pacient en risc.

Així mateix, la prevenció i l'atenció al risc de suïcidi també té un important component intersectorial, atès que la primera identificació i/o sospita de risc elevat de suïcidi pot donar-se a nivell de la família, de l'escola, de la comunitat

i, per tant, els agents d'aquests àmbits són també uns actors molt rellevants que han de poder participar i poder col·laborar de manera principal en la prevenció del risc de suïcidi. Per aquest motiu, l'abordatge del risc de suïcidi no només s'ha de fer des de l'àmbit sanitari, primari i de promoció de la salut mental, sinó que també cal completar-lo i integrar-lo amb un àmbit i una visió educacional, social i comunitària i també cal comptar amb la col·laboració de les associacions de familiars i afectats.

En aquest àmbit, cal fer especial referència al marc de col·laboració amb les forces de seguretat i al protocol de col·laboració per a l'atenció a les urgències psiquiàtriques i al marc de col·laboració ja existent entre els departaments de Salut, d'Interior i de Justícia, l'Ajuntament de Barcelona, la Delegació del Govern a Catalunya, el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i la Federació de Municipis de Catalunya.

Així mateix, el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), en una de les àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial, preveu la prevenció de conductes suïcides amb l'activació del Codi risc de suïcidi en persones d'alt risc.

Tenint en compte la Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut, aprovada pel Ple del Parlament en la sessió 56, de 19 de juny de 2015, i publicada al BOPC núm. 610, de 25 de juny de 2015, que, en l'apartat XIII, Codis d'atenció a les emergències, preveu el Codi risc de suïcidi, i així mateix, el Parlament de Catalunya considera que, amb l'objectiu de mantenir i millorar els bons índexs de supervivència i l'impacte en la qualitat de vida de la població de Catalunya, cal consolidar l'aplicació dels diferents codis d'atenció a les emergències, reduir els temps de resposta i incrementar el percentatge de pacients que reben el tractament en el temps adequat.

Vist el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, en especial pel que fa als objectius i les actuacions sobre la prevenció del suïcidi per a la millora de la salut mental, en general.

Vist el Pla de Govern 2013-2016, en especial pel que fa a l'objectiu de promoure la prevenció i la protecció davant les situacions de risc en què es puguin trobar els col·lectius més vulnerables.

D'acord amb la proposta del director general de Planificació i Recerca en Salut, en virtut de les



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut. Instrucció 10/2015

Atenció a les persones en risc de suïcidi.
Codi risc de suïcidi (CRS)

competències que li són conferides per l'article 6 del Decret 56/2013, de 22 de gener, de reestructuració del Departament de Salut.

Atès l'article 6.1.c) de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que estableix com a finalitat del CatSalut la coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles, d'acord amb l'article 7.1.a), que estableix la funció de l'ordenació sanitària, i l'article 7.1.f), que preveu la funció d'establiment de directrius generals i criteris vinculants quant als centres, els serveis i els establiments adscrits funcionalment al Servei Català de la Salut, pel que fa a la seva coordinació amb el dispositiu sanitari públic.

Atès l'article 11 del Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació de serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, que preveu les instruccions del Servei Català de la Salut i que estableix que les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions que el Servei Català de la Salut dicti en el marc de les seves competències.

D'acord amb el Departament de Salut i en exercici de les funcions que m'atorguen els articles 16 i 17 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, dicto aquesta Instrucció.

2. Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut).

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

3. Objecte de la Instrucció i objectius del Codi risc de suïcidi

3.1. Objecte de la Instrucció

L'objecte d'aquesta Instrucció és establir l'atenció als pacients en risc de suïcidi mitjançant el Codi risc de suïcidi (CRS).

El CRS és un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presentin un risc important de suïcidi.

El protocol del CRS constitueix també una estratègia assistencial que vol assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-los l'oportunitat de rebre una atenció continuada. Preveu, en funció de la gravetat del cas, tant l'activació dels recursos adequats per garantir l'atenció urgent com el seguiment adient, mantenint el continuïum assistencial.

En l'annex a aquesta Instrucció, hi consta el document Codi risc de suïcidi, elaborat conjuntament pel Departament de Salut i el CatSalut i amb el consens de les societats científiques. Amb aquest Codi es pretén disminuir les temptatives de suïcidi i la repetició mitjançant la gestió protocol·litzada de les situacions de les persones en risc de suïcidi identificades pels centres de la xarxa pública del sistema sanitari.

Les previsions que conté aquesta Instrucció no tenen caràcter clínic.

3.2. Objectius del Codi risc de suïcidi

El CRS pretén contribuir en l'assoliment de tres objectius generals de salut claus i, per aquest motiu, també s'estableixen els objectius específics, que fan referència a la millora del procés assistencial a les persones amb risc de suïcidi des de qualsevol punt del SISCAT.

Objectius de salut

Els objectius de salut del CRS són:

1. Disminuir la mortalitat per suïcidi.
2. Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.
3. Prevenir la repetició de temptatives suïcides.

Els objectius específics del CRS són:

- Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada –segons el nivell de gravetat– a les persones que presenten un risc de suïcidi, des de qualsevol punt d'atenció sanitària.
- Implantar un procés d'actuació específica urgent de tots els agents sanitaris implicats, amb un especial paper del 061 CatSalut Respon i dels sistemes d'emergències mèdiques.



CatSalut

Servei Català
de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut. Instrucció 10/2015
Atenció a les persones en risc de suïcidi.
Codi risc de suïcidi (CRS)

- Assegurar unes condicions òptimes de seguretat dels pacients atesos per conductes suïcides, especialment en els serveis d'urgències hospitalaris.
- Implantar un procediment homogeni, diferenciat per adults o menors d'edat, per garantir la continuïtat assistencial postalta d'urgències o d'hospitalització dels pacients atesos per conducta suïcida.
- Facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als centres de salut mental (CSM) o hospitals de dia (HD) durant el període crític de major risc de reintent posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal per part de l'atenció primària de salut (APS) durant 12 mesos per prevenir repeticions.

L'assoliment d'aquests objectius comporta establir el paper de cadascun dels serveis assistencials que poden arribar a intervenir davant un risc de suïcidi alt i del procés assistencial establert entre ells.

4. Fases del Codi risc de suïcidi

Les fases del CRS són:

Fase 1. Detecció, sospita de risc alt i primera atenció. Activació del CRS.

Fase 2. Seguiment proactiu després de l'alta (almenys 30 dies).

Aquesta fase de seguiment posthospitalari preveu dues accions complementàries:

- a) seguiment proactiu presencial del servei ambulatori de salut mental o bé, de manera subsidiària, per part de l'hospital de dia, i
- b) seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital, per part del 061 CatSalut Respon o dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE).

Fase 3. Seguiment preventiu longitudinal (12 mesos).

5. Registre de pacients

El CatSalut, a partir del Registre de pacients del Departament de Salut, ha creat el registre sanitari de casos per tal de recollir la informació

necessària a efectes epidemiològics, per fer el seguiment de l'atenció i la resolució, així com l'avaluació.

Tots els ens i centres que porten a terme aquestes actuacions han de registrar i facilitar la informació relativa als pacients, d'acord amb el que estableixin el Departament de Salut i el CatSalut.

6. Implantació

La Direcció de l'Àrea d'Atenció Sanitària i les gerències de les regions sanitàries han de dur a terme les corresponents actuacions d'implantació, coordinació i seguiment.

L'organització del CatSalut en regions sanitàries facilita la gestió de serveis de la xarxa sanitària pública. Així mateix, l'ordenació i la configuració del model d'atenció a la persona amb risc de suïcidi necessiten una implantació territorial per aconseguir els seus objectius.

Les regions exerceixen funcions de coordinació i de seguiment per implantar aquest model, i s'han de dotar d'un pla territorial o ruta assistencial per tal d'implantar el CRS.

7. Seguiment i avaluació

S'ha d'establir un sistema de seguiment i avaluació de l'atenció i del procés assistencial, a l'efecte de detectar possibles millores i proposar les corresponents mesures, i millorar la qualitat, els resultats i els mecanismes de registre de les dades.

L'avaluació s'ha de portar a terme mitjançant l'anàlisi periòdica de les dades registrades i els corresponents indicadors que s'estableixin.

A aquest efecte es crea una Comissió de Seguiment i Avaluació que, entre d'altres funcions, ha de vetllar per la millora i la qualitat de l'atenció i la millora dels mecanismes de registre i de recopilació de dades.

8. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris i els centres hospitalaris han de verificar el compliment dels requisits d'assegurament, residència i cobertura pel CatSalut.

Per part de les entitats proveïdores de serveis sanitaris, cal una verificació de l'ens responsable de l'atenció i una acreditació de la responsabilitat i l'atenció a càrrec del CatSalut que ve determinada per una validació del nivell de cobertura dels assegurats del CatSalut, i complir els requeriments específics establerts pel CatSalut per a la seva facturació.

En cas de persones no residents a Catalunya, cal que es compleixi el que estableix el Reial decret 1207/2006, de 20 d'octubre, pel qual es regula la gestió del Fons de cohesió sanitària i normativa de desenvolupament, així com complir el que preveu la Instrucció 02/2011, del CatSalut, Fons de cohesió sanitària. Assistència a persones residents derivades entre comunitats autònomes. Sistema d'informació del Fons de cohesió sanitària.

Les entitats proveïdores han de tenir en compte les previsions de la Instrucció 04/2013, del CatSalut, actuacions amb relació a la protecció de l'assegurament i la responsabilitat de l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut.

El CatSalut no es fa càrrec de les prestacions de les quals no és responsable o respecte de les quals hi ha un responsable, també en el cas de l'atenció urgent. En aquests casos, la seva facturació s'ha de fer directament a la persona com a atenció privada o bé directament a l'ens que en sigui responsable.

En qualsevol cas, les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions del CatSalut que estableixin previsions sobre accés, cobertura i responsabilitat en l'assegurament. En aquest sentit també han de complir la Instrucció 08/2015, del CatSalut, accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut.

9. Disposicions addicionals

Primera. En cas que altres sistemes d'emergències traslladin pacients a centres del SISCAT, els protocols d'actuació, d'atenció i trasllat s'han d'ajustar al que preveu aquesta Instrucció, així com al que prevegin els protocols d'actuació establerts en els àmbits de la coordinació, la gestió, el control de fluxos i la canalització de la demanda d'assistència sanitària, en cas d'urgència o emergència, dins del territori de Catalunya.

Segona. El CatSalut, d'acord amb el Departament de Salut, ha de promoure la creació d'una comissió de coordinació de l'atenció i de seguiment entre els dispositius assistencials i els àmbits intersectorials implicats –família, escola i comunitat–, de forma que es faciliti una atenció preventiva, proactiva i transversal, així com un seguiment integrat, amb la finalitat de prevenir i disminuir el nivell de risc de suïcidi.

10. Disposició transitòria

Les actuacions previstes en aquesta Instrucció han d'estar desplegades a tot Catalunya al més aviat possible i, com a màxim, el 31 de desembre de 2015.

11. Entrada en vigor

Aquesta Instrucció entra en vigor el 15 de setembre de 2015.

Barcelona, 8 de setembre de 2015

El director



Josep Maria Padrosa i Macias