

TESI DOCTORAL

---

# Avaluació d'un Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida

Judit Pons i Baños



ESCOLA  
DE DOCTORAT

UVIC·UCC



# Avaluació d'un Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida.

**Judit Pons i Baños**

Directors de tesi:

**Dr. David Ballester Ferrando**

**Dra. Montserrat Serra Millàs**

Programa de doctorat: **Cures Integrals i Serveis de Salut**

2022



*Les raons de cadascú només pertanyen a aquest cadascú*

Olga



## AGRAÏMENTS

Vida. Volia que la primera paraula d'aquest treball apel·lés al viure i no al morir. Perquè el coneixement ens diu que el suïcidi es pot prevenir i aquesta tesi vol fer una contribució en aquest sentit. Cada vegada més es van trencant algunes falses idees que hi ha entorn al suïcidi però encara queda molt camí per fer. Hi ha algunes creences que es contraposen amb la realitat; per exemple, es deia que no es podia parlar del suïcidi, però des de ben petita que n'havia sentit a parlar. No me'n parlaven directament, però recordo que les meves orelles de nena escoltaven aquell fet del que els grans xerraven, i que era un aspecte del que no se'n podia parlar. I era evident que se'n parlava. I s'especulava. Gairebé sempre afectava a algú prou llunyà del poble, o no tant, quan aquest fet s'esdevení just a la casa del davant, a l'altre cantó del carrer. Jo era petita i no "em tocava", però el record és ben present. I el xerrar del veïnat. I del poble. I pobres la vídua i les filles (i una abraçada infinita que us envio).

Quan la conducta suïcida va impactar de ple a la meva vida va ser l'any 2000. Encara no ho sabia, però aquell primer intent de suïcidi que irrompia a la meva família era senyal del principal indicador d'una mort per suïcidi que arribaria l'any 2007. En aquells moments ja exercia com a infermera de salut mental, i vaig fer-me escàpol d'aquest àmbit de la conducta humana fins el 2010. Feia massa mal.

D'ençà del 2010 i gràcies al director del servei de psiquiatria i salut mental de l'època, vaig començar a endinsar-me en el coneixement i l'atenció a la conducta suïcida, que m'ha fet créixer com a professional i que ha conduït a aquesta tesi doctoral. Es podria dir que m'hi he reconciliat i, penso, aquest bagatge m'ajuda en el meu dia a dia assistencial.

I aquest treball ve carregat d'agraïments. Primer de tot m'agradaria donar les gràcies a totes les persones que atenc per confiar en mi i permetre'm acompanyar-les en un dels moments més complicats de les seves vides. Voldria fer un èmfasi especial en aquelles que, a més, van regalar-me el seu temps al participar en unes llargues entrevistes per donar-me el seu punt de vista sobre l'atenció rebuda en el seu procés per tal de col·laborar en aquest treball, el meu agraïment més sincer i profund.

També vull agrair als meus directors de tesi, Dr. David Ballester i Dra. Montse Serra, per tot el suport, acompanyament i dedicació al llarg de tots aquests anys. A la Dra. Concepció Fuentes per tota l'ajuda en l'anàlisi qualitativa i a l'Emma Puigoriol en l'anàlisi quantitativa. A les Dres. Anna Bonafont i Elisabet Dachs per la seva participació a les comissions de seguiment.

A la Lola Riesco, companya inseparable d'equip i referent per a mi en atenció, tracte i coneixement. A la resta d'equip d'atenció a la conducta suïcida: Marcs, Cristina, Lluís, Judit i Núria. Als companys de la Comissió Mixta: Raquel Carrera, Rosa Catalán, Santi Escoté i Jordi Jiménez. A l'Emi Chirveches i l'Alícia Minaya, per tota l'ajuda durant el procés, i a la resta d'equip de transferència del coneixement, pel suport i per adoptar-me uns quants matins al vostre departament. A tots els companys de salut mental: Desi, Sònia, Ana, Sumpci... impossible anomenar-vos a tots! A totes les persones que he anat coneixent dedicades a la prevenció de la conducta suïcida: Anna Escayola, que em va explicar com portaven a terme el seu programa a Sabadell; Nerea Jáuregui, infermera experta en conducta suïcida a Mollet i Saray Valdivieso, psicòloga experta en prevenció del suïcidi en entorn penitenciarí. A totes aquelles infermeres magnífiques que he tingut la sort de tenir de mestres i que m'han ajudat a esdevenir la infermera que soc: Joan López, Anna Bonafont, Carme Sansalvador, Montse Faro, Olga Isern, Anna Rovira, Carles Casas i tota la resta.

A la Mercè Rocabosch, per l'excel·lent il·lustració que ha dissenyat per la portada i aquesta amistat de tota la vida. A la resta d'amigues: Anna i Sandra i Veva, gràcies per totes les bones estones. A amics com en Cosco, que ha cregut en mi com ningú. També als companys de Desafiament i Cultum Mortis.

A la meua família: presents i absents. Papa, mama, Ainhoa, Pedro, Astrid, Àlex, Ayax i tota la resta. David, mil gràcies per la paciència, aquesta tesi també és teua!

Voldria afegir un últim apunt en relació a aquest treball. Qui em coneix sap que la música ocupa una part essencial a la meua vida, que és una de les meues grans passions. És per això que he volgut fer-la present en aquesta tesi. Així, al principi de cada capítol hi trobareu un fragment d'alguna cançó que, per a mi, connecta d'alguna manera amb el tema d'estudi.



Aquest és un enllaç a una llista de reproducció amb les cançons que apareixen a la tesi i d'altres



## BEQUES I FINANÇAMENT

Els ajuts rebuts per a l'elaboració d'aquesta tesi han estat:

- Intensificació per a professionals d'infermeria - **Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS)** 2016-2020 (referència SLT006/17/097). Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2017.
- Accèssit excepcional de la **XIX Beca Consultori Bayés en Ciències de la Salut**. Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES), 2018.

## RESUM

**Introducció:** La conducta suïcida és un important problema de salut pública, essent la primera causa de mortalitat externa a l'estat espanyol des de fa més d'una dècada. Les persones que han realitzat un intent de suïcidi constitueixen una població de risc en la qual és important intervenir-hi de forma precoç.

**Objectius:** L'objectiu d'aquest estudi ha estat avaluar el funcionament i la percepció dels usuaris sobre un programa de gestió de casos desenvolupat a Osona per afavorir l'atenció i la vinculació de les persones al servei de salut mental després d'una conducta suïcida.

**Metodologia:** S'ha dut a terme un estudi de disseny mixt en la cohort de persones ateses al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida del Consorci Hospitalari de Vic entre el 01/01/2013 i el 31/12/2017. S'han analitzat la vinculació i seguiment al programa durant l'any posterior a la conducta suïcida i la repetició d'aquesta durant els dos anys posteriors, i s'ha portat a terme un estudi qualitatiu descriptiu fenomenològic en persones que havien estat ateses al programa.

**Resultats:** Es van incloure al programa  $n=306$  persones que van dur a terme un total de 324 episodis de conducta suïcida. Un 71,9% ( $n=220$ ) eren dones i un 80,4% ( $n=246$ ) tenien un diagnòstic de salut mental previ a la realització de la conducta suïcida. En el moment de produir-se la conducta, la persona estava en seguiment per part del servei de salut mental en el 43,8% ( $n=142$ ) dels casos. Un 48,8% ( $n=158$ ) dels episodis van completar les 5 visites estipulades al programa i un 62,7% ( $n=203$ ) dels episodis iniciats van ser visitats al cap d'un any. Un 84% ( $n=272$ ) estaven en tractament psicofarmacològic. Al llarg de l'any cada episodi va tenir 9,4 visites de mitjana ( $DE\pm 9,58$ ) al servei de salut mental, la majoria a psiquiatria (88,6%;  $n=287$ ). Un 17,76% ( $n=54$ ) de les persones ateses van tornar a realitzar un episodi de conducta suïcida durant els 2 anys posteriors a l'episodi inicial. Un 1% ( $n=3$ ) de la cohort va morir per suïcidi durant els 2 anys posteriors a la conducta suïcida d'inici de l'estudi. Les persones que van completar el programa van vincular-se millor a les visites dels professionals del centre de salut mental, amb un 92,5% ( $n=136$ ) que van assistir almenys a una visita al servei entre els que van completar el programa respecte a un 84,9% ( $n=135$ ) entre els que no el varen completar ( $p=0,037$ ). També van presentar menys repetició de la conducta suïcida i menys ingressos a la unitat de psiquiatria durant l'any posterior, amb un 8,2% ( $n=12$ ) de persones reintentadores i un 4,8% ( $n=7$ ) d'hospitalitzacions entre les que van completar el programa respecte a un 15,9% ( $n=25$ ) de reintents i un 11,3% ( $n=18$ ) d'hospitalitzacions entre les que no el completaren ( $p=0,039$ ;  $p=0,036$ ). En l'anàlisi qualitatiu, es va realitzar una entrevista en profunditat en 8 de les persones ateses al programa. Es van establir 9 temes sobre els principis de l'atenció centrada en la persona i altres aspectes importants a tenir en

compte en la prevenció del suïcidi. La valoració de l'atenció rebuda va ser bona però van sorgir diferents aspectes de millora com pot ser un augment en la freqüència de visites, aspectes estructurals de l'assistència a urgències i altres aspectes en la detecció del risc de suïcidi a atenció primària de salut.

**Conclusions:** Les persones que varen completar el Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida, varen repetir menys la conducta suïcida que aquelles que no el varen completar, i van presentar un menor nombre d'hospitalitzacions a psiquiatria i una major adherència al seguiment psiquiàtric ambulatori. La satisfacció del programa va ser bona i les persones ateses en van destacar l'accessibilitat, la coordinació i la rapidesa en l'atenció.

**Paraules clau:** Adherència i Compliment del Tractament; Atenció Centrada en la Persona; Gestió del Cas; Infermeria de Salut Mental; Intent de Suïcidi; Prevenció Secundària; Serveis Comunitaris de Salut Mental; Suïcidi

## RESUMEN

**Introducción:** La conducta suicida es un importante problema de salud pública, siendo la primera causa de mortalidad externa en España desde hace más de una década. Las personas que han realizado un intento de suicidio constituyen una población de riesgo en la que es importante intervenir de forma precoz.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio ha sido evaluar el funcionamiento y la percepción de los usuarios sobre un programa de gestión de casos desarrollado en Osona para favorecer la atención y la vinculación de las personas al servicio de salud mental después de una conducta suicida.

**Metodología:** Se ha llevado a cabo un estudio de diseño mixto en la cohorte de personas atendidas en el Programa de Gestión de Casos de Conducta Suicida del Consorcio Hospitalario de Vic entre el 01/01/2013 y el 31/12/2017. Se han analizado la vinculación y seguimiento en el programa durante el año posterior a la conducta suicida y la repetición de ésta durante los dos años posteriores, y se ha llevado a cabo un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico en personas que habían sido atendidas en el programa.

**Resultados:** Se incluyeron en el programa  $n=306$  personas que llevaron a cabo un total de 324 episodios de conducta suicida. Un 71,9% ( $n=220$ ) eran mujeres y un 80,4% ( $n=246$ ) tenía un diagnóstico de salud mental previo a la realización de la conducta suicida. En el momento de producirse la conducta, la persona estaba en seguimiento por parte del servicio de salud mental en el 43,8% ( $n=142$ ) de los casos. Un 48,8% ( $n=158$ ) de los episodios completaron las 5 visitas estipuladas en el programa y un 62,7% ( $n=203$ ) de los episodios iniciados fueron visitados al cabo de un año. Un 84% ( $n=272$ ) estaba en tratamiento psicofarmacológico. A lo largo del año cada episodio tuvo 9,4 visitas de media ( $DE\pm 9,58$ ) en el servicio de salud mental, la mayoría en psiquiatría (88,6%;  $n=287$ ). Un 17,76% ( $n=54$ ) de las personas atendidas volvieron a realizar un episodio de conducta suicida durante los 2 años posteriores al episodio inicial. Un 1% ( $n=3$ ) de la cohorte murió por suicidio durante los 2 años posteriores a la conducta suicida del inicio del estudio. Las personas que completaron el programa se vincularon mejor a las visitas de los profesionales del centro de salud mental, con un 92,5% ( $n=136$ ) que asistieron al menos a una visita en el servicio entre los que completaron el programa respecto a un 84,9% ( $n=135$ ) entre quienes no lo completaron ( $p=0,037$ ). También presentaron menos repetición de la conducta suicida y menos ingresos en la unidad de psiquiatría durante el año posterior, con un 8,2% ( $n=12$ ) de personas reintentadoras y un 4,8% ( $n=7$ ) de hospitalizaciones entre las que completaron el programa respecto a un 15,9% ( $n=25$ ) de reintentos y un 11,3% ( $n=18$ ) de hospitalizaciones entre las que no lo completaron ( $p=0,039$ ;  $p=0,036$ ). En el análisis cualitativo, se realizó una entrevista en profundidad en 8

de las personas atendidas en el programa. Se establecieron 9 temas sobre los principios de la atención centrada en la persona y otros aspectos importantes a tener en cuenta en la prevención del suicidio. La valoración de la atención recibida fue buena, pero surgieron diferentes aspectos de mejora como pueden ser un aumento en la frecuencia de visitas, aspectos estructurales de la asistencia a urgencias y otros aspectos en la detección del riesgo de suicidio en atención primaria de salud.

**Conclusiones:** Las personas que completaron el Programa de Gestión de Casos de Conducta Suicida repitieron menos la conducta suicida que aquellas que no lo completaron, y presentaron un menor número de hospitalizaciones en psiquiatría y mayor adherencia al seguimiento psiquiátrico ambulatorio. La satisfacción del programa fue buena y las personas atendidas destacaron su accesibilidad, coordinación y rapidez en la atención.

**Palabras clave:** Adherencia y Cumplimiento del Tratamiento; Atención Centrada en la Persona; Gestión de Casos; Enfermería de Salud Mental; Intento de Suicidio; Prevención Secundaria; Servicios Comunitarios de Salud Mental; Suicidio

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicidal behaviour is a major public health problem, being the leading external cause of mortality in Spain for more than a decade. A history of previous suicide attempt is a key indicator of future suicide risk, so it is important to intervene early in this population.

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate the functioning perception of users on a case management programme developed in Osona to encourage the care and engagement of people in the mental health service after suicidal behaviour.

**Methodology:** A mixed design study was carried out in the cohort of people treated in the Suicidal Behaviour Case Management Programme of the Vic Hospital Consortium between January 1 2013 and December 31 2017. We analysed the engagement and follow-up in the programme during the year after the suicidal behaviour and its recurrence during the following two years, and carried out a qualitative descriptive phenomenological study on people who had been treated in the programme.

**Results:** The programme included 306 people who experienced a total of 324 episodes of suicidal behaviour. 71.9% (n=220) were women and 80.4% (n=246) had a mental health diagnosis prior to the suicidal behaviour. At the time of the suicidal behaviour, the person was being monitored by the mental health service in 43.8% (n=142) of the cases. 48.8% (n=158) of the episodes completed the five visits stipulated in the programme, and 62.7% (n=203) of the initiated episodes were visited after one year. 84% (n=272) were receiving psychopharmacological treatment. Throughout the year, each episode had an average of 9.4 visits (SD±9.58) to the mental health service, most of them in psychiatry (88.6%; n=287). 17.76% (n=54) repeated an episode of suicidal behaviour within two years of the initial episode. 1% (n=3) of the cohort died by suicide within two years of the baseline suicidal behaviour. People who completed the programme were better linked to visits by mental health professionals, with 92.5% (n=136) of those who completed the programme attending at least one service visit compared to 84.9% (n=135) of non-completers (p=0.037). They also had less recurrence of suicidal behaviour and fewer admissions to the psychiatry unit during the following year, with 8.2% (n=12) suicide reattempts and 4.8% (n=7) of hospitalisations among completers compared to 15.9% (n=25) suicide reattempts and 11.3% (n=18) hospitalisations among non-completers (p=0.039; p=0.036). In the qualitative analysis, an in-depth interview was conducted with eight of the people treated in the programme. Nine topics were established on the principles of person-centred care and other important aspects to consider in suicide prevention. The assessment of the care received was good, but different aspects for improvement arose, such as an increase in the frequency of visits, structural aspects of emergency care and other aspects in the detection of suicide risk in primary health care.

**Conclusions:** People who completed the Suicidal Behaviour Case Management Programme had less repeated suicidal behaviour than those who did not complete it and had fewer psychiatry hospitalisations and greater adherence to outpatient psychiatric follow-up. Satisfaction with the programme was good, and those treated highlighted its accessibility, coordination and speed of care.

**Keywords:** Treatment Adherence and Compliance; Person-Centred Care; Case Management; Nursing, Mental Health; Suicide Attempt; Secondary Prevention; Community Mental Health Services; Suicide

## LLISTAT D'ABREVIACIONS I ACRÒNIMS

ABS	Àrea Bàsica de Salut
AFSP	American Foundation for Suicide Prevention
APA	American Psychiatric Association
APS	Atenció Primària de Salut
BIC	Brief Intervention and Contact (Contacte i Intervenció Breu)
BIRSH	Brief Interventions in Repeat Self Harm
CASD	Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHV	ConSORCI Hospitalari de Vic
CIM	Classificació Internacional de Malalties
CRS	Codi Risc de Suïcidi
CS	Conducta Suïcida
CSMA	Centre de Salut Mental d'Adults
CSMIJ	Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil
CSSR-S	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia per avaluar el risc de suïcidi)
DE	Desviació Estàndard
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GPC	Guia de Pràctica Clínica de Prevenció i Tractament de la Conducta Suïcida
HCCC	Història Clínica Compartida de Catalunya
HUV	Hospital Universitari de Vic
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Idescat	Institut d'Estadística de Catalunya
IMLCFC	Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAP	Metge o metgessa d'Atenció Primària
NE	No Especificat
NIC	Nursing Interventions Classification
NSSI	Non suicidal Self Injury
NSSIB	Nonsuicidal Self-Injurious Behavior
OMS	Organització Mundial de la Salut
PGCCS	Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida
RIQ	Rang Interquartílic
SIM	Sobreingesta Medicamentosa
SM	Salut Mental
TAG	Trastorn d'Ansietat Generalitzada



TAU	Treatment As Usual (Tractament habitual)
TCA	Trastorn de la Conducta Alimentària
TCC	Teràpia Cognitiva-Conductual
TDAH	Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat
TDC	Teràpia Dialèctic-Conductual
TDM	Trastorn Depressiu Major
TEPT	Trastorn per Estrès Post-Traumàtic
TLP	Trastorn Límit de la Personalitat
TMS	Trastorn Mental Sever
TOC	Trastorn Obsessiu-Compulsiu
UCI	Unitat de Cures Intensives
UE	Unió Europea
UVic-UCC	Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya
WHO	World Health Organization

## ÍNDEX DE CONTINGUTS

<b>I. MARC TEÒRIC.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducció .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Nomenclatura i classificació .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Conducta autolesiva no suïcida .....	4
1.1.2 Conducta suïcida.....	5
1.1.3 Conceptes estigmatitzants de la conducta suïcida.....	10
<b>1.2 Teories sobre la conducta suïcida.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Mètodes utilitzats en la conducta suïcida .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Epidemiologia de la conducta suïcida.....</b>	<b>16</b>
1.4.1 Suïcidi al món .....	16
1.4.2 Suïcidi a Europa .....	18
1.4.3 Suïcidi a Espanya.....	21
1.4.4 Suïcidi a Catalunya.....	22
1.4.5 Distribució temporal .....	25
<b>1.5 Factors de risc .....</b>	<b>26</b>
1.5.1 Factors individuals .....	27
1.5.2 Factors socials i comunitaris.....	30
1.5.3 Factors estructurals i sistèmics .....	32
1.5.4 Circumstàncies precipitants i senyals d'alerta .....	33
<b>1.6 Estratègies de prevenció del suïcidi.....</b>	<b>35</b>
1.6.1 Sensibilització i educació .....	36
1.6.2 Cribratge de persones en risc.....	37
1.6.3 Tractament .....	37
1.6.4 Atenció i seguiment als intents de suïcidi.....	41
1.6.5 Restricció d'accés als mitjans de suïcidi .....	41
1.6.6 Altres .....	41
<b>1.7 La relació terapèutica i l'atenció centrada en la persona.....</b>	<b>43</b>
1.7.1 La relació terapèutica en la conducta suïcida .....	43
1.7.2 Atenció centrada en la persona .....	44
<b>1.8 Seguiment posterior a un intent de suïcidi .....</b>	<b>46</b>
1.8.1 La repetició de la conducta suïcida.....	46
1.8.2 Intervencions després d'un intent de suïcidi .....	48
<b>II. HIPÒTESI I OBJECTIUS .....</b>	<b>51</b>
<b>2.1 Hipòtesi.....</b>	<b>52</b>
<b>2.2 Objectius .....</b>	<b>52</b>
Generals:.....	52
Específics:.....	52

<b>III. METODOLOGIA</b> .....	<b>53</b>
<b>3.1 Estudi quantitatiu</b> .....	<b>54</b>
3.1.1 Disseny.....	54
3.1.2 Població i àmbit d'estudi .....	54
3.1.3 Descripció del Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida.....	55
3.1.4 Recollida de dades i variables .....	61
3.1.5 Anàlisi de dades .....	68
<b>3.2 Estudi qualitatiu</b> .....	<b>69</b>
3.2.1 Disseny.....	69
3.2.2 Participants.....	69
3.2.3 Recollida de dades .....	70
3.2.4 Anàlisi de dades .....	71
<b>3.3 Aspectes ètics</b> .....	<b>71</b>
<b>IV. RESULTATS</b> .....	<b>73</b>
<b>4.1 Resultats quantitius del Programa de gestió de casos de conducta suïcida</b> .....	<b>74</b>
4.1.1 Característiques socio-demogràfiques i clíniques de les persones ateses al PGCCS .....	75
4.1.2 Descripció dels episodis de conducta suïcida inclosos al PGCCS .....	80
4.1.3 Vinculació al PGCCS per episodis.....	87
4.1.4 Vinculació i ús del servei de salut mental per episodis.....	90
4.1.5 Repetició de la conducta suïcida per persona i supervivència .....	93
4.1.6 Comparatiu de vinculació i repetició de la conducta suïcida segons compleció del programa.....	97
<b>4.2 Resultats qualitius del Programa de gestió de casos de conducta suïcida</b> .....	<b>100</b>
4.2.1 Respecte a les preferències, valors i necessitats de la persona atesa.....	102
4.2.2 Coordinació i integració de l'atenció.....	111
4.2.3 Informació, comunicació i educació .....	113
4.2.4 Confort físic .....	115
4.2.5 Suport emocional i l'alleujament de la por i l'ansietat .....	118
4.2.6 Participació de la família i amics .....	120
4.2.7 Continuïtat i transicions .....	123
4.2.8 Accés a l'atenció.....	127
4.2.9 Altres aspectes a tenir en compte en la prevenció del suïcidi .....	131
<b>V. DISCUSSIÓ</b> .....	<b>135</b>
<b>5.1 Limitacions</b> .....	<b>151</b>
<b>5.2 Implicacions per la pràctica</b> .....	<b>152</b>
<b>5.3 Futures línies d'investigació</b> .....	<b>153</b>
<b>VI. CONCLUSIONS</b> .....	<b>155</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>159</b>

<b>ANNEXOS</b> .....	<b>177</b>
ANNEX 1. Codis d'autolesió intencionada de la CIM-11 .....	178
ANNEX 2. Taxa estimada de suïcidis de l'any 2019 per països.....	182
ANNEX 3. Diagrama d'actuació al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida	185
ANNEX 4. Document utilitzat per a recollir les dades .....	186
ANNEX 5. Tractament grupal de la CS.....	192
ANNEX 6. Consentiment informat per a participar a l'estudi .....	194
ANNEX 7. Guió per a l'entrevista.....	196
ANNEX 8. Aprovació de l'estudi per part del comitè d'ètica .....	197
ANNEX 9. Article publicat .....	198

## ÍNDIX DE FIGURES

• <b>Figura 1:</b> Contínuum de la conducta suïcida.....	6
• <b>Figura 2:</b> Mètodes utilitzats pel suïcidi a Catalunya, 2019 .....	15
• <b>Figura 3:</b> Taxes de suïcidi per 100.000 habitants, 2019 .....	17
• <b>Figura 4:</b> Canvi en les taxes de morts per suïcidi i per accident de trànsit.....	18
• <b>Figura 5:</b> Taxes de suïcidi per 100.000 habitants a Europa, 2019 .....	19
• <b>Figura 6:</b> Taxes de suïcidi per 100.000 habitants dels països de la Regió Europea de l'OMS corresponents a l'any 2019.....	20
• <b>Figura 7:</b> Evolució de la taxa de suïcidis a Espanya des de l'any 2000 .....	21
• <b>Figura 8:</b> Taxes de suïcidi per sexe i edat a Espanya, 2019.....	22
• <b>Figura 9:</b> Nombre de suïcidis per edats a Catalunya, 2019 .....	22
• <b>Figura 10:</b> Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya des de l'any 2000.....	23
• <b>Figura 11:</b> Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya per províncies des de l'any 2000 .....	23
• <b>Figura 12:</b> Evolució de la taxa de suïcidi a Osona durant els anys 2006-2020. ...	24
• <b>Figura 13:</b> Distribució de suïcidis a Espanya per sexe i mesos, 2019.....	25
• <b>Figura 14:</b> Factors associats a la conducta suïcida .....	26
• <b>Figura 15:</b> Senyals d'alerta.....	34
• <b>Figura 16:</b> Diagnòstics identificats prèviament i posterior a la realització de la CS .....	77
• <b>Figura 17:</b> Episodis de conducta suïcida segons el mes que es produeixen .....	81
• <b>Figura 18:</b> Episodis de conducta suïcida segons el dia de la setmana que es produeixen .....	81
• <b>Figura 19:</b> Mètodes utilitzats en els intents de suïcidi per sexes.....	82
• <b>Figura 20:</b> Substàncies detectades als controls de tòxics en orina .....	83
• <b>Figura 21:</b> Serveis d'ingrés degut a la conducta suïcida.....	84
• <b>Figura 22:</b> Tipus de circumstàncies precipitants de l'episodi de conducta suïcida identificades .....	84
• <b>Figura 23:</b> Temps transcorregut entre l'última visita a APS i al servei de SM i la realització de la CS .....	87
• <b>Figura 24:</b> Modalitat i compliment de les visites del PGCCS i temps transcorregut des de la CS fins la realització de la visita.....	88
• <b>Figura 25:</b> Visites preestablertes del PGCCS completades per cada episodi i segons sexes .....	88

- **Figura 26:** Total de visites presencials i telefòniques realitzades a cada episodi en el marc del PGCCS..... 89
- **Figura 27:** Distribució de les visites realitzades al servei de SM al llarg de l'any.. 90
- **Figura 28:** Detall de la prescripció per grups de psicofàrmacs..... 92
- **Figura 29:** Nombre d'episodis de CS posterior a l'episodi índex per persona reintentadora..... 94

## ÍNDIX DE TAULES

- **Taula 1:** Definicions contemporànies de suïcidi per ordre cronològic..... 9
- **Taula 2:** Models i teories de la conducta suïcida..... 11
- **Taula 3:** Trastorns mentals i associació amb la conducta suïcida..... 27
- **Taula 4:** Pilars bàsics i intervencions clau de la guia LIVE LIFE de l'OMS..... 35
- **Taula 5:** Els 8 principis de Picker de l'Atenció Centrada en la Persona..... 45
- **Taula 6:** Tòpics de recerca ..... 70
- **Taula 7:** Característiques sociodemogràfiques de les persones ateses segons sexes..... 75
- **Taula 8:** Trastorns mentals diagnosticats després de la CS i condició orgànica de les persones ateses al PGCCS per sexes ..... 77
- **Taula 9:** Detall de les diferències en la presentació d'episodis de la CS segons sexes ..... 85
- **Taula 10:** Visites realitzades a SM durant l'any posterior a la CS per episodis i segons categories professionals i tipus de diagnòstic ..... 91
- **Taula 11:** Detall de les diferències en la vinculació i ús del servei de SM segons sexes..... 93
- **Taula 12:** Mètode i temps transcorregut en els dos episodis de CS posteriors a l'episodi índex segons tipus de CS posterior ..... 94
- **Taula 13:** Temps transcorregut entre episodis a partir del tercer episodi de CS posterior ..... 95
- **Taula 14:** Detall de les defuncions a qualsevol moment del temps d'anàlisi segons sexes ..... 96
- **Taula 15:** Model multivariant de variables associades a la repetició de la CS..... 97
- **Taula 16:** Característiques sociodemogràfiques segons compleció del PGCCS.. 97
- **Taula 17:** Característiques clíniques i d'utilització prèvia de serveis segons compleció del PGCCS..... 98
- **Taula 18:** Adherència al tractament, ingressos i repetició de conducta suïcida segons compleció del PGCCS ..... 99
- **Taula 19:** Característiques socio-demogràfiques i clíniques de les persones participants a l'estudi qualitatiu al moment de produir-se la CS..... 101
- **Taula 20:** Temes i subtemes categoritzats..... 102





# I. MARC TEÒRIC

---

*Yeah! I've left the world behind  
I'm safe here in my mind  
I'm free to speak with my own kind  
This is my life, this is my life  
I'll decide not you*

*Judas Priest – Beyond The Realms Of Death (Stained Class)*

## Introducció

Cada any moren per suïcidi al voltant de 700.000 persones al món, i s'estima que el nombre de persones que ho intenten és de 10 a 20 vegades superior (World Health Organization - WHO-, 2014, 2021c). Edwin S. Shneidman (1969) va postular que hi havia entre 6 i 8 supervivents, és a dir, persones afectades de forma significativa per cada suïcidi, i estudis recents apunten que la prevalença de persones exposades a una mort per suïcidi al llarg de la vida és del 3,9% per familiars i del 14,53% per amics (Andriessen, Rahman, Draper, Dudley, & Mitchell, 2017). Amb totes aquestes dades ens podem fer una idea de l'important impacte que té aquest problema de salut pública a nivell global.

S'han estudiat diferents factors de risc associats al suïcidi, i un de rellevant és el fet d'haver realitzat prèviament un intent de suïcidi. Segons una revisió sistemàtica que va fer Owens (2002), el 16% de les persones que realitzen un intent de suïcidi previ ho tornen a intentar durant el primer any, produint la mort en l'1,8% dels casos. És per aquest motiu que una de les poblacions diana per a la prevenció del suïcidi són les persones que han realitzat un intent de suïcidi. Disposar d'accés al servei de salut mental i fer un seguiment estructurat a les persones que s'intenten suïcidar redueix la conducta suïcida (Zalsman et al., 2016). D'aquesta manera, una vinculació precoç juntament amb una intervenció terapèutica amb contactes de seguiment pot ser particularment beneficiosa en la reducció de la repetició d'intent i mort per suïcidi (McCabe, Garside, Backhouse, & Xanthopoulou, 2018). Proporcionar una gestió del cas que afavoreixi la vinculació s'ha vist que resulta en una taxa de mort per suïcidi durant l'any posterior de 0,2% versus un 2,2% en aquells que no es va realitzar la intervenció (Luxton, June, & Comtois, 2013).

Per a afavorir una correcta vinculació i atenció, és important conèixer la percepció d'ajuda per part de la persona atesa. En una revisió bibliogràfica d'estudis realitzats amb metodologia qualitativa, es va trobar que després d'un intent de suïcidi, les persones demanen poder parlar dels seus sentiments i de les dificultats que presenten, i que és important oferir espai i temps (Berglund, Åström, & Lindgren, 2016). En aquest sentit, és important entendre quins components del tractament (el vincle terapèutic, el rol de la gestió del cas...) són efectius en el tractament de la conducta suïcida (Zalsman et al., 2016).

A l'octubre de 2012 es va posar en marxa a Osona un programa per a l'atenció posterior als intents de suïcidi, el Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida (PGCCS). És un programa liderat per una infermera especialista en salut mental, que té un any de durada, i que està enfocat a afavorir l'atenció i la vinculació de les persones al servei de salut mental

després d'una conducta suïcida. Sabem que és essencial que qualsevol activitat o estratègia de prevenció del suïcidi s'apliqui i avaluï adequadament per a la millora contínua de la qualitat amb l'objectiu de millorar els resultats en la seguretat en l'atenció a les persones (Dabkowski & Porter, 2021), i amb aquest treball es pretén revisar el funcionament d'aquest programa i detectar aspectes de millora del mateix.

## 1.1 Nomenclatura i classificació

Una de les dificultats inherents al tractar la conducta suïcida (CS) des d'una perspectiva de recerca, és la manca d'una nomenclatura i classificació úniques. La nomenclatura, utilitzada per comunicar conceptes, històricament ha incorporat diferents termes anglosaxons que representen diferents graus d'intencionalitat suïcida i de motius subjacents com són *self-injury*, *parasuicide*, *attempted suicide*, *deliberate self-harm*, *self-harm...* (en català autolesió, parasuïcidi, intent de suïcidi, autolesió deliberada, autodany...) (WHO, 2016). Pel que fa a la classificació, utilitzada per descriure el que s'interpreta com a realitat, no n'existeix una de definitiva, acceptada a nivell global i que expliqui la conducta suïcida en les seves diverses manifestacions. El que més s'hi acostava són les classificacions descriptives que inclouen la intencionalitat com a factor crucial (Giner, Guija, Root, & Baca-Garcia, 2016; Goodfellow, 2021).

Hi ha autors com O'Carroll o Silverman que han proposat una classificació exhaustiva de la conducta suïcida que contempla totes les fases incloses, des de les idees passives de mort fins a la mort per suïcidi, tenint en compte la intencionalitat d'aquesta. A la pràctica, però, poques vegades s'utilitzen classificacions tan complexes (Goodfellow, Kölves, & de Leo, 2018; Goodfellow, Kölves, & De Leo, 2020; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a, 2007b).

A la variabilitat lèxica abans esmentada, hi hem de sumar les particularitats de l'idioma, les seves traduccions i la tradició històrica, trobant diferències terminològiques, per exemple, segons si els autors són americans o europeus. Així, els primers tendeixen a utilitzar el terme *suicide attempt* (intent de suïcidi) mentre que els segons històricament han utilitzat més el terme *Deliberate Self-Harm* (Giner et al., 2016; Goodfellow, 2021). Els termes *Self-Harm* i *Deliberate Self-Harm*, que en català podríem traduir com a "Autolesió" o "Auto-dany" i "Autolesió deliberada", engloben tota una sèrie de conductes que l'individu s'auto-infligeix

amb diferents finalitats, per la qual cosa no sempre estarem parlant de conducta suïcida (Soomro & Kakhi, 2015).

Nock parla de *Self-Injurious Thoughts and Behaviors*, (que en català serien “Conductes i Pensaments Autolesius) i els distingeix segons si tenen una intencionalitat de mort o no (Nock, 2010).

La *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD (Classificació Internacional de Malalties – CIM) en la seva 10a edició va incloure el suïcidi com una causa externa de morbiditat i mortalitat i es van incloure dues categories: “Suïcidi” i “Lesió o enverinament auto-infligides intencionadament” que, a més, es podien classificar pel mètode utilitzat, però a la segona categoria no es podia distingir si es tractava d’una conducta suïcida o d’una autolesió no suïcida (WHO, 2000). A la ICD-11 s’ha inclòs un codi d’extensió per als esdeveniments autolesius intencionats (*intentional self harm events*) que permet classificar segons la intencionalitat de morir de l’episodi (si, no o no determinat) (WHO, 2019).

Respecte a la intencionalitat, la proposta de Posner de “*Nonzero intent to die*” (intenció de morir diferent de zero) afegeix pragmatisme a l’hora de classificar les conductes a la pràctica clínica. Proposa que qualsevol grau de desig de morir associat a la conducta serveixi per classificar-la com a conducta suïcida (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann, 2014).

### 1.1.1 Conducta autolesiva no suïcida

No totes les conductes autolesives poden ser considerades conducta suïcida. Per aquest motiu el concepte conducta autolesiva no suïcida, en anglès *Nonsuicidal Self-Injurious Behavior* (NSSIB), s’utilitza quan no hi ha intencionalitat de mort. Tot i que els intents de suïcidi i la conducta autolesiva no suïcida comparteixen l’autolesió com a resultat (el dany a l’organisme), són fonamentalment diferents en la intencionalitat, el mètode, la letalitat i el patró, i són percebudes subjectivament per l’actor com a molt diferents (Posner et al., 2014).

El DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquena edició) defineix l’Autolesió No Suïcida (*Non suicidal Self Injury -NSSI-*) com a “dany autoinfligit intencionadament a la superfície del cos de manera que pot produir sagnat, morats o dolor (per exemple, tallant, cremant, punxant, pegant, fregant excessivament), amb l’expectativa que la lesió només produirà un dany físic menor o moderat (no hi ha intenció de suïcidi)”. S’inclou aquesta categoria a les condicions de futura recerca i especifica que l’objectiu de la conducta és obtenir alleujament d’un sentiment o estat cognitiu negatiu, resoldre una dificultat

interpersonal i/o, induir un estat emocional positiu (American Psychiatric Association -APA-, 2013). Per la seva banda, la ICD-11 utilitza el mateix terme i el defineix com a “lesió autoinfligida intencionadament al cos, majoritàriament tallant, raspant, cremant, mossegant o colpejant, amb l'esperança que la lesió només comporti danys físics menors”. En aquest cas inclou aquesta condició al subapartat “Síntomes mentals o conductuals; Síntomes o signes que impliquen aparença o conducta (MB23)” de l'apartat 21: “Síntomes, signes o troballes clíniques no classificades en cap altre lloc” (WHO, 2019).

L'abús de substàncies i els trastorns de la conducta alimentària no s'inclouen, ja que el dany a l'organisme *per sé* no és deliberat. A més, cal distingir aquesta conducta autolesiva no suïcida d'altres conductes autolesives deliberades com són els tatuatges, les escarificacions i els *piercings*: la conducta ha de sortir-se de les autolesions enteses com a expressions d'individualitat, identitat cultural i creativitat (Posner et al., 2014).

Alguns exemples de conducta autolesiva no suïcida podrien ser (Posner et al., 2014):

- Tallar-se per distreure's d'un dolor emocional.
- Lesionar-se per atreure l'atenció dels pares.
- Provocar-se cremades per sentir-se viu.
- Provocar-se ferides sagnants com a càstig.

### 1.1.2 Conducta suïcida

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la conducta suïcida com una gamma de conductes que inclouen pensar en el suïcidi, planejar el suïcidi, intentar suïcidar-se i el suïcidi en sí mateix (WHO, 2014). Així, la conducta suïcida es mouria en un contínuum que va de menys a més en les tendències suïcides, des d'una ideació suïcida fugaç i no planificada fins a la mort per suïcidi, tal i com es pot veure a la Figura 1.

El DSM-5 defineix el Trastorn de Conducta Suïcida com a futures condicions de cerca i estableix que seria aquella persona que ha realitzat almenys un intent de suïcidi en els últims 24 mesos (APA, 2013).



*Figura 1: Continuïm de la conducta suïcida. Font: elaboració pròpia a partir de Silverman (2007b), Posner (2007), Crosby (2011) i WHO (2014)*

### **1.1.2.1 Ideació de suïcidi**

Podríem definir la ideació de suïcidi com “pensaments de matar-se un mateix” (Nock, 2010) o “pensar, considerar o planejar el suïcidi” (Crosby et al., 2011).

La ICD-11 la defineix com “pensaments, idees o reflexions sobre la possibilitat d'acabar la pròpia vida, que van des de pensar que estaria millor mort<sup>1</sup> fins a la formulació de plans elaborats” (WHO, 2019).

Aquesta ideació pot ser casual, transitòria, passiva, activa o persistent (Silverman et al., 2007b) i hi pot haver més o menys estructuració i/o planificació.

### **1.1.2.2 Comunicació suïcida**

La comunicació personal relacionada amb el suïcidi és l'acte de transmetre la pròpia idea, intenció o conducta suïcida a una altra persona. Pot ser verbal o no verbal i comunicada de

---

<sup>1</sup> Nota de l'autora: el fet de pensar que “estaria millor mort” serien idees de mort però no forçosament idees de suïcidi.

forma explícita o implícita. Pot ser de revelació, notificació, involuntària, coaccionada o condicional (Frey et al., 2020).

Aquesta proposta substituiria el concepte de *suicide threat*, en català “amenança suïcida”, proposat per O’Carroll (1996) i definit com a “acció interpersonal, verbal o no verbal, sense arribar a un acte directament autolesiu, que una persona responsable interpretaria com una comunicació o suggeriment que un acte suïcida o una altra conducta relacionada amb el suïcidi podria succeir en un futur proper”. Es proposa la substitució ja que aquest concepte d’O’Carroll d’amenança és estigmatitzant i no inclou la resta de matisos que té la comunicació personal relacionada amb el suïcidi.

Alguns exemples de la comunicació suïcida podrien ser (Frey et al., 2020):

- Compartir les idees de suïcidi actuals amb un amic o familiar per buscar ajuda.
- Comunicar una intencionalitat suïcida deixant una nota de comiat sense temps per intervenir.
- Acomiadar-se d'un amic o familiar sense revelar la intenció de suïcidi.

### 1.1.2.3 Intent interromput/avortat

Una persona inicia les passes per fer un intent de suïcidi però s’atura o és aturada abans de produir cap dany o lesió potencial (Posner et al., 2014). Aquí s’inclouria la definició d’intent interromput (aturat per altres) i d’intent avortat (aturat per un mateix).

Aquest concepte seria semblant al de violència autodirigida interrompuda dels *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dels Estats Units, que el defineixen com “una persona pren mesures per lesionar-se però és aturada, per ella mateixa o per altres persones, abans de fer-se mal” (Crosby et al., 2011).

La clau en aquest concepte és no haver iniciat la conducta; si la porta a terme (encara que resulti sense lesions) ja es consideraria un intent de suïcidi (per exemple, penjar-se i que es trenqui la corda, prémer el gallet i que s’encalli, prendre només uns quants comprimits d’un fàrmac...) (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007).

Alguns exemples podrien ser (Posner et al., 2014):

- Tenir pastilles a la mà però no prendre-les (o que algú les hi tregui).
- Apuntar-se amb una pistola però no prémer el gallet (o que algú li prengui l'arma).
- Anar al capdamunt d'un edifici per tirar-se però fer-se enrere (o que algú l'aturi).
- Tenir la soga al coll i treure-la (o que li treguin) abans de penjar-se.

#### 1.1.2.4 Intent de suïcidi

El DSM-5 defineix l'intent de suïcidi com “una seqüència de conductes auto iniciades d'un individu que en el moment del seu inici esperava que el conjunt d'accions el portés a la pròpia mort” (APA, 2013). Nock (2010) el defineix com “participació en una conducta potencialment autolesionant en la qual hi ha alguna intenció de morir per la conducta” i Posner (2014) com “una conducta potencialment lesiva, autodirigida i no mortal amb qualsevol intenció de morir com a resultat de la conducta”.

L'intent de suïcidi segons Silverman (2007b) és “una conducta autoinfligida, potencialment lesiva, amb un resultat no mortal de la qual hi ha proves (explícites o implícites) de la intenció de morir”. Segons els CDC és “una conducta autodirigida potencialment lesiva i no mortal amb alguna intenció de morir com a resultat de la conducta. Pot causar lesions o no” (Crosby et al., 2011).

Els elements comuns a les definicions són el resultat (en el cas de l'intent de suïcidi el resultat és que no hi ha mort), la intencionalitat (l'objectiu de la conducta, en aquest cas morir), el coneixement del resultat potencialment letal de la conducta (que anirà molt lligada a la capacitat de comprensió de la persona i de la intencionalitat anteriorment mencionada) i l'agent de la conducta (qui pren les accions necessàries per portar a terme la conducta) (Goodfellow, 2021).

Alguns exemples d'intent de suïcidi podrien ser (Posner et al., 2014):

- Prendre's 4 pastilles perquè es vol morir (intenció declarada).
- Prémer el gallet però l'arma s'encalla (no cal que hi hagi lesions, la intenció s'infereix).
- Disparar-se a la cara; sobreviu i verbalitza que no hi ha intencionalitat de morir (s'infereix per la pròpia circumstància clínica).



### 1.1.2.5 Suïcidi

El mot suïcidi va aparèixer per primera vegada a Anglaterra al llibre *Religio Medici* escrit per sir Thomas Browne el 1636 i publicat l'any 1642 (Minois, 1995, citat a Goodfellow, 2021). Prové del mot del baix llatí *suicidium* i és una formació culta analògica entre el primer element *sui* (un mateix) i la base del llatí *homicidium* (matar) i la incorporació al català va ser l'any 1839 (Institut d'Estudis Catalans, s.d.).

A la literatura trobem nombroses definicions de suïcidi, des de la proposada per Émile Durkheim el 1897 que defineix el suïcidi com “tots els casos de mort resultants directament o indirecta d'un acte positiu o negatiu de la pròpia víctima, que sap que produirà aquest resultat”, a la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de 1998 que diu “l'acte de matar-se un mateix deliberadament iniciat i dut a terme per la persona plenament conscient o amb la previsió del resultat fatal”(Goodfellow et al., 2018; Silverman, 2006). Posteriorment l'OMS (2014) el va definir com “l'acte de matar-se a sí mateix de forma deliberada” i Posner (2014) com a “mort com a resultat d'una conducta autolesiva intencionada, associada amb qualsevol intenció de morir com a resultat de la conducta”.

A la Taula 1 es tradueixen algunes de les principals definicions contemporànies de suïcidi recollides per Goodfellow a la seva revisió (Goodfellow, 2017, 2021).

Taula 1: Definicions contemporànies de suïcidi per ordre cronològic. Font: traduït de Goodfellow (2021)

Autors (any)	Definició
<b>Beck et al. (1973)</b>	Un suïcidi consumat es refereix a un acte intencionat, auto infligit i potencialment mortal que ha provocat la mort.
<b>Shneidman (1985)</b>	Actualment al món occidental, el suïcidi és un acte conscient d'anihilació auto induïda, que s'entén millor com un malestar multidimensional en un individu necessitat que defineix un problema pel qual el suïcidi es percep com la millor solució.
<b>O'Carroll et al. (1996)</b>	Mort per lesió, enverinament o asfíxia en la que hi ha evidència (explícita o implícita) que el dany va ser auto infligit i que el difunt volia matar-se.
<b>De Leo et al. (2006)</b>	El suïcidi és un acte amb resultat mortal, en el qual el difunt, coneixent o esperant un resultat potencialment letal, l'ha iniciat i portat a terme amb el propòsit de provocar els canvis desitjats.
<b>Silverman et al. (2007)</b>	Una mort auto infligida amb evidència (explícita o implícita) d'intenció de morir.
<b>Crosby et al. (2011)</b>	Mort causada per una conducta lesiva autodirigida amb alguna intenció de morir com a resultat de la conducta.

Alguns exemples de suïcidi podrien ser (Posner et al., 2014):

- Persona que mor perquè s'ha penjat i ha deixat una nota afirmant intenció de morir.
- Persona que mor disparant-se al cap; la intenció s'infereix de la pròpia circumstància.
- Persona que mor per una sobreingesta de pastilles i la família afirma que havia expressat desig de morir.

### 1.1.3 Conceptes estigmatitzants de la conducta suïcida

Alguns autors consideren alguns termes utilitzats en anglès com a inacceptables i que cal evitar ja que tenen connotacions estigmatitzants, moralitzants i enganyoses.

Així, es proposa deixar d'utilitzar conceptes com *completed suicide*, *committed suicide*, *successful suicide*, *failed suicide*, *parasuicide*, *suicide gesture*, *manipulative act* (en català suïcidi completat, suïcidi comès, suïcidi fracassat, suïcidi exitós, suïcidi fallit, parasuïcidi, gest suïcida, acte de manipulació) per utilitzar *suicide*, *death by suicide*, *suicide attempt*, *suicidal self-directed violence*, *suicidal behavior*, *non-suicidal self-directed violence* (en català suïcidi, mort per suïcidi, intent de suïcidi, violència autodirigida suïcida, conducta suïcida, violència autodirigida no suïcida) (Crosby et al., 2011; Goodfellow, 2021; Posner et al., 2014).

## 1.2 Teories sobre la conducta suïcida

Amb el pas del temps hi ha hagut diferents teories que intenten explicar i comprendre la complexitat del fenomen. La majoria comparteixen que en el suïcidi hi apareix un dolor emocional profund. Cada teoria té la seva visió sobre què és el que causa aquest dolor emocional, ja sigui la desesperança, la desregulació emocional, el dolor psicològic (del terme anglosaxó *psychache*), la sensació subjectiva de pertinença, etc. Aquestes teories i models poden ajudar a entendre les diferents motivacions implicades en el suïcidi. A la Taula 2 es mostra un recull de teories (DeCatanzaro, 1980; Keefner & Stenvig, 2020; Klonsky, Saffer, & Bryan, 2018; Nock, Selby, Joiner, & Ribeiro, 2014).

Taula 2: Models i teories de la conducta suïcida. Font: traduït de Selby (2014) i adaptat de deCatanzaro (1980), Keefner (2020) i Klonsky (2018)

Teoria	Autor i any	Postulats bàsics
<b>Teories biològiques</b>	deCatanzaro, 1980	El suïcida és el resultat d'una interacció entre predisposicions biològiques genètiques (disfunció dels neurotransmissors) i d'elements estressants de la vida, la combinació dels quals pot augmentar el risc de suïcida.
<b>Teoria sociològica</b>	Durkheim, 1897	El suïcida és el resultat d'una alta o baixa <i>regulació social</i> dels individus o bé d'una alta o baixa <i>integració moral</i> . Això resulta en quatre tipus primaris de motivacions pel suïcida: egoista (baixa regulació social -soledat-), altruista (alta regulació social -suïcida per un benefici social), anòmic (baixa regulació moral -desvinculació social-) i fatalista (alta regulació moral -opressió social-).
<b>Teoria de la desesperança</b>	Beck et al., 1985, 1990	El suïcida és el resultat d'uns sentiments aclaparadors de desesperança (no importa el que faci, la seva vida no millorarà). Aquests sentiments de desesperança són la força primària que condueix a la conducta suïcida.
<b>Teoria de l'escapament</b>	Baumeister, 1990	La teoria suggereix que el suïcida és una manera d' <i>escapar d'una autoconsciència aversiva</i> i descriu un procés de 6 fases que condueix al suïcida: 1) incompliment dels estàndards, 2) atribució a un mateix, 3) elevada auto-consciència, 4) afectació negativa, 5) deconstrucció cognitiva, i 6) conseqüències de la deconstrucció (suïcida).
<b>Teoria de la desregulació emocional</b>	Linehan, 1993	El suïcida és el resultat d'una <i>desregulació emocional</i> . L'individu experimenta una experiència emocional negativa perllongada, intensa i hipersensitiva a causa d'entorns invalidants i que critiquen. Conductes desregulades com les autolesions s'utilitzen com a forma de distracció de l'emoció negativa, i el suïcida és la manera definitiva per acabar amb l'afecte negatiu.
<b>Teoria del dolor psicològic</b>	Shneidman, 1996	El suïcida és el resultat d'un dolor psicològic intens, descrit com a <i>psychache</i> . Aquest dolor psicològic és el resultat d'un dèficit en diferents necessitats humanes; això és tan dolorós que es percep la mort com l'única manera d'acabar amb el dolor. Com més disminueixen les opcions per reduir el dolor psicològic, més augmenta la probabilitat de portar a terme la conducta suïcida.
<b>Teoria interpersonal-psicològica</b>	Joiner, 2005	El suïcida és el resultat de la interacció entre tres components: 1) sentiments de no estar connectat amb els altres ( <i>pertinença frustrada</i> ), 2) pensaments i sentiments de ser una càrrega pels que l'envolten ( <i>percepció de càrrega</i> ), i 3) una disminució important de la por al dolor i la mort degut a l'experiència repetitiva i amb habituació als esdeveniments de la vida dolorosos i atemoritzants ( <i>la capacitat adquirida per autolesionar-se letalment</i> ).
<b>Teoria de la vulnerabilitat fluïda</b>	Rudd, 2006	És una extensió del <i>mode suïcida</i> (marc cognitiu de conceptualització dels estats suïcides de Beck). Considera un ampli espectre de creences suïcidogèniques denominat <i>sistema de creences suïcides</i> i no defineix cap pensament o creença com a més important que un altre. Hi ha dos mecanismes subjacents que augmenten la vulnerabilitat a la conducta suïcida: la rigidesa cognitiva i els dèficits en la regulació emocional. El risc de suïcida és intrínsec i dinàmic, i els canvis es generen per les interaccions fluctuants que es produeixen entre els factors de risc i de protecció.

Teoria	Autor i any	Postulats bàsics
<b>Model motivacional-volitiu integrat</b>	O'Connor, 2011	El suïcidi es desenvolupa en diferents fases: pre-motivacional (aspectes ambientals, esdeveniments vitals i predisposició a tenir ideació -hipòtesi diàtesi/estrès-), fase motivacional (hi ha sentiments de derrota i humiliació, sentir-se atrapat i idees de suïcidi) i volitiva (és quan es porta a terme la conducta suïcida).
<b>Teoria dels tres passos</b>	Klonsky i May, 2015	Aquesta teoria identifica els constructes de dolor, desesperança, connexió i la capacitat de suïcidi. La ideació comença amb un dolor psicològic o emocional. Aquest dolor es percep com un càstig per viure. El segon pas és la interrupció de la connexió amb els altres. El tercer i últim pas són les condicions per les quals es passa de la ideació a la conducta suïcida.

### 1.3 Mètodes utilitzats en la conducta suïcida

Per codificar i registrar els mètodes utilitzats en les autolesions intencionades i, per tant, en la conducta suïcida, el registre vigent al territori català és el que apareix a la CIM-10. Els codis corresponents són els codis X60-X84 que es detallen a la Taula 3 (OMS, 2008).

Taula 3: Detall dels codis X60-X84 del CIM-10 en referència a les autolesions intencionades

Codi	Descripció
<b>X60</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a analgèsics, antipirètics i antireumàtics no opioides
<b>X61</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a antiepilèptics, hipnosedants, antiparkinsonians i psicòtrops no classificats a cap altre lloc
<b>X62</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a narcòtics i psicodislèptics [al·lucinògens] no classificats a cap altre lloc
<b>X63</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a altres fàrmacs que actuen en el sistema nerviós autònom
<b>X64</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a altres drogues, fàrmacs i productes biològics, i intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a drogues, fàrmacs i productes biològics no especificats
<b>X65</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a alcohol
<b>X66</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a dissolvents orgànics i hidrocarburs halogenats i els seus vapors
<b>X67</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a altres gasos i vapors
<b>X68</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a pesticides
<b>X69</b>	Intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a altres productes químics i substàncies nocives, i intoxicació autoinfligida i exposició intencionades a productes químics i substàncies nocives no especificats
<b>X70</b>	Autolesió intencionada per penjament, estrangulació i sufocació
<b>X71</b>	Autolesió intencionada per ofegament per immersió i submersió

Codi	Descripció
X72	Autolesió intencionada per tret d'arma curta
X73	Autolesió intencionada per tret de rifle, escopeta i arma llarga de foc
X74	Autolesió intencionada per tret d'un altre tipus d'arma de foc i autolesió intencionada per tret d'arma de foc no especificada
X75	Autolesió intencionada per material explosiu
X76	Autolesió intencionada per fum, foc i flames
X77	Autolesió intencionada per vapor d'aigua, vapors calents i objectes calents
X78	Autolesió intencionada per objecte punxegut
X79	Autolesió intencionada per objecte contundent
X80	Autolesió intencionada per salt des d'un lloc elevat
X81	Autolesió intencionada per saltar o estirar-se davant d'un objecte en moviment
X82	Autolesió intencionada per xoc de vehicle de motor
X83	Autolesió intencionada per altres mitjans especificats
X84	Autolesió intencionada per mitjans no especificats

A la nova classificació a la 11a revisió, la ICD-11, la classificació proposada és la següent (WHO, 2019):

- **Autolesió intencionada per lesions amb mitjans de transport:** Inclou tots aquells esdeveniments en que hi ha implicats mitjans de transport, ja siguin terrestres, aquàtics o aeris. Aquí s'inclouen també els incidents ferroviaris.
- **Autolesió intencionada per caiguda o salt:** Especifica si la precipitació és des de menys o més d'un metre.
- **Autolesió intencionada per contacte amb persona, animal o planta:** Inclou ser colpejat, trepitjat, aixafat o esgarrapat per persona o animal, ser mossegat, picat o enverinat per animal o haver estat en contacte amb una planta.
- **Autolesió intencionada per exposició a objecte, no classificat en cap altre lloc:** Inclou molts mètodes diferents: arma de foc, tallar-se, xocar contra un objecte immòbil, aixafament entre objectes, ser colpejat per objecte en moviment...
- **Autolesió intencionada per immersió, submersió o caiguda a l'aigua:** Distingeix si l'ofegament o submersió es produeix mentre estava a l'aigua o per llençar-se a l'aigua.
- **Autolesió intencionada per amenaça a la respiració:** Inclou el penjament, l'estrangulació i l'asfíxia, però també l'ofegament per ingesta o inhalació d'aliments, líquids o altres objectes i materials.
- **Autolesió intencionada per exposició a mecanisme tèrmic:** Inclou l'exposició a foc controlat o incontrolat, a vapors, a materials en ignició i també a excessiu fred o calor.

- **Autolesió intencionada per exposició a o efectes nocius de substàncies:** Distingeix entre exposició a drogues, medicaments o substàncies biològiques (analgèsics, antidepressius, sedants, opioides...) o substàncies no medicinals (alcohol, pesticides, monòxid de carboni, substàncies corrosives...).
- **Autolesió intencionada per exposició a altres mecanismes:** Inclou l'exposició a la radiació, a canvis en la pressió de l'aire, a corrent elèctric, a l'explosió de materials o objectes pressuritzats i també a la privació de menjar o aigua.
- **Altra autolesió intencionada especificada:** És una categoria residual "especificada".
- **Autolesió intencionada sense especificar:** És una categoria residual sense especificar.

A més del mètode, permet afegir-hi fins a 5 codificacions més:

- Objecte o substància que produeix la lesió, per exemple el tipus de vehicle, la substància concreta...
- Lloc on es produeix, per exemple el domicili, àrea industrial, via pública...
- Ús d'alcohol en la lesió, si hi ha sospita o evidència de consum o no.
- Ús de drogues psicoactives en la lesió, si hi ha sospita o evidència de consum o no.
- Aspectes de l'autolesió intencionada, permet especificar factors de risc, episodis previs i intenció de morir.

A l'Annex 1 es proporcionen tots els mètodes detallats amb la corresponent codificació.

Respecte al mètode utilitzat pel suïcidi, s'observa una important variabilitat geogràfica que respon en gran mesura a la disponibilitat del mètode. L'accés, la disponibilitat i l'acceptació social de determinats mètodes de suïcidi, així com alguns factors específics del lloc, influeixen en l'elecció d'un mètode o un altre. Així, a gran part de zones rurals de països d'Àsia i l'Amèrica Llatina el mètode més utilitzat és la ingesta de pesticides, als Estats Units les armes de foc i a Europa el penjament (Ajdacic-Gross, 2008). Els mètodes més utilitzats a Catalunya són el penjament en el cas dels homes i la precipitació de llocs elevats per part de les dones. A la Figura 2 es detallen els mètodes utilitzats pel suïcidi a Catalunya l'any 2019 a partir de dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE) (INE, 2021b).

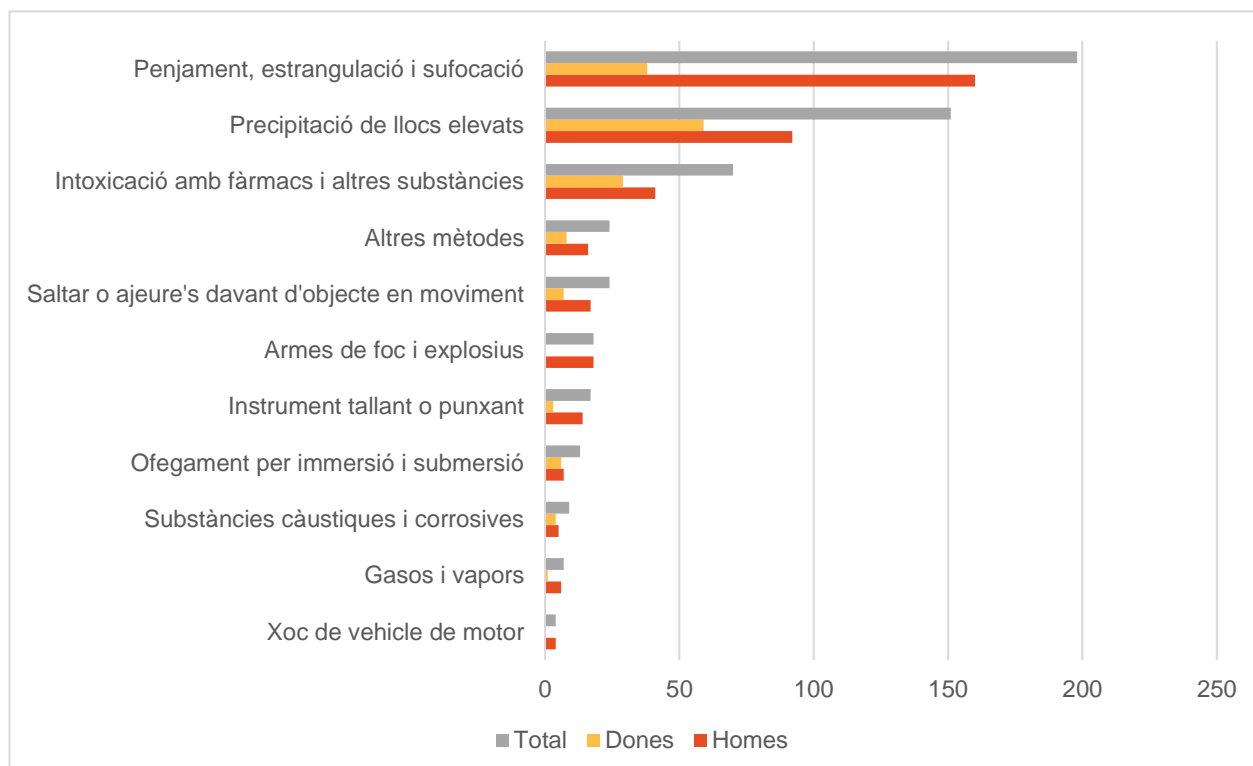


Figura 2: Mètodes utilitzats pel suïcidi a Catalunya, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021b)

A part de la variabilitat geogràfica dels mètodes utilitzats en el suïcidi, també s'observen discrepàncies en el mètode utilitzat en intents de suïcidi i suïcidis, amb diferències segons la letalitat del mètode. Així, els mètodes més utilitzats en intents de suïcidi són la sobreingesta medicamentosa i l'ús d'instruments tallants i punxants, mentre que pel suïcidi són el penjament, la precipitació i les armes de foc (Lim, Lee, & Park, 2014).

La letalitat del mètode, doncs, serà un element important en el resultat mortal o no mortal de la conducta suïcida. Un mètode es considera letal si una alta proporció d'intents amb aquest mètode acaben resultant mortals. Bàsicament es divideixen en dues categories principals: els mètodes violents i els no violents. Els mètodes violents inclouen les armes de foc, tallar-se o perforar-se, el penjament, la precipitació o l'atropellament per un tren o vehicle. Els mètodes no violents comprenen accions com la ingesta de pesticides, la sobreingesta medicamentosa i l'enverinament per gasos. En la ingesta de fàrmacs o químics la letalitat pot anar en referència a la dosi ingerida; l'actualització de l'escala de letalitat de l'intent de suïcidi (*Lethality of suicide attempt rating scale-updated -LSARS-II-*) és d'utilitat per tal d'avaluar-ne la letalitat. La percepció de la letalitat del mètode, doncs, també serà important a l'hora d'escollir-lo (Berman, Shepherd, & Silverman, 2003; Doherty, Moore, Cobercoran, & Malone, 2021; Stenbacka & Jokinen, 2015; Sun & Jia, 2014; Zhu, Ma, Jia, & Zhou, 2021).



Com s'ha dit anteriorment, els dos mètodes utilitzats en la majoria dels intents de suïcidi són la sobreingesta medicamentosa i l'ús d'instruments tallants; moltes persones que els utilitzen perceben una letalitat més elevada de la que realment tenen i en intents de suïcidi repetits, s'ha vist que en un període de seguiment de 2,8 anys un terç dels individus canvien de mètode, i en un seguiment d'11,2 anys gairebé la meitat, un 42,1%, canviaven el mètode de suïcidi (Witt, Daly, Arensman, Pirkis, & Lubman, 2018).

## 1.4 Epidemiologia de la conducta suïcida

Les dades de mortalitat per suïcidi són problemàtiques per diverses raons: diferències geogràfiques en la definició de suïcidi i en com es classifiquen els casos equívocs; diferències jurisdiccionals en els requeriments del forense que afecten el nivell de prova requerit per classificar una mort com a suïcidi, i diferències respecte al grau d'investigació dels possibles suïcidis per determinar amb precisió la causa de la mort (Silverman & De Leo, 2016).

De fet, l'OMS destaca que tan sols 87 països tenen registres de bona qualitat sobre el suïcidi (WHO, s.d.).

La qualitat de les dades amb la resta de conducta suïcida és encara més problemàtica que la dels suïcidis. Les discrepàncies en la nomenclatura es fan més evidents que en el cas dels suïcidis. A més, generalment no existeix una notificació sistemàtica ni obligatòria de les conductes suïcides no mortals, ni tampoc hi ha una recopilació sistemàtica i rutinària de dades sobre autolesions intencionades no suïcides (Silverman & De Leo, 2016).

### 1.4.1 Suïcidi al món

Cada any moren per suïcidi al món 703.000 persones<sup>2</sup>. L'any 2019 les morts per suïcidi van significar un 1,3% de totes les morts. La taxa global de suïcidi estandarditzada per edat va ser de 9 per 100.000 habitants/any, amb taxes que varien des de menys de 2 fins a més de

---

<sup>2</sup> A l'informe de l'any 2021 es van realitzar revisions substancials dels mètodes utilitzats per a les estimacions de dades i les estimacions que apareixen en aquesta publicació substitueixen les anteriors i les diferències entre les revisions no s'han d'interpretar com a tendències temporals.



80 per 100.000 habitants/any. S'estima que les xifres d'intents de suïcidi són 20 vegades més grans que les dades de suïcidis (WHO, 2021c).

Per regions, les taxes de suïcidi per 100.000 habitants el 2019 van ser de 6,9 a la Regió d'Àfrica, 9,6 a la Regió de les Amèriques, 10,1 a la Regió d'Àsia Sud-oriental, 12,8 a la Regió d'Europa, 5,9 a la Regió del Mediterrani Oriental i 8,7 a la Regió del Pacífic Occidental. A la Figura 3 es mostren les taxes de suïcidi per 100.000 habitants corresponents al 2019 a partir de les dades de l'OMS (WHO, 2021a). Les dades completes es poden consultar a l'Annex 2.

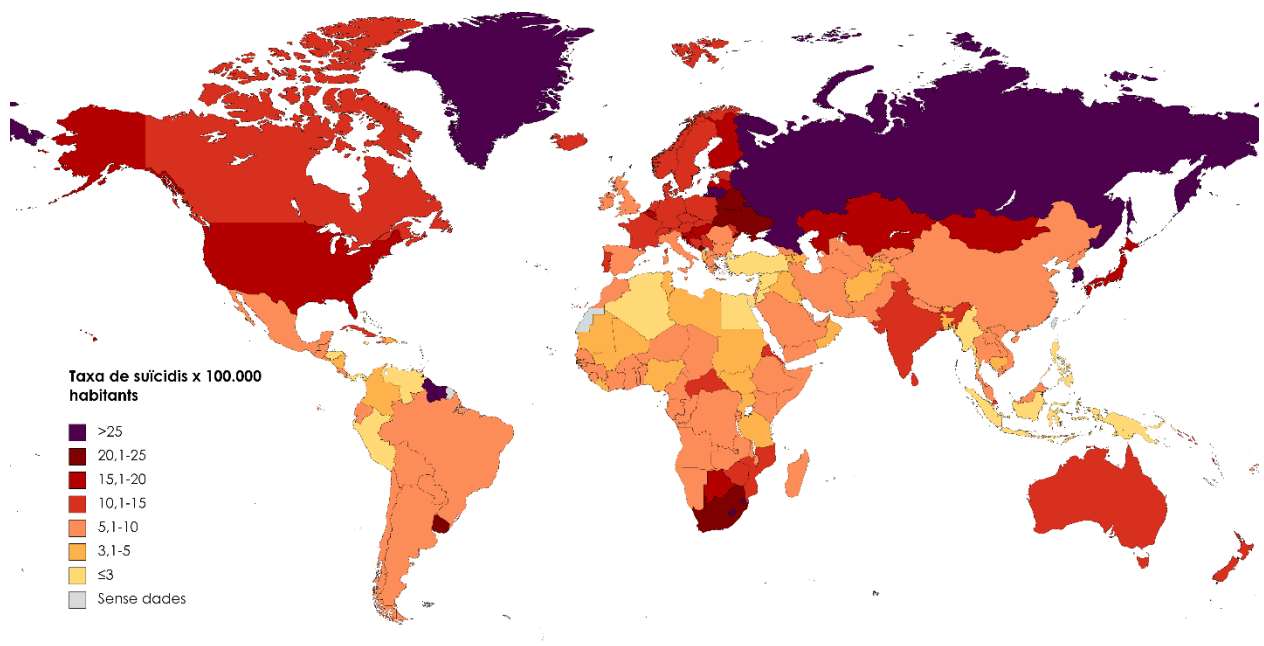


Figura 3: Taxes de suïcidi per 100.000 habitants, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'OMS (2021a)<sup>3</sup>

Entre el 2000 i el 2019, a diferència d'altres causes de mortalitat en que els països amb rendes altes es troben en una posició relativament més favorable, la taxa de mortalitat per suïcidi ha disminuït poc, amb menys d'un 5% de disminució als països de renda alta. A més, la taxa de suïcidis a la Regió de les Amèriques va augmentar un 28% en aquest període i la Regió Europea, tot i tenir un descens espectacular de més d'un 40%, va començar i acabar amb la taxa crua de suïcidi més alta de totes les regions de l'OMS, amb un 21,9 per 100.000 habitants el 2000 i de 12,8 per 100.000 habitants el 2019. A la Figura 4 es representa el canvi de taxes de mort per suïcidi i per accident de trànsit entre els anys 2000 i 2019 per sexes i segons el tipus de renda del país (WHO, 2021d).

<sup>3</sup> Mapa creat amb <https://mapchart.net/>

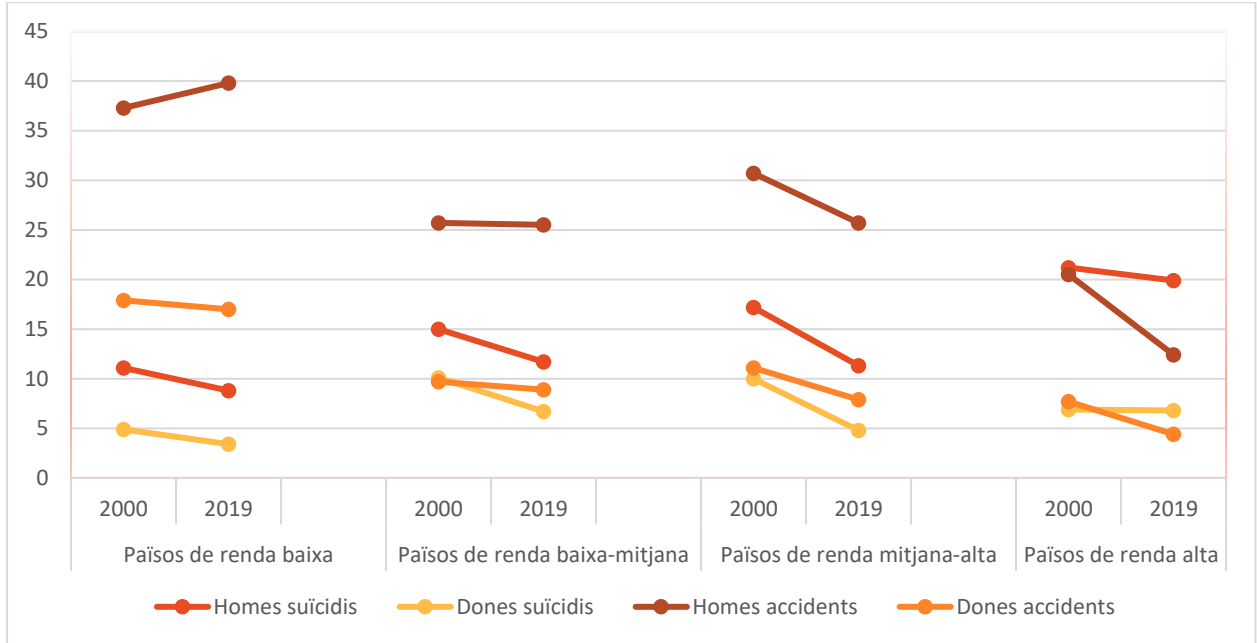


Figura 4: Canvi en les taxes de morts per suïcida i per accident de trànsit. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'OMS (2021d).

En relació a dades sobre altres tipus de conducta suïcida, com ja s'ha dit, no es disposa de registres globals. Extrapolant les dades d'estudis d'enquestes, per cada mort per suïcida es produeixen 20 intents de suïcida, que suposa uns 16 milions anuals d'intents de suïcida i aproximadament 160 milions de persones amb idees de suïcida cada any (WHO, 2014).

### 1.4.2 Suïcida a Europa

La taxa de suïcida a la regió Europea l'any 2019 va ser de 12,8 per 100.000 habitants, esdevenint la taxa més elevada de les regions de l'OMS. A la Figura 5 es mostren les taxes a Europa el 2019 per països segons les dades publicades per l'OMS (WHO, 2021a).

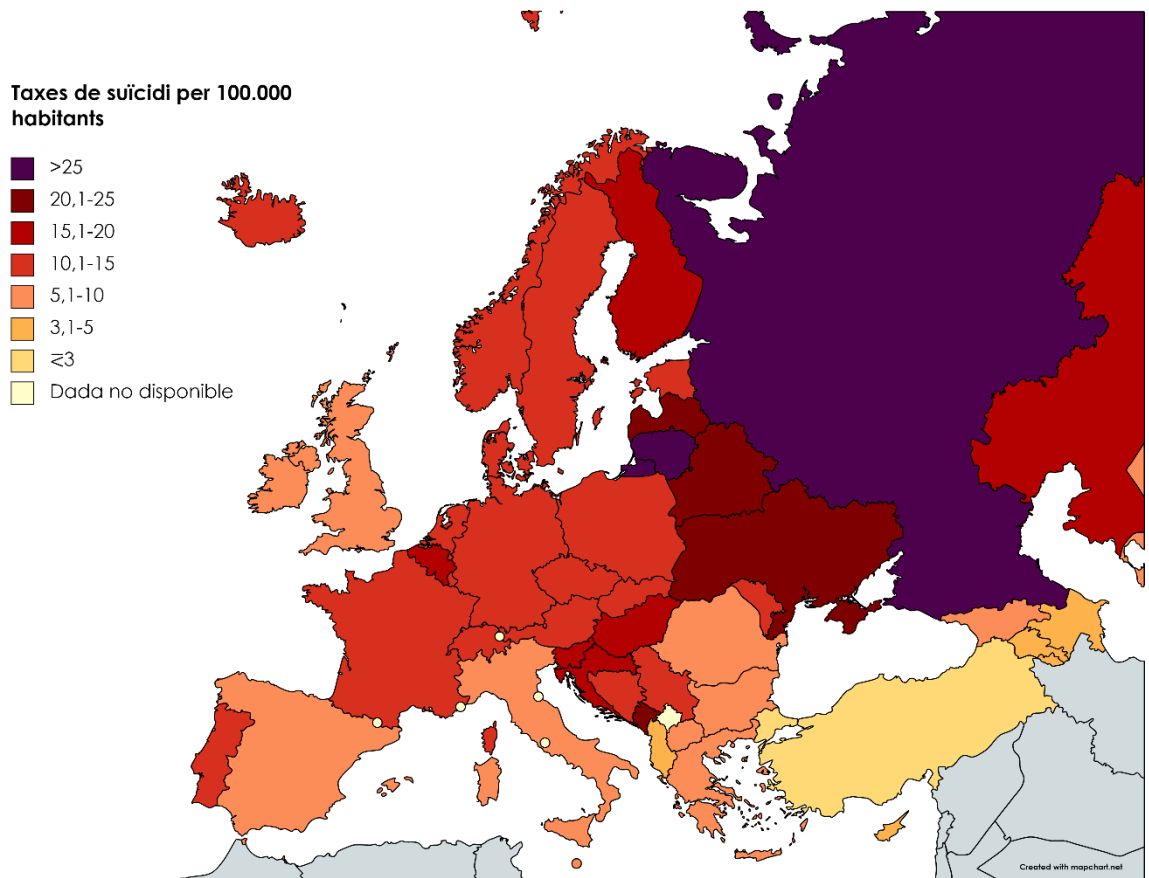


Figura 5: Taxes de suïcidi per 100.000 habitants a Europa, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'OMS (2021a)<sup>4</sup>

A la Figura 6 s'aporten les taxes corresponents a la Regió Europea de l'OMS, distingint els països que formen part de la Unió Europea (WHO, 2021a). Les dades completes sobre les taxes per països es poden consultar a l'Annex 2.

<sup>4</sup> Mapa creat amb <https://mapchart.net/>

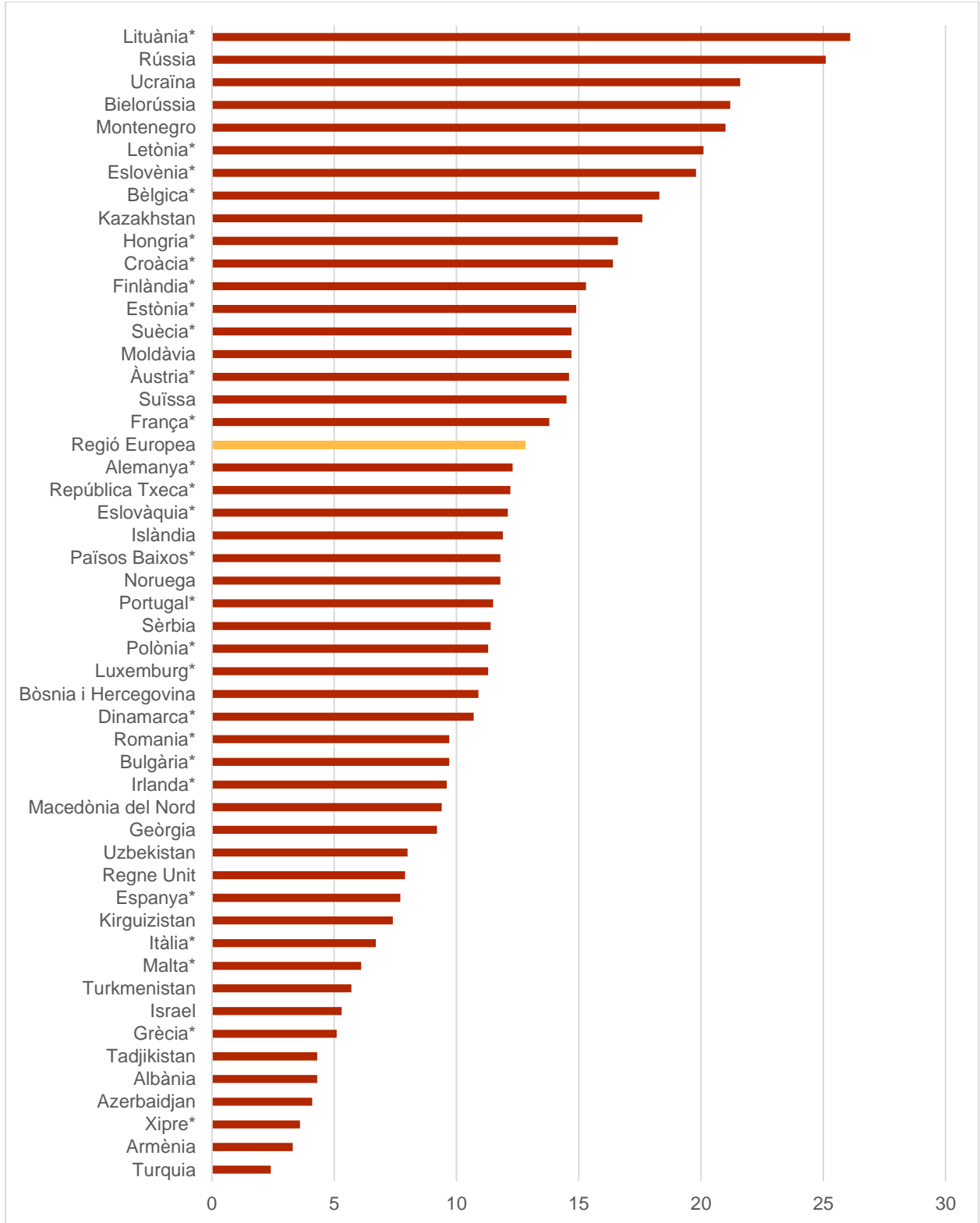


Figura 6: Taxes de suïcidi per 100.000 habitants dels països de la Regió Europea de l'OMS corresponents a l'any 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'OMS (2021a)

\* Països de la Unió Europea

### 1.4.3 Suïcidi a Espanya

A Espanya des del 2008 el suïcidi és la principal causa externa de mortalitat. L'any 2019 hi van haver 3.671 morts per suïcidi a l'estat espanyol, fet que va significar doblar les morts per accidents de trànsit que van ser 1.842 l'any 2019 (INE, 2021b).

A la Figura 7 es pot veure l'evolució de la taxa de suïcidis a Espanya per sexes des de l'any 2000 (WHO, 2021a).

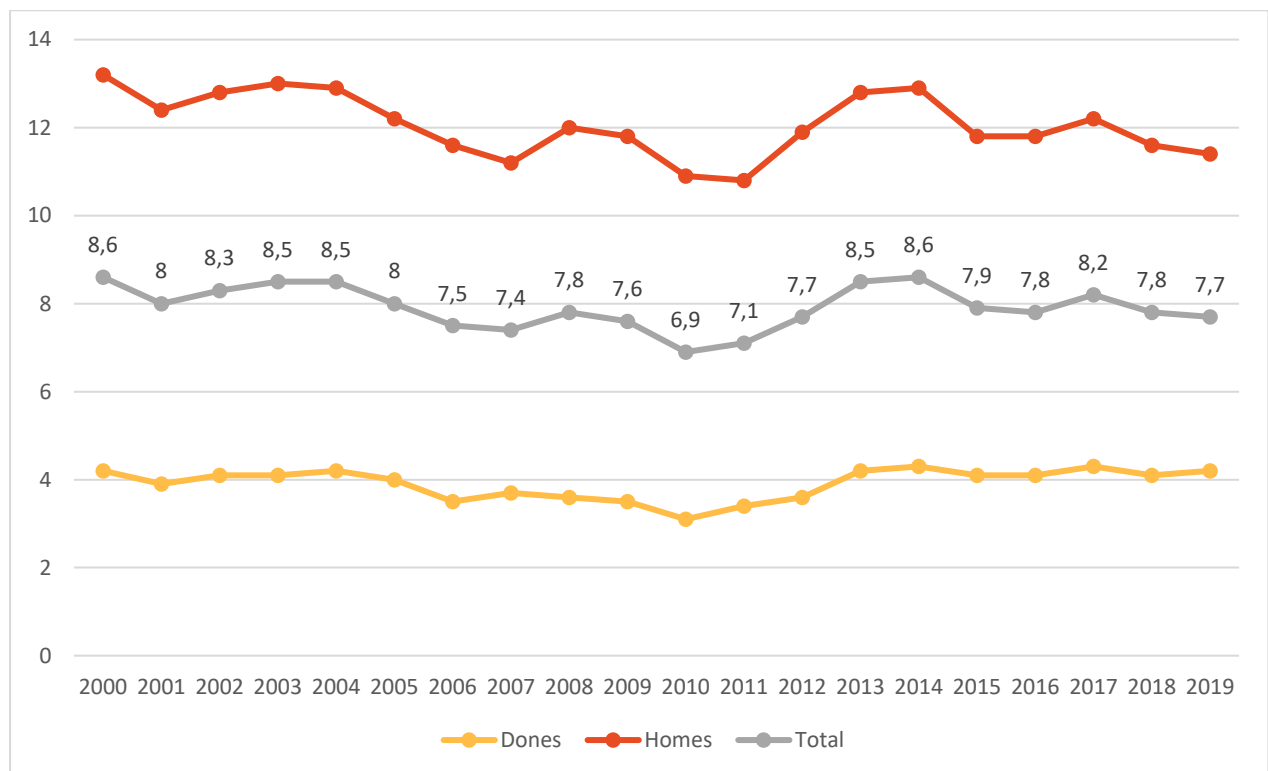


Figura 7: Evolució de la taxa de suïcidis a Espanya des de l'any 2000. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'OMS (2021a)

Com en altres països occidentals, les taxes més elevades es produeixen en homes i sobretot en edats més avançades. A la Figura 8 es mostra la taxa de suïcidis per 100.000 habitants per sexes i edat l'any 2019 a Espanya (INE, 2021b).

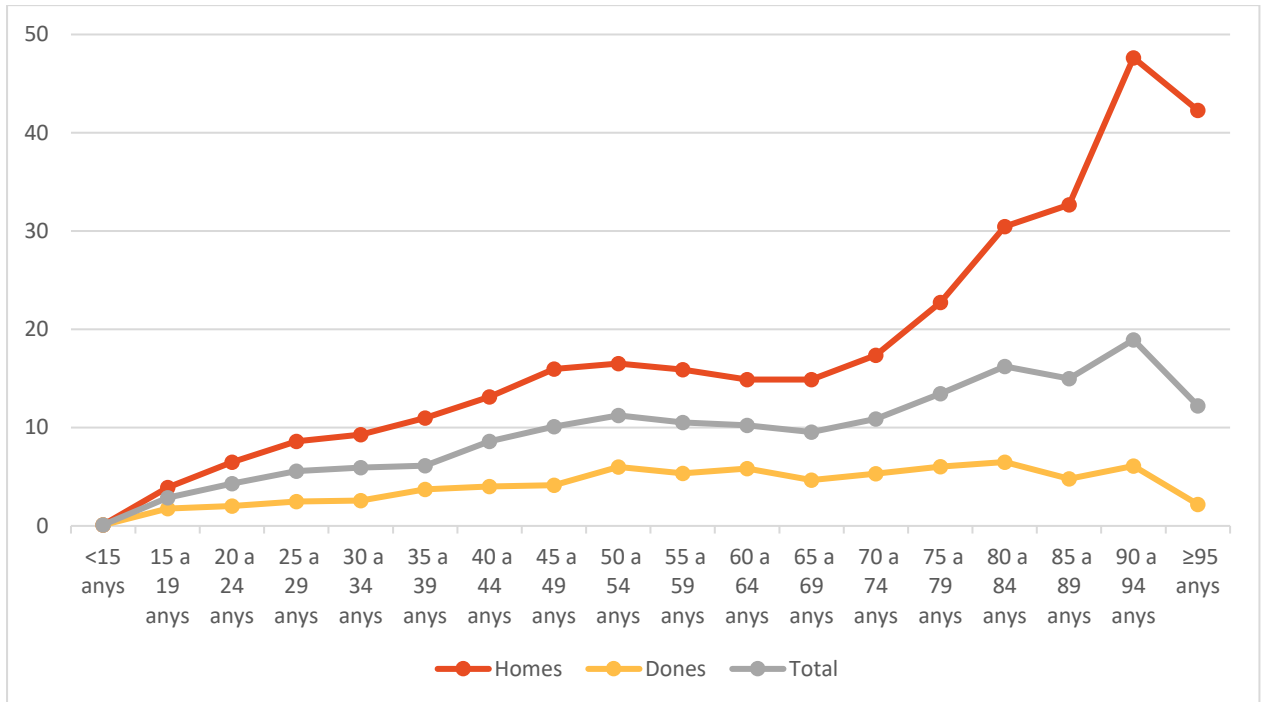


Figura 8: Taxes de suïcidi per sexe i edat a Espanya, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021b)

### 1.4.4 Suïcidi a Catalunya

L'any 2019 es van produir 535 suïcidis a Catalunya, un 71,03% (n=380) homes i un 28,97% dones (n=155). La distribució per edats es mostra a la Figura 9 (INE, 2021b).

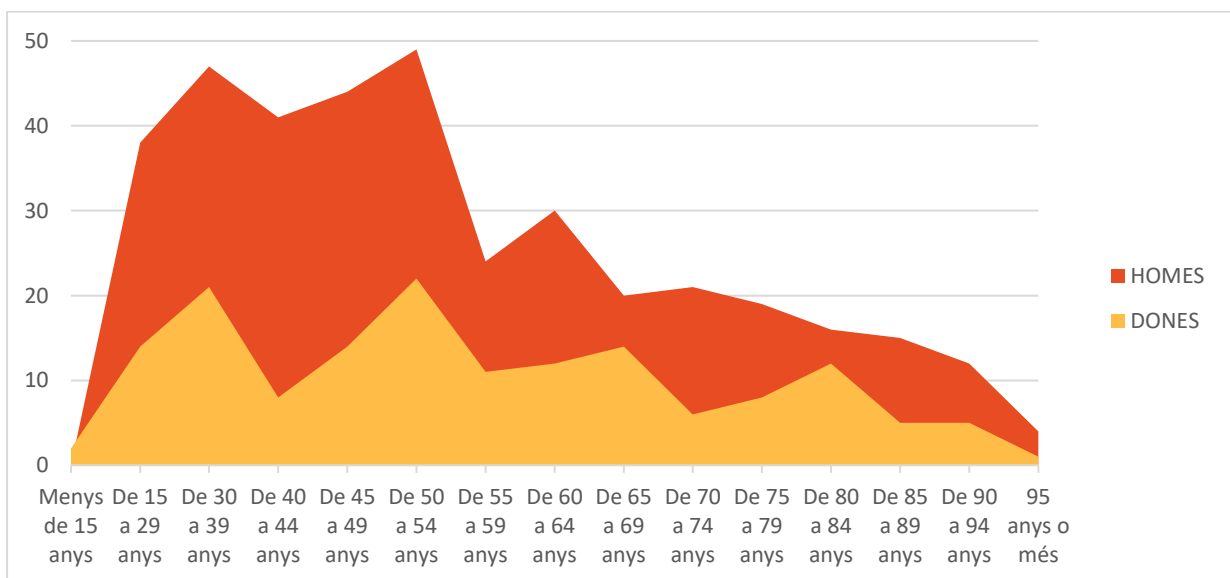


Figura 9: Nombre de suïcidis per edats a Catalunya, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021b)

Des de fa anys la taxa de suïcidi al territori s'ha mantingut força sostinguda, com es pot veure a la Figura 10 calculada a partir de les dades de l'INE i l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) (Idescat, 2021; INE, 2021a).



Figura 10: Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya des de l'any 2000. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021a) i l'Idescat (2021)

Pel que fa a dades per entitats supramunicipals, l'INE permet accedir a les dades de mortalitat per suïcidi a nivell provincial. A la Figura 11 es mostra la taxa bruta de suïcidis per províncies calculada a partir de les xifres de l'INE i l'Idescat (Idescat, 2021; INE, 2021a).

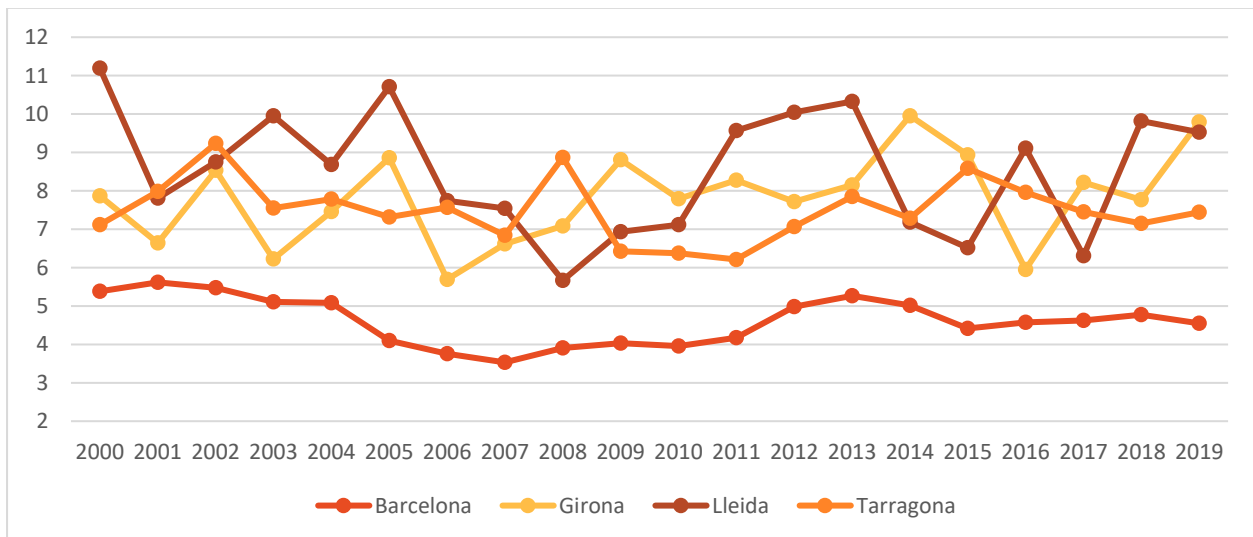


Figura 11: Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya per províncies des de l'any 2000. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021a) i l'Idescat (2021)<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Quan la base poblacional és petita hi pot haver una gran variabilitat en les taxes ja que aquestes són per 100.000 habitants i un nombre petit de casos pot produir grans canvis en les taxes. Per aquest motiu a les províncies menys poblades hi ha menys estabilitat en les taxes.

No es disposa del detall de dades a nivell de regions sanitàries catalanes ni comarcals. A Osona, però, l'any 2006 es va signar un conveni de col·laboració entre el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) i l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC) (Jiménez Nuño, Arrufat Nebot, Carrera Goula, & Gay Pastor, 2012). Amb aquest conveni es va constituir la Comissió Mixta de Mortalitat del CHV amb representació de l'oficina de Vic de l'IMLCFC, el Departament de Qualitat i Comunicació del CHV i el Servei de Psiquiatria i Salut Mental del CHV. La Comissió es reuneix de forma semestral i analitza les morts per suïcidi produïdes a la comarca i es permet així establir la taxa de suïcidis a nivell comarcal. A la Figura 12 es mostra l'evolució de la taxa de suïcidi a Osona des de la constitució de la Comissió Mixta l'any 2006<sup>6</sup>.

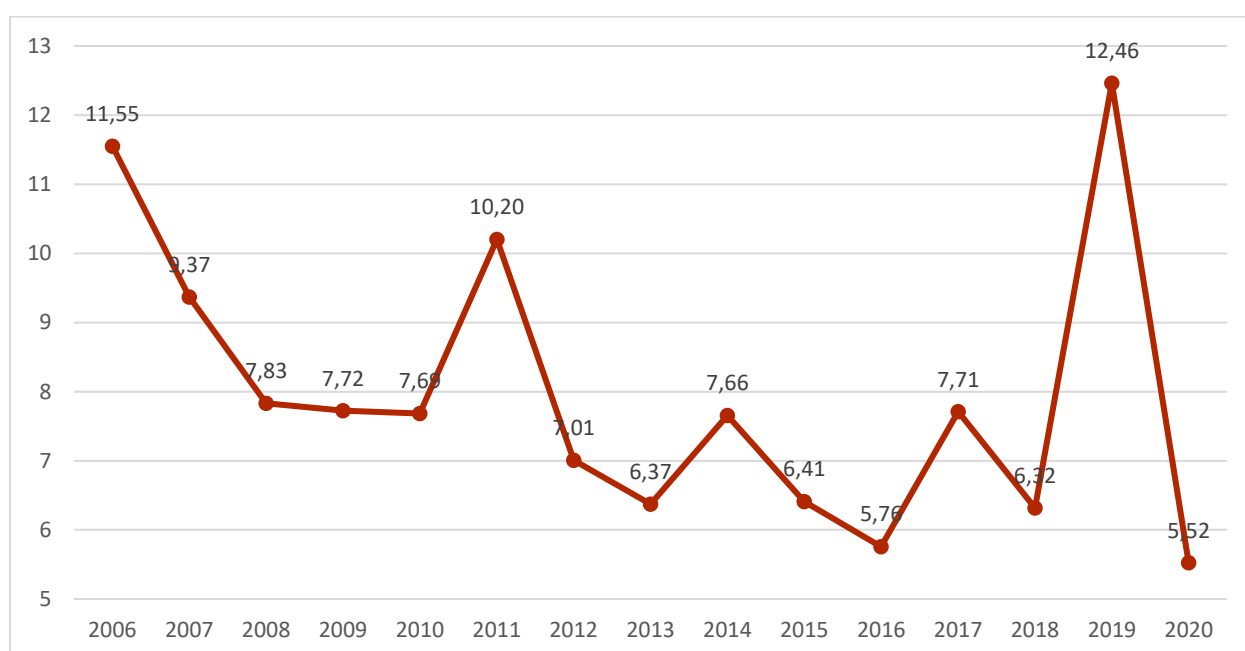


Figura 12: Evolució de la taxa de suïcidi a Osona durant els anys 2006-2020. Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Comissió Mixta del CHV

Respecte a la resta de conducta suïcida, segons les dades publicades des del Codi Risc de Suïcidi (CRS), en un període de 5 anys (01/06/2014 a 01/08/2019) hi va haver 12.596 persones ateses a urgències i registrades a l'aplicatiu CRS amb episodi de conducta suïcida. Això significaria unes 2.500 persones per any, però cal tenir en compte que fins el 2016 no es va implementar el programa a tot el territori català (Pérez et al., 2020).

<sup>6</sup> En el registre de la Comissió Mixta de mortalitat per suïcidi a Osona s'inclouen tots els casos de mort per suïcidi que es produeixen a la comarca d'Osona independentment del municipi de residència del difunt



### 1.4.5 Distribució temporal

Si ens fixem en la distribució temporal dels suïcidis al llarg de l'any, s'ha vist una relació estacional amb el suïcidi, amb un pic a la primavera i estiu, i també un major nombre de suïcidis en dilluns. Històricament es lligava aquest canvi a l'exposició a la llum solar, però sembla ser que són altres els mecanismes que hi estarien implicats. També s'ha vist que hi ha molta heterogeneïtat amb la diversitat geogràfica, demogràfica i socioeconòmica. Així, tot i que es confirma clarament una estacionalitat en països com Brasil, Sud-Àfrica, Japó o els Estats Units, en altres com Mèxic, Canadà, Suïssa, el Regne Unit o Espanya la variabilitat és relativament baixa a l'ajustar l'estacionalitat amb l'exposició a la llum solar (Christodoulou, Efstathiou, Bouras, Korkoliakou, & Lykouras, 2012; Galvão, Silva, & Silva, 2018; Santurtún, Santurtún, & Zarrabeitia, 2018; White, Azrael, Papadopoulos, Lambert, & Miller, 2015; Yu et al., 2020).

A la Figura 13 es mostra la distribució de suïcidis a Espanya l'any 2019 per sexes i mesos, confirmant que a la primavera-estiu són uns dels mesos en que es produeixen més casos (INE, 2021b).

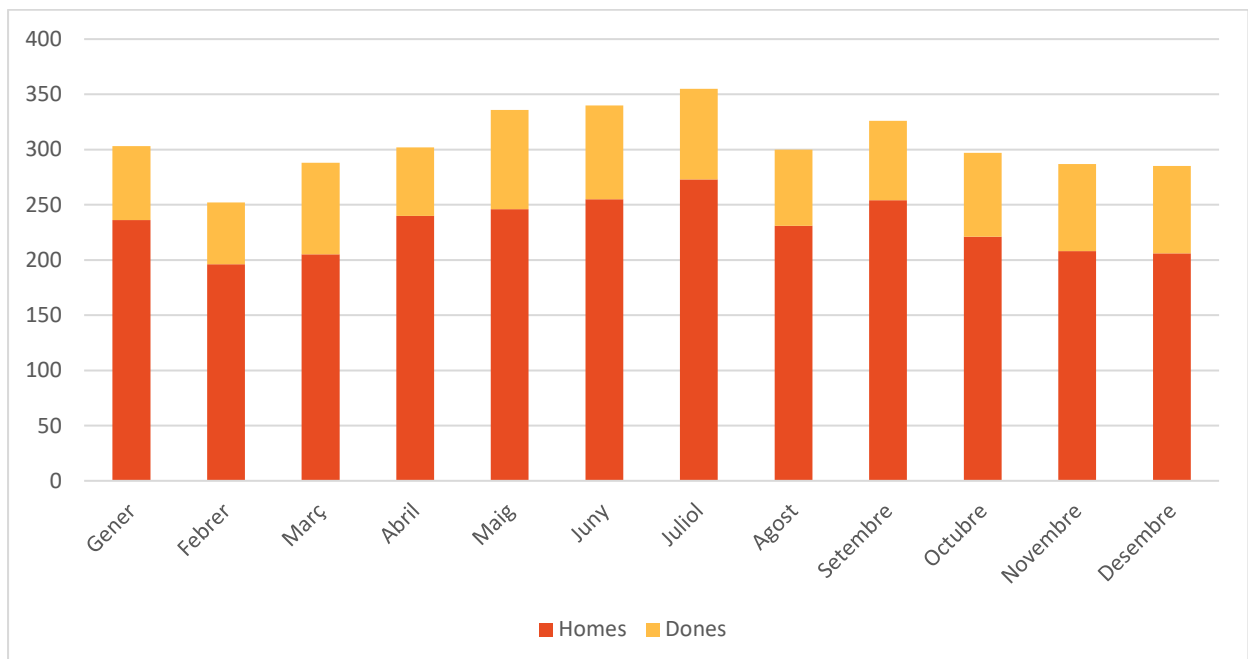


Figura 13: Distribució de suïcidis a Espanya per sexe i mesos, 2019. Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE (2021b)

## 1.5 Factors de risc

La conducta suïcida té una alta complexitat i un caràcter multifactorial. No hi ha una sola causa que sigui capaç d'explicar una conducta suïcida per si sola ja que hi ha múltiples factors que hi contribueixen. Normalment diversos factors de risc actuen de forma acumulativa per incrementar la vulnerabilitat individual per portar a terme una conducta suïcida. A més, la presència de factors de risc no significa que hagi de desembocar necessàriament en una conducta suïcida (WHO, 2014).

El nivell de risc, doncs, pot augmentar proporcionalment al nombre de factors presents, però n'hi ha que tenen un pes específic més gran que d'altres. El fet d'identificar-los i reconèixer-los és de gran utilitat a l'hora d'intervenir i establir estratègies de prevenció del suïcidi. A aquesta amalgama de factors de risc que situen a la persona en una situació de vulnerabilitat, s'hi sumen una sèrie de circumstàncies precipitants que actuen com a desencadenants de la conducta suïcida. A la Figura 14 es recullen els principals factors de risc associats a la conducta suïcida a partir de la Guia de Pràctica Clínica de Prevenció i Tractament de la Conducta Suïcida (GPC) i l'OMS (GPC, 2020; WHO, 2014).

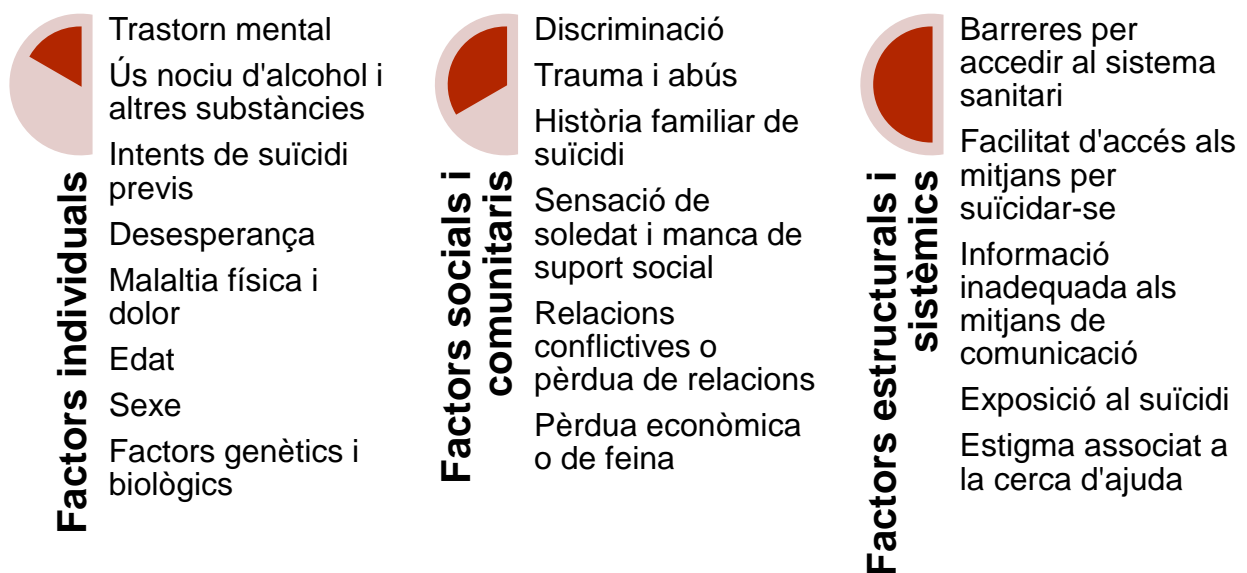


Figura 14: Factors associats a la conducta suïcida. Font: elaboració pròpia a partir de la GPC (2020) i l'OMS (2014).

## 1.5.1 Factors individuals

### 1.5.1.1 Trastorn mental

Hi ha una associació clara entre suïcidi i trastorn mental. Al món occidental hi ha una prevalença del 90% de trastorn mental en les morts per suïcidi, tot i que en altres estudis la prevalença es rebaixa al 80% a nivell global i amb una alta variabilitat segons la zona geogràfica. Cal tenir en compte, però, que malgrat aquesta associació i la gran comorbiditat existent entre trastorn mental i conducta suïcida, la majoria de persones que tenen un trastorn mental no realitzaran cap conducta suïcida. El risc de suïcidi augmenta amb la comorbiditat, les persones amb més d'un trastorn mental tenen més risc. En persones donades d'alta d'una unitat de psiquiatria s'ha observat una taxa 100 vegades més elevada que la població general als 3 mesos de l'alta, 60 vegades més elevada entre els 3 i 12 mesos de l'alta i als 5-10 anys de l'alta la taxa de suïcidi es manté 30 vegades més elevada respecte a la població general (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; J. T. O. Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Cho, Na, Cho, Im, & Kang, 2016; Chung et al., 2017; Fu et al., 2021; World Health Organization, 2014).

A la Taula 3 es recullen els trastorns que més s'associen a la conducta suïcida segons la GPC (GPC, 2012).

*Taula 3: Trastorns mentals i associació amb la conducta suïcida. Font: elaboració pròpia a partir de la GPC (2012)*

<b>Depressió major</b>	És el que s'associa més amb el risc de suïcidi, suposant un risc 20 vegades més gran respecte a la població general. L'OMS assumeix que entre el 65 i el 90% dels suïcidis i intents de suïcidi es relacionen amb algun grau de depressió. El risc de suïcidi al llarg de la vida s'estima que és del 4% en les persones amb trastorn de l'estat d'ànim.
<b>Trastorn bipolar</b>	El risc és més gran a l'inici del trastorn. Entre un 25-50% de persones amb t. Bipolar realitzen un intent de suïcidi i el risc de suïcidi al llarg de la vida s'estima que és del 8%.
<b>Trastorns psicòtics</b>	El risc augmenta fonamentalment en homes joves durant la primera etapa de la malaltia, les persones amb recaigudes cròniques i els primers mesos després de l'alta hospitalària. El risc de suïcidi al llarg de la vida s'estima que és del 4% en les persones amb esquizofrènia.
<b>Trastorns d'ansietat</b>	Poden associar-se a taxes elevades de conducta suïcida però no està demostrat si representen factors de risc independents o si s'associen a altres comorbiditats com la depressió, l'abús de substàncies i els trastorns de personalitat.
<b>Trastorns de la conducta alimentària</b>	En dones amb aquests trastorns s'han observat taxes més 4 vegades més elevades d'ideació i intents de suïcidi que en la població femenina general, especialment quan presentaven comorbiditats com l'ansietat o la depressió. El trastorn amb més risc de suïcidi és l'anorèxia nerviosa, sobretot en dones durant l'adolescència tardana.

**Trastorns  
de  
personalitat**

El que s'associa més és el trastorn límit de la personalitat (TLP), sobretot si hi ha comorbiditat amb altres trastorns. El risc de suïcidi per persones amb TLP és un 4-8% superior a la població general.

**1.5.1.2 Ús nociu d'alcohol i altres substàncies**

L'alcohol no és tan sols un factor de risc, sinó també un precipitant. En un 25-50% dels suïcidis hi havia abús d'alcohol o d'altres substàncies i s'ha vist una associació significativa del trastorn per abús d'alcohol tant en la ideació, com en els intents de suïcidi i en els suïcidis. De totes les morts per suïcidi, un 22% es poden atribuir a l'ús d'alcohol. El risc de suïcidi al llarg de la vida s'estima que és del 7% en les persones amb trastorn per dependència a l'alcohol. Entre les persones amb trastorn per ús de substàncies es va trobar una prevalença del 35% d'ideació de suïcidi i del 20% d'intents de suïcidi (Amiri & Behnezhad, 2020; Armoon et al., 2021; Darvishi, Farhadi, Haghtalab, & Poorolajal, 2015; Schneider, 2009; World Health Organization, 2014; Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008).

**1.5.1.3 Intents de suïcidi previs**

Una història d'autolesions o intents de suïcidi previs és l'indicador més potent de risc de suïcidi ja que està present en fins a un 40% de les persones que moren per suïcidi. Un intent de suïcidi previ és el factor més important entre els cinc estudiats (intents previs, depressió, abús d'alcohol/substàncies, situació laboral i estat civil). Durant l'any posterior a l'intent, el risc de suïcidi està augmentat, sobretot el primer mes. Entre un 1-6% de les persones ateses en un hospital per un intent de suïcidi morirà per suïcidi durant l'any posterior, i una de cada 25 persones en els 10 anys posteriors a l'atenció (Robert Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; J. T. O. Cavanagh et al., 2003; Geulayov et al., 2019; Owens et al., 2002; Yoshimasu et al., 2008). En un apartat posterior s'aprofundirà en les repeticions de la conducta suïcida.

**1.5.1.4 Desesperança**

La desesperança es considera el factor psicològic més influent en relació a la conducta suïcida. Els tres aspectes principals de la desesperança estan relacionats amb els sentiments de la persona sobre el futur, la pèrdua de motivació i expectatives. La desesperança es va trobar associada sobretot a la ideació de suïcidi, però també als intents de suïcidi i als suïcidis (O'Connor & Nock, 2014; Ribeiro, Huang, Fox, & Franklin, 2018).

### **1.5.1.5 Malaltia física i dolor**

Les persones amb dolor crònic tenen un risc de conducta suïcida entre 2-3 vegades més alt que la població general. El dolor, la pèrdua de mobilitat, la desfiguració i també altres formes de discapacitat o un mal pronòstic de la malaltia (càncer, sida...) es relacionen amb un risc de suïcidi més elevat. En gent gran s'ha observat que malalties físiques com són diferents tipus de càncer, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) l'artritis i altres estan relacionats amb el suïcidi. (Erlangsen, Stenager, & Conwell, 2015; S. H. Kim, 2016; Santos, Martins, Azevedo, & Fernandes, 2020; Stenager, Stenager, & Erlangsen, 2021; Tang & Crane, 2006).

### **1.5.1.6 Edat**

Els moments de més risc són l'adolescència i l'edat avançada. La mort per suïcidi és la 4<sup>a</sup> causa de mort en els joves de 15 a 29 anys al món. La incidència d'ideació i d'intents de suïcidi és especialment alta entre adolescents i joves adults, amb una prevalença al llarg de la vida d'entre el 12,1-33% per la ideació de suïcidi i del 4,1-9,3% pels intents de suïcidi.

D'altra banda, la gent gran, que tot i que presenten les taxes de suïcidi més elevades, realitzen menys intents que els joves però amb una major letalitat. La gent gran que s'autolesiona té un risc 67 vegades més alt de morir per suïcidi que poblacions més joves (Liotta, Mento, & Settineri, 2015; Troya et al., 2019; Turecki & Brent, 2016; World Health Organization, 2021c).

### **1.5.1.7 Sexe**

En general els homes tenen més probabilitat de morir per suïcidi que les dones. Paradoxalment, les dones presenten més ideació i més intents de suïcidi que els homes. Els motius no són clars, però hi ha diversos factors que poden influir, com per exemple que els homes solen utilitzar mètodes més letals que les dones. A més, quan es comparen homes i dones utilitzant el mateix mètode de suïcidi, els homes tendeixen a infligir-se més dany corporal que les dones. Una de les hipòtesis sobre el perquè passa això diu que els homes presenten una intencionalitat de mort més alta que les dones, però la recerca en aquest sentit proporciona resultats divergents. Una altra explicació és la disponibilitat del mètode; per exemple, els homes tenen més probabilitats de disposar d'una arma de foc que les dones. També s'ha especulat en les diferències a l'hora de buscar ajuda a nivell de salut mental. Els homes tendeixen a demorar la cerca d'ajuda i són menys propensos a revelar els problemes

de salut i a complir amb les recomanacions terapèutiques (Clement et al., 2015; Fox, Millner, Mukerji, & Nock, 2018).

Respecte al perquè les dones presenten més ideació i intents que els homes, una possible explicació és considerar les diferències en trastorns mentals entre homes i dones. Les dones tenen més trastorns afectius i d'ansietat que els homes, i tenen el doble de possibilitat de tenir depressió. Les diferències entre sexes en les conductes suïcides tendeixen a aflorar durant l'adolescència, igual que les diferències en trastorns de l'estat d'ànim i depressió. A més, tot i que la conducta suïcida s'associa amb tots els trastorns, s'ha vist que el fet de tenir un trastorn de l'estat d'ànim, que és més comú en dones, està més associat a auto informar d'història passada d'idees i intents de suïcidi. El biaix de memòria també contribueix en aquestes taxes ja que moltes vegades són auto reportades i les discrepàncies de prevalença de taxes de CS entre dones i homes són més grans quan es mira la història de vida comparat amb l'últim any. Això fa pensar que les persones tendeixen a infrareportar pensaments i conductes suïcides passades degut al biaix de memòria i aquest infrareport pot ser més gran en els homes per tenir més creences estigmatitzants envers la CS. (Fox et al., 2018; Mackenzie, Visperas, Ogrodniczuk, Oliffe, & Nurmi, 2019; Turecki & Brent, 2016).

### **1.5.1.8 Factors genètics i biològics**

S'han trobat associacions entre conducta suïcida i alteracions genètiques o del desenvolupament en una sèrie de sistemes neurobiològics. Per exemple, nivells baixos de serotonina s'associen amb intents de suïcidi greus. En persones amb conducta suïcida és comú també trobar concentracions elevades de factor alliberador de corticotropina en el líquid cefalorraquidi (Mann & Currier, 2010; Tafet & Nemeroff, 2016).

## **1.5.2 Factors socials i comunitaris**

### **1.5.2.1 Discriminació**

Les situacions de discriminació cap a grups de població, ja sigui puntual, endèmica o sistèmica, pot portar a experimentar esdeveniments estressants com ara pèrdua de llibertat, rebuig, estigmatització i violència que poden desencadenar conductes suïcides. Algunes d'aquestes situacions es poden donar entre refugiats, asilats i migrants; afectats per *bullying*, *cyberbullying* i assetjament entre iguals; persones en situació d'empresonament i reclusió; i persones del col·lectiu LGTBIQ (Eck et al., 2019; Haas et al., 2010; Kalt, Hossain, Kiss, &

Zimmerman, 2013; Meyer, Blossnich, Choi, Harper, & Russell, 2021; van Geel, Vedder, & Tanilon, 2014).

### **1.5.2.2 Trauma i abús**

Alguns estressors psicosocials associats amb el suïcidi poden emergir amb diferents tipus de situacions de trauma i abús ja que incrementen el malestar emocional i poden actuar de desencadenants de conductes suïcides en persones vulnerables. A més, les persones que han patit abús i violència a la infantesa tenen més risc de suïcidi. Els efectes d'esdeveniments adversos a la infància tendeixen a interrelacionar-se i actuar de forma acumulativa, augmentant el risc de suïcidi i trastorn mental. L'estrès post-traumàtic també s'associa a un major risc de suïcidi (Foster, 2011; McClatchey, Murray, Rowat, & Chouliara, 2017; Zeppegno et al., 2019).

### **1.5.2.3 Història familiar de suïcidi**

Una història familiar de suïcidi augmenta el risc de conducta suïcida. Estudis en bessons mostren que els monozigòtics tenen una concordança més gran en suïcidis que els dizigòtics. La mort per suïcidi d'un familiar també pot tenir una influència particularment disruptiva en la vida d'una persona. A més, els supervivents (persones directament afectades per la mort per suïcidi d'un familiar o persona proper) tenen un risc augmentat de suïcidi i de trastorn mental (J. Cavanagh & Smyth, 2010; Mann & Currier, 2010; Molina et al., 2019; Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002).

### **1.5.2.4 Sensació de soledat i manca de suport social**

L'aïllament, ja sigui objectiu (estar sol) com subjectiu (sentir-se sol) s'associen a un major risc de conducta suïcida, sobretot ideació. L'aïllament passa quan una persona es sent desconnectada del seu cercle social i pot donar-se especialment en la gent gran. La conducta suïcida s'associa a una absència de connexió i suport social (Calati et al., 2019; Stickley & Koyanagi, 2016).

### **1.5.2.5 Relacions conflictives o pèrdua de relacions**

Les situacions de conflicte o pèrdua de la parella com poden ser per exemple una separació o la mort de la parella poden comportar una situació de dol i estrès que s'associa amb un

augment del risc de suïcidi. Les relacions conflictives també poden ser un factor de risc com les situacions de violència de gènere, amb un augment de la probabilitat que la dona maltractada pateixi trastorns mentals i conducta suïcida, així com l'associació entre agressor i suïcidi en els casos de femicidi-suïcidi (Calati et al., 2019; Golding, 1999; Kyung-Sook, SangSoo, Sangjin, & Young-Jeon, 2018; Zeppegno et al., 2019).

### **1.5.2.6 Pèrdua econòmica o de feina**

Perdre la feina, un desnonament i la incertesa econòmica comporten un augment del risc de suïcidi a través de la comorbiditat amb altres factors de risc com són la depressió, l'ansietat, la desesperança i l'ús nociu d'alcohol. La pèrdua de feina i la jubilació s'han associat a més risc de suïcidi (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009; Yoshimasu et al., 2008).

## **1.5.3 Factors estructurals i sistèmics**

### **1.5.3.1 Barreres per accedir al sistema sanitari**

El risc de suïcidi augmenta amb la comorbiditat, per tant un accés oportú i eficaç al sistema de salut en general, i al de salut mental en particular, és essencial (Leavey et al., 2016; Walby, Myhre, & Kildahl, 2018).

### **1.5.3.2 Facilitat d'accés als mitjans per suïcidar-se**

Un fàcil accés als mitjans per suïcidar-se n'augmenta el risc ja que facilita el pas del pensament a l'acte. La disponibilitat i la preferència per alguns mitjans específics de suïcidi també depenen de contextos geogràfics i culturals (Ajdacic-Gross, 2008; Witt et al., 2018).

### **1.5.3.3 Informació inadequada als mitjans de comunicació**

La informació inadequada sobre el suïcidi als mitjans de comunicació, com seria la cobertura magnificada del suïcidi de personatges famosos, informar sobre mètodes no habituals de suïcidi o normalitzar el suïcidi com a resposta a determinades situacions, pot incrementar el risc de suïcidi en persones vulnerables, provocant el que s'anomena "efecte *Werther*". Aquest efecte, que agafa el nom de la novel·la de Johann Wolfgang von Goethe "Els sofriments del



jove Werther”, també s’ha atribuït a algunes produccions audiovisuals com poden ser pel·lícules i sèries de ficció. També hi ha preocupació sobre el paper que internet i les xarxes socials poden tenir en les comunicacions suïcides i l’accessibilitat a informacions sobre mètodes per suïcidar-se (Domaradzki, 2021; Marchant et al., 2017; Niederkrotenthaler et al., 2021; Sisask & Värnik, 2012).

#### **1.5.3.4 Exposició al suïcidi**

Certes informacions sobre casos de suïcidi o la comunicació d’alguns detalls sobre aquests poden propiciar desencadenar una conducta suïcida en persones vulnerables. Això es coneix com efecte *Copycat*, fenomen social que es produeix quan un o molts imitadors imiten la forma d’actuar d’un model, i pot propiciar l’aparició d’un *Cluster* (cúmul), que és un nombre inusualment elevat d’episodis de conducta suïcida que es produeixen en un curt període de temps i/o espai i que sobresurten de l’esperat (Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2013; Niedzwiedz, Haw, Hawton, & Platt, 2014; Too, Pirkis, Milner, & Spittal, 2016).

#### **1.5.3.5 Estigma associat a la cerca d’ajuda**

L’estigma que hi ha associat als trastorns mentals i a la conducta suïcida pot ser una barrera substancial a l’hora de demanar ajuda. També pot fer que l’entorn de la persona vulnerable no sigui capaç de detectar aquesta situació (Carpiniello & Pinna, 2017; Han, Batterham, Calear, & Randall, 2018).

### **1.5.4 Circumstàncies precipitants i senyals d’alerta**

Són aquelles situacions que poden precipitar que es porti a terme una conducta suïcida. Hi ha diversos episodis a la vida, com són els esdeveniments vitals estressants, factors psicològics individuals o el fàcil accés a un mètode de suïcidi en un moment determinat, que poden servir com a facilitadors del suïcidi (Hawton & van Heeringen, 2009; Nock et al., 2008).

Els tipus d’estressors i circumstàncies vitals precipitants poden ser molt diferents en relació al gènere i a l’edat. Per homes són més freqüents les malalties somàtiques, els conflictes interpersonals, els problemes econòmics i la separació. En dones, els trastorns mentals, els conflictes interpersonals i la pèrdua d’èssers estimats. No hi ha diferències de gènere en els problemes familiars i les dificultats laborals. Respecte a les edats, en joves hi ha els conflictes

interpersonals, les pèrdues, les dificultats econòmiques, la separació i els conflictes legals. A la tercera edat trobem els problemes mèdics, les situacions d'aïllament i soledat, la jubilació i la successió d'esdeveniments lligats a la vellesa. Hi ha una sèrie de senyals d'alerta que poden donar pistes que una conducta suïcida es pot desencadenar, es mostren a la Figura 15. (American Foundation for Suicide Prevention, s.d.; Departamento de Salud & Osakidetza, 2019; Navío Acosta & Villoria Borrego, 2015).



Figura 15: Senyals d'alerta. Font: traduït de l'American Foundation for Suicide Prevention (AFSP, s.d.)

## 1.6 Estratègies de prevenció del suïcidi

Com a estratègia de reducció del suïcidi a nivell global, l'OMS recomana que els països prenguin mesures per prevenir el suïcidi, idealment mitjançant estratègies nacionals de prevenció del suïcidi. En aquest sentit ha publicat la guia LIVE LIFE per tal que els països puguin avançar en l'elaboració d'una estratègia nacional integral de prevenció del suïcidi, atès que la guia serveix per a tots els països, tinguin o no aquesta estratègia a l'actualitat (WHO, 2021b).

La guia identifica 6 pilars bàsics per a la prevenció del suïcidi i 4 intervencions clau, i recomana als països implantar-los tots ells. A la guia s'expliquen els pilars bàsics i les intervencions clau responent al "Què", "Per què", "On", "Qui" i "Com" i facilitant informació, exemples i consells per a la implementació. A la Taula 4 es resumeixen aquests pilars i intervencions (WHO, 2021b).

Taula 4: Pilars bàsics i intervencions clau de la guia LIVE LIFE de l'OMS (2021b)

PILARS BÀSICS	
<b>Anàlisi de la situació</b>	Es pot fer a nivell nacional, regional o local, i cal ser realitzat a l'inici de les activitats preventives. S'han de recopilar dades (taxes de suïcidi i intents, mètodes utilitzats, factors precipitants...) per analitzar la situació i decidir i planificar intervencions.
<b>Col·laboració multisectorial</b>	Un enfoc multisectorial es basa en una visió de col·laboració i en un mètode acordat de compromís. És necessari ja que els factors de risc de suïcidi es relacionen amb molts àmbits i sectors diferents.
<b>Sensibilització i promoció</b>	És necessari per a la conscienciació que el suïcidi és un problema greu de salut pública així com propiciar canvis. Poden ser campanyes a diferents nivells i han de tenir un enfoc clar i una crida a l'acció.
<b>Capacitació</b>	Pot portar-se a terme incloent la prevenció del suïcidi en la formació prèvia i continuada dels treballadors sanitaris, però també a professors i altres professionals que estan en contacte amb les comunitats. És important que la formació s'adapti al context sociocultural.
<b>Finançament</b>	Normalment sol ser escàs degut a la manca de prioritat del suïcidi i de reconeixement que els suïcidis es poden prevenir. Cal anar al desenvolupament i aplicació de polítiques, estratègies i plans i no només en el desenvolupament de serveis.
<b>Vigilància, seguiment i avaluació</b>	Cal donar preferència a l'obtenció de dades d'alta qualitat de llocs representatius més que dades de baixa qualitat de tot el territori. El seguiment i avaluació han de tenir en compte si una intervenció ha estat efectiva. Cal definir resultats i identificar els indicadors, essent l'objectiu principal la reducció de les taxes de suïcidi i d'autolesions.

INTERVENCIIONS CLAU	
<b>Limitar l'accés als mitjans de suïcidi</b>	Limitar l'accessibilitat als mitjans més letals proporciona temps a les persones que passen per moments complicats a superar la crisi aguda abans d'emprendre una acció mortal. És una intervenció universal basada en l'evidència i depenent de la zona geogràfica les accions aniran dirigides a diferents mètodes.
<b>Interactuar amb els mitjans de comunicació per a que informin de forma responsable sobre el suïcidi</b>	Es tracta de treballar amb els mitjans de comunicació i xarxes socials per tal que la informació sobre el suïcidi eviti aspectes que podrien ser de risc (per exemple, l'explicitació de mètodes). Es proposa monitorar la informació sobre el suïcidi i oferir testimonis de recuperació així com treballar amb les xarxes socials per augmentar la sensibilització i millorar els protocols d'identificació de continguts perjudicials.
<b>Fomentar les habilitats socio-emocionals en adolescents</b>	L'adolescència és un període de risc per a l'aparició de trastorns mentals. A la guia HAT ( <i>Helping adolescents thrive</i> - Ajudar a prosperar als adolescents) de l'OMS es recomana utilitzar un enfocament positiu de la salut mental i no centrarse explícitament en el suïcidi. Altres recomanacions són garantir entorns escolars segurs (com programes anti- <i>bullying</i> ), els vincles amb els serveis de suport, una política i protocols clars per quan s'identifica risc de suïcidi, formació del personal educatiu i sensibilització als pares sobre la salut mental i els factors de risc.
<b>Identificar, avaluar, gestionar i fer un seguiment precoç de qualsevol persona afectada per conductes suïcides</b>	Garantir que les persones amb risc de suïcidi o que han intentat suïcidar-se rebin el suport i atenció que necessiten. Aplica al personal sanitari i a altres que poden identificar a les persones en risc. Els sistemes sanitaris han d'incorporar la prevenció del suïcidi com un component bàsic per intervenir de forma precoç quan es detecta risc de suïcidi. També cal proporcionar suport a les persones que han intentat suïcidar-se i als supervivents.

Aquestes són les 4 intervencions clau que identifica l'OMS per implantar de forma global, però hi ha més estratègies que han estat avaluades amb diferents nivells d'efectivitat.

Les estratègies preventives a diferents nivells inclouen l'educació i sensibilització; el cribratge de persones en risc; el tractament; l'atenció de seguiment pels intents de suïcidi; i la restricció d'accés als mitjans (Mann, Michel, & Auerbach, 2021).

## 1.6.1 Sensibilització i educació

### 1.6.1.1 Formar als professionals d'atenció primària

El 45% de les persones són visitades a atenció primària durant el mes previ a la mort per suïcidi, i un 77% durant l'any previ. Per tant, la formació a aquests professionals és important en la prevenció del suïcidi. La formació per millorar la detecció i tractament de la depressió dirigida a infermeres i metges d'Atenció Primària de Salut (APS) ha mostrat una reducció de les taxes de suïcidi i d'intents de suïcidi. La repetició d'aquestes sessions mostra una reducció progressiva de les taxes de suïcidi al llarg dels anys. Per contra, s'ha vist que una disminució

en la detecció de la depressió s'associa a taxes més elevades d'intents de suïcidi (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.1.2 Educar als joves**

L'educació en salut mental ha mostrat disminució en la conducta suïcida. En la prevenció dels intents de suïcidi es mostren més efectius els programes dirigits als estudiants d'institut que els dirigits a mestres i pares (Mann et al., 2021).

### **1.6.1.3 Entrenar als *gatekeepers***

Els *gatekeepers* són aquells agents que estan a la comunitat en contacte amb aquells que poden estar en risc de suïcidi. Una intervenció en joves, on el 73% dels *gatekeepers* eren estudiants, va mostrar una reducció en les taxes de suïcidi en joves. No hi ha estudis controlats sobre entrenament de *gatekeepers* en adults. Estudis ecològics associen les campanyes de sensibilització amb increment a les línies d'ajuda, però sense reducció de suïcidi (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

## **1.6.2 Cribratge de persones en risc**

El cribratge de risc de suïcidi per a identificar als individus en risc no detectats s'ha mostrat efectiu en la prevenció de la conducta suïcida quan s'acompanya d'una derivació efectiva per a la avaluació i tractament. Els instruments que poden millorar aquest cribratge són eines com les "4P" (intent de suïcidi Previ, Planificació de suïcidi, Probabilitat de suïcidi i factors de Prevenció) i la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

## **1.6.3 Tractament**

### **1.6.3.1 Farmacoteràpia**

Els trastorns psiquiàtrics són un factor de risc important pel suïcidi, per tant el tractament farmacològic contribueix a la prevenció (Zalsman et al., 2016).

**Antidepressius:** l'inici de farmacoteràpia amb antidepressius no està associat amb un risc de suïcidi incrementat, i la continuïtat de la farmacoteràpia en depressió està associat a una reducció del risc de suïcidi. La ràtio risc-benefici per la farmacoteràpia en depressió afavoreix el seu ús. Els ISRS redueixen la conducta suïcida també en adults joves (prèviament aquesta reducció només s'atribuïa als grups de més edat). Els ISRS semblen més eficaços que els noradrenègics per a la ideació suïcida i, al contrari del que es creia prèviament, no augmenten el risc d'ideació o conducta suïcida emergent al tractament, fins i tot en joves. La fluoxetina i la venlafaxina disminueixen la conducta suïcida. També s'ha reportat beneficis de la paroxetina per sobre del bupropion però només en individus amb ideació suïcida severa. Els majors de 75 anys amb depressió tractats amb antidepressius podrien tenir el risc d'intent de suïcidi reduït. Estudis ecològics no mostren que un augment de venda d'antidepressius s'associï amb un increment de taxes de suïcidi. Una avaluació de la relació entre canvis en la prescripció de AD i canvis en la prevalença de suïcidi va trobar una clara relació inversa en 29 països europeus (Lengvenyte et al., 2021; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

**Ketamina i esketamina:** s'ha observat que redueix la ideació durant 1-4 hores en persones amb depressió major o trastorn bipolar. Quan s'utilitza associada amb altres medicaments el benefici per a la ideació suïcida persisteix durant setmanes, però no s'ha avaluat l'efecte sobre la conducta suïcida. La via intranasal podria ser menys eficaç que la intravenosa (D'Anci, Uhl, Giradi, & Martin, 2019; Lengvenyte et al., 2021; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

**Buprenorfina:** s'han vist beneficis amb dosis baixes de buprenorfina a les 2 i 4 setmanes, però no abans. Aquest fàrmac s'associa amb una reducció del dolor psicològic, que es relaciona amb la CS (Lengvenyte et al., 2021).

**Liti:** la majoria d'estudis mostren beneficis del liti en la CS en comparació amb altres fàrmacs amb un risc de suïcidi fins a 5 vegades menor. En estudis ecològics s'ha relacionat nivells de liti en aigua potable amb taxes de suïcidi més baixes. Les taxes de suïcidi són significativament més baixes amb liti que amb placebo (D'Anci et al., 2019; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

**Clozapina:** és l'únic fàrmac indicat als Estats Units per reduir el risc en psicosis. L'olanzapina i la risperidona també van mostrar efecte anti-suïcida en esquizofrènia en una meta-anàlisi (Zalsman et al., 2016).

### 1.6.3.2 Psicoteràpia

Els estudis sobre psicoteràpies en la prevenció del suïcidi s'han centrat sobretot en estats mentals associats al suïcidi, com els símptomes depressius i d'ansietat. S'ha vist que les intervencions que han abordat directament els pensaments i conductes suïcides i proporcionaven estratègies d'afrontament tenien millors resultats que el tractament de l'ansietat i la depressió (Meerwijk et al., 2016).

**Teràpia Cognitiva-Conductual (TCC):** redueix el risc d'intent i d'ideació de suïcidi. Malgrat mostrar una reducció en els suïcidis, aquesta no adquireix significació. Disminueix el risc de conducta suïcida en adults i adolescents amb depressió i en adults amb TLP. En comparació amb el tractament habitual (*Treatment As Usual* -TAU-), redueix a la meitat les taxes de reintent en persones ateses a urgències per un intent de suïcidi. També redueix la gravetat de la depressió i la desesperança. Afegir TCC a la fluoxetina podria reduir la ideació i conducta suïcida (D'Anci et al., 2019; Mann et al., 2021; Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017; Soomro & Kakhi, 2015; Zalsman et al., 2016).

**Teràpia Dialèctic-Conductual (TDC):** és una teràpia cognitiva multimodal dirigida sobretot al tractament de persones amb TLP. La TDC pel TLP en adolescents, universitaris i adults protegeix dels intents de suïcidi i de l'hospitalització per ideació suïcida. La dosi de tractament influeix, s'ha vist que la majoria dels estudis eficaços van aplicar una intervenció de TDC de 20 setmanes. No s'ha demostrat l'efectivitat en reduir la repetició d'intents a persones sense TLP (Mann et al., 2021; Soomro & Kakhi, 2015; Zalsman et al., 2016).

**Teràpia de Resolució de Problemes:** s'ha mostrat efectiva en la reducció de la depressió i desesperança però no s'ha demostrat l'efectivitat en reduir la repetició d'intents en persones amb un sol intent de suïcidi (Soomro & Kakhi, 2015; Zalsman et al., 2016).

**Teràpia interpersonal psicodinàmica:** no hi ha evidència per recomanar-la com a una intervenció efectiva en els casos d'intents de suïcidi. S'ha vist, però, que teràpies psicodinàmiques per a persones amb TLP prevenen la conducta suïcida i autolesiva. (Mann et al., 2021; Soomro & Kakhi, 2015).

**Teràpia grupal:** redueix la ideació i en menys mesura el suïcidi, però no s'han reportat reduccions en els intents en població adulta. La “finestra a l'esperança” que consisteix en 10 sessions grupals de 2 hores setmanals, va millorar la desesperança però no les idees de suïcidi. La teràpia grupal amb elements de TCC, TDC i resolució de problemes pot ser efectiva en la reducció d'autolesions no suïcides en adolescents (D'Anci et al., 2019; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.3.3 Estimulació cerebral**

S'ha vist una reducció de la ideació amb l'estimulació magnètica transcranial repetitiva però no s'han pogut avaluar els efectes en intents de suïcidi perquè les mostres són massa petites. En quant a la teràpia electroconvulsiva, mostra una ràpida reducció del risc de suïcidi en sèries de casos, però no s'han fet assajos controlats. L'estimulació cerebral profunda tampoc ha demostrat prevenir els intents de suïcidi (Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.3.4 Atenció col·laborativa**

Consisteix en integrar l'experiència psiquiàtrica en un altre entorn (atenció primària, unitats de l'exèrcit, escoles...) per millorar l'atenció a la salut mental. S'ha vist que és beneficiós per la ideació suïcida però no evita la conducta suïcida, amb l'excepció d'un programa en què treballadors sanitaris no especialitzats, en entorns d'atenció primària i detecció de depressió i on els psiquiatres supervisaven el tractament antidepressiu, van disminuir les taxes de suïcidi. L'atenció col·laborativa amb l'atenció primària de salut ha mostrat ser factible, acceptable i efectiva (en termes d'ideació) comparat amb les cures estàndard. Resultats positius també en programes similars amb gent gran deprimida i suïcida com a població diana. (Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.3.5 Intervencions basades a l'escola**

Mostren que millora el coneixement i les actituds envers el suïcidi però no afecta la conducta suïcida. De totes maneres, alguns estudis sí que mostren efectes en intents de suïcidi i ideació (Zalsman et al., 2016).

### **1.6.3.6 Intervencions basades a internet**

Aquestes intervencions no han mostrat prevenir les CS però són altament escalables i prometedores. S'ha comprovat que les intervencions en línia augmenten els coneixements relacionats amb la prevenció del suïcidi, però no totes redueixen l'estigma. Una aplicació mòbil va demostrar reduir les autolesions però no la ideació suïcida (Christensen, Batterham, & O'Dea, 2014; Mann et al., 2021).



### **1.6.4 Atenció i seguiment als intents de suïcidi**

El període de més risc de conducta suïcida després d'un intent de suïcidi és just després de l'alta de l'hospital (ja sigui d'urgències o d'hospitalització). El 80% de les morts per suïcidi es produeixen durant el primer any. Per tant, les intervencions de contacte i seguiment proactiu seran importants (Mann et al., 2021). En un apartat posterior s'aprofundeix en aquest aspecte.

### **1.6.5 Restricció d'accés als mitjans de suïcidi**

S'ha comprovat que restringir l'accés als mitjans de suïcidi més letals i disponibles, com les armes de foc, redueix les taxes de suïcidi. Els programes de restricció de l'accés a les armes i d'educació sobre seguretat de les armes van reduir els suïcidis amb aquest mètode amb una modesta substitució de mètodes. La restricció d'accés als pesticides ha contribuït a la disminució mundial de suïcidis amb aquest mètode sense observar-se un augment amb altres mètodes. Canvis en l'embalatge dels analgèsics a paquets més petits i la retirada d'aquells especialment tòxics s'ha vist que ajuden en la reducció del suïcidi. En poblacions institucionalitzades o recluses l'eliminació de punts de lligadura evita suïcidis per penjament. També la restricció en la prescripció i venda de barbitúrics així com la reducció de la concentració dels comprimits de cafeïna. Altres mesures de restricció inclouen la millora en els automòbils per reduir el contingut de monòxid de carboni, el canvi de gas carbó a gas natural (que té menys contingut de CO) i les barreres a *hotspots* (zones amb alta incidència de suïcidis) com poden ser ponts o estacions de tren (Fazel & Runeson, 2020; Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.6 Altres**

#### **1.6.6.1 Accés al servei de salut mental**

S'ha vist que on els serveis de salut mental són disponibles, especialment amb una combinació de recursos, la conducta suïcida es redueix clarament. A Hong Kong la introducció de serveis d'intervenció precoç en la psicosis va reduir els suïcidis. D'altra banda, no hi ha

associació significativa entre densitat de metges i taxes de suïcidi (Fazel & Runeson, 2020; Zalsman et al., 2016).

### **1.6.6.2 Ingrés hospitalari**

No ha mostrat reduir la recurrència d'intents comparat amb atenció habitual. Les persones amb intent de suïcidi són un grup heterogeni; per tant, la necessitat d'ingrés s'hauria de decidir després d'avaluar riscos, la presència d'altres condicions i altres qüestions rellevants. És a dir, cal considerar que els pacients que requereixen hospitalització solen ser els casos amb ideació més greu i amb més possibilitat de mort per suïcidi si no ingressessin. L'ingrés a l'hospitalització parcial tampoc ha mostrat una reducció de les morts per suïcidi. En cohorts amb més proporció de persones ingressades s'han trobat menys suïcidis que en cohorts amb menys ingressos (R. Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Riblet et al., 2017; Soomro & Kakhi, 2015).

### **1.6.6.3 Mitjans de comunicació**

Hi ha associació entre la representació mediàtica del suïcidi i la conducta suïcida. Els efectes semblen ser bidireccionals: perjudicial en poblacions vulnerables però protectors en la població general quan s'emfatitza l'afrontament positiu (Zalsman et al., 2016).

### **1.6.6.4 Intervencions comunitàries i familiars**

No s'ha mostrat que serveis de salut mental comunitaris per persones amb Trastorn Mental Sever (TMS) siguin millors que el tractament habitual en la prevenció del suïcidi. De totes maneres, un estudi mostra una gran acceptació del tractament i proposa la possibilitat de reducció d'ingressos hospitalaris i suïcidis. Al Japó una intervenció comunitària adreçada a majors de 75 anys mostra una reducció de suïcidis, però es basa en un pre-post i no hi ha condició de comparació. Una revisió sistemàtica sobre intervencions familiars en persones amb esquizofrènia no tenia efecte en el suïcidi. En adolescents les intervencions familiars mostren una reducció en la ideació suïcida i els factors de risc. Una intervenció breu familiar a urgències amb adolescents suïcides va mostrar una reducció de les hospitalitzacions a psiquiatria i dels intents de suïcidi en 3 mesos de seguiment (Zalsman et al., 2016).

## 1.7 La relació terapèutica i l'atenció centrada en la persona

### 1.7.1 La relació terapèutica en la conducta suïcida

La relació terapèutica és molt important pels professionals de salut mental i pren especial rellevància en l'atenció a la CS. Hildegard Peplau va definir la relació terapèutica com un procés interpersonal i terapèutic que s'inicia quan el professional, específicament educat a tal fi, inicia una relació amb persones que necessiten serveis sanitaris. Peplau va definir quatre fases per les quals han de passar les relacions entre infermera i persona que atén per tenir èxit: orientació, identificació, aprofitament i resolució. La seva teoria segueix vigent avui en dia en la formació de futurs professionals i s'aplica a diferents àmbits de la professió infermera (Peplau, 1997; Younas & Quennell, 2019).

Les persones amb risc de suïcidi volen explicar i entendre el que els està passant, i les infermeres de salut mental estan ben posicionades per accedir-hi. El vincle terapèutic entre infermeres i persones ateses serà fonamental per una atenció de qualitat ja que pot ajudar a reduir l'aïllament, la pèrdua de control i l'angoixa. Volen ser reconeguts com a individus únics, i necessiten temps i espai per parlar de tots aquells aspectes que els afecten. Hi ha dos temes que emergeixen: l'experiència dels diferents aspectes de l'atenció i la necessitat de comunicar-se i recuperar l'esperança. Les infermeres poden facilitar condicions per una comunicació oberta i genuïna al mateix temps que configuren una imatge precisa i significativa d'aquestes persones. La interconnexió d'aquests elements afavoreix la relació infermera-persona atesa amb potencial preventiu i terapèutic (Berglund et al., 2016; Lees, Procter, & Fassett, 2014; Vandewalle et al., 2019).

El vincle terapèutic ha estat àmpliament estudiat en l'àmbit psicoterapèutic i s'ha establert com un factor per l'èxit del procés. En referència a l'atenció a la CS, és important obtenir el relat de la persona sobre la seva pròpia experiència ja que és essencial per establir i mantenir el vincle que permetrà treballar en una comprensió compartida del risc de suïcidi. En aquest sentit, la persona atesa és experta en la seva pròpia experiència. Un repte pel professional en el manteniment del vincle és la necessitat d'alternar de forma flexible entre una escolta activa i empàtica i l'avaluació continuada del risc de suïcidi (Schechter, Goldblatt, & Maltzberger, 2013).

En l'atenció a les persones amb risc de suïcidi, Joiner proposa aplicar els principis de la teoria de l'autodeterminació (realització de les necessitats de relació, competència i autonomia) per

proporcionar els elements necessaris per a la creació d'un vincle terapèutic. La relació terapèutica també pot funcionar com un vehicle indirecte per reduir el desig suïcida ja que ajuda parcialment en el compliment de les necessitats de pertinença i competència social. El professional pot transmetre a la persona que treballa en la reducció del patiment i la millora de la qualitat de vida expressant preocupació, comunicant-se de forma oberta i honesta i transmetent experiència (Joiner, Orden, Witte, & Rudd, 2009).

Hi ha una associació entre vincle terapèutic i risc de suïcidi d'una manera relativament consistent en diferents grups de persones ateses, tipus de professionals i entorns de tractament. S'ha vist que com més fort és el vincle terapèutic, menor és la ideació de suïcidi i que un vincle terapèutic robust a la primera sessió es relaciona amb menys ideació als 12 i als 24 mesos (Dunster-Page, Haddock, Wainwright, & Berry, 2017).

### 1.7.2 Atenció centrada en la persona

L'atenció centrada en la persona és aquella que és respectuosa i sensible a les preferències, necessitats i valors personals de l'individu i garanteix que els valors de la persona atesa guien totes les decisions clíniques (Institute of Medicine, 2001). L'Institut Picker va investigar sobre aquest tipus d'atenció i va definir 8 dimensions de l'atenció centrada en la persona<sup>7</sup>, que s'especifiquen a la Taula 5 (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, & Delbanco, 2002b).

Recentment hi ha hagut una revisió dels conceptes utilitzats fins ara en els principis, essent els nous conceptes (Picker, 2021):

- Accés ràpid a un assessorament sanitari fiable
- Tractament eficaç per part de professionals de confiança
- Continuitat de l'atenció i transicions fluïdes
- Participació i suport a la família i als cuidadors
- Informació clara, comunicació i suport a l'autocura
- Implicació en les decisions i respecte a les preferències
- Suport emocional, empatia i respecte
- Atenció a les necessitats físiques i ambientals

---

<sup>7</sup> En un principi el concepte utilitzat per l'Institut Picker era "atenció centrada en el pacient", però hi va haver una revisió del terme i actualment es refereixen a "atenció centrada en la persona".

Taula 5: Els 8 principis de Picker de l'Atenció Centrada en la Persona. Font: adaptat de Gerteis et al. (2002a)

<b>Respecte a les preferències, valors i necessitats de la persona</b>	Implicar a les persones ateses en la presa de decisions, reconeixent que són individus amb els seus propis valors i preferències. Tractar-les amb dignitat, respecte i sensibilitat cap als seus valors culturals i la seva autonomia.
<b>Coordinació i integració de l'atenció</b>	Una coordinació adequada (de l'atenció clínica, dels serveis auxiliars i de suport; i de l'atenció de primera línia) pot alleujar el sentiment de vulnerabilitat i impotència davant la malaltia.
<b>Informació, comunicació i educació</b>	Les persones ateses necessiten estar informades sobre l'estat clínic, l'evolució i el pronòstic; sobre els processos d'atenció i han de rebre informació per facilitar l'autonomia, l'autocura i la promoció de la salut.
<b>Confort físic</b>	El nivell de confort físic de les persones ateses té un impacte significatiu en la seva experiència. Tenen importància el maneig del dolor; l'assistència amb les activitats i necessitats de la vida diària; i l'entorn i l'ambient de l'hospital.
<b>Suport emocional i l'alleujament de la por i l'ansietat</b>	La por i l'ansietat associats a la malaltia poden ser tan debilitants com els efectes físics. Cal posar especial atenció a l'ansietat per l'estat físic, el tractament i el pronòstic; per l'impacte de la malaltia en la persona i la família; i per l'impacte econòmic de la malaltia.
<b>Participació de la família i amics</b>	Aquest principi aborda el paper de la família i els amics en l'experiència de la persona atesa. És important implicar a la família i persones properes a la presa de decisió; donar-los suport com a cuidadors; i reconèixer les seves necessitats.
<b>Continuïtat i transicions</b>	Les persones ateses estan preocupades per la seva capacitat per tenir cura d'elles mateixes a l'alta. És important proporcionar informació comprensible i detallada sobre la medicació, les limitacions físiques, les necessitats dietètiques, etc.; coordinar i planificar el tractament i els serveis en curs després de l'alta; i proporcionar informació sobre l'accés al suport clínic, social, físic i econòmic de forma continuada.
<b>Accés a l'atenció</b>	Les persones ateses necessiten saber que poden accedir a l'atenció quan ho necessitin. Pren importància l'accés i transport a la ubicació dels centres sanitaris; la facilitat per concertar visites; la disponibilitat de visites quan es necessiten; l'accessibilitat als especialistes o serveis especialitzats quan es fa una derivació i instruccions clares sobre quan i com obtenir-les.

Un enfocament centrat en la persona és de vital importància per a la prevenció del suïcidi. A part de la complexa interacció de factors que condueixen a una conducta suïcida, hi ha els precipitants que sovint estan dominats per emocions bàsiques de desesperança, vergonya i ràbia unides a una sensació aclaparadora d'indefensió (Patel & Gonsalves, 2019).

Les persones ateses consideren que un seguiment ben planificat, actiu i centrat en la persona és molt important ja que crea esperança que el canvi és possible. La necessitat d'un seguiment actiu es satisfà quan el professional responsable manté un contacte regular amb

la persona atesa, de vegades només per comprovar la situació, però també per mantenir-la informada sobre la planificació dels futurs contactes de salut (Lindgren, Svedin, & Werkö, 2018).

## 1.8 Seguiment posterior a un intent de suïcidi

Com s'ha dit abans, una de les intervencions clau que destaca l'OMS per a la prevenció del suïcidi és "Identificar, avaluar, gestionar i fer un seguiment precoç de qualsevol persona afectada per conductes suïcides", que inclou l'atenció a aquelles persones que s'han intentat suïcidar per l'elevat risc que tenen de repetir l'episodi (WHO, 2021b).

Hi ha cinc punts fonamentals a l'hora d'avaluar i gestionar el risc de suïcidi (Fazel & Runeson, 2020):

- Encara que hi hagi poca simptomatologia psiquiàtrica, una persona que té idees de suïcidi pot estar en risc de suïcidi.
- Cal avaluar el risc de suïcidi tenint en compte els factors predisposants i precipitadors, inclosos els esdeveniments vitals recents.
- El risc de suïcidi s'ha de gestionar mitjançant un seguiment regular i teràpia psicològica breu. En persones amb trastorn mental s'ha de tenir en compte també el tractament farmacològic.
- S'hauria d'implicar persona i família en garantir un entorn segur, amb l'eliminació de mitjans potencials pel suïcidi.
- Si es considera que el risc de suïcidi és alt o incert, cal derivar a la persona immediatament.

### 1.8.1 La repetició de la conducta suïcida

Prèviament s'ha comentat que el fet d'haver presentat un episodi amb anterioritat és el predictor més important de risc de suïcidi. La repetició de l'intent és freqüent, una de cada 6 persones repeteix l'intent al cap d'un any, i una de cada 4 al cap de 5 anys (Owens et al., 2002). A cada repetició de la conducta suïcida augmenta el risc que aquesta sigui letal i

s'estima que la probabilitat de morir per suïcidi s'incrementa un 32% en cada intent. Entre un 16% i un 34% repeteixen l'intent els 1-2 anys posteriors (Mendez-Bustos, de Leon-Martinez, Miret, Baca-García, & Lopez-Castroman, 2013).

La taxa estimada de repetició de la conducta suïcida sense resultat mortal és de 15,01% als 6 mesos, de 16,3-17,03% a l'any, de 16,8-20,82% als 2 anys i de 24,20% als 3 anys. A Europa la taxa a l'any és de 17,1-18,82%, més elevada que a Àsia que és del 10-11,78%. Per sexes, la taxa de reintent en homes a l'any és de 15,57% i en dones de 14,79%. Per edats, els adolescents i joves adults repeteixen en un 14,7% el primer any, les persones de mitjana edat un 17,26% i un 11,79% a la tercera edat. En persones amb intents previs la taxa de repetició a l'any és de 19,6% mentre que en aquells que no tenen intents previs és de 15,2% (Robert Carroll et al., 2014; Liu, Lunde, Jia, & Qin, 2020).

Pel que fa a la repetició de l'intent amb resultat de suïcidi, les taxes estimades són de 0,77% als 6 mesos, 1,34-1,6% a l'any, 1,49-2,1% als 2 anys, 2,46% als 3 anys, 3,9% als 5 anys i 4,2% als 10 anys. La taxa de repetició amb suïcidi és més elevada en homes (1,81-2,7%) que en dones (0,91-1,2%). Per grups d'edat, la taxa més elevada és a la tercera edat, amb un 2,11%, mentre que en mitjana edat i adolescents i adults joves la taxa és de 0,76% i 0,48% respectivament (Robert Carroll et al., 2014; Liu et al., 2020).

Les característiques socio-demogràfiques associades a persones reintentadores (amb dos o més intents de suïcidi) són no estar casat, viure sol, nivells baixos d'educació i nivells alts de desocupació. Clínicament s'associa a diagnòstics afectius (depressió i trastorn bipolar), addiccions, ansietat, trastorns psicòtics i de personalitat, i també puntuacions més elevades en impulsivitat, desesperança i escasses habilitats de resolució de conflictes. Per últim, a nivell ambiental, s'associen amb esdeveniments vitals adversos i experiències traumàtiques a la infància i adolescència (Mendez-Bustos et al., 2013).

Malgrat la dificultat per predir una repetició de l'intent, s'han identificat factors de risc associats a un resultat letal o no letal d'aquesta repetició. Així, tenir una depressió, haver patit abús sexual a la infantesa, tenir un trastorn de personalitat i haver realitzat un sol intent de suïcidi previ s'associen a la repetició d'un intent de suïcidi sense resultat letal, mentre que tenir més d'un intent previ, una ideació de suïcidi activa i edat més avançada s'associen a la mort per suïcidi en un reintent (Beghi, Rosenbaum, Cerri, & Cornaggia, 2013).

Si ens fixem en la repetició d'un episodi d'autolesió sense tenir en compte la intencionalitat d'aquest, els factors que més s'hi associen són els episodis previs, tenir un trastorn mental (trastorn de personalitat i esquizofrènia), la desesperança, història de tractament psiquiàtric, alcohol i drogues, viure sol, la impulsivitat, la comorbiditat, la capacitat de resolució de

problemes, l'abús sexual, el tractament psiquiàtric actual, els esdeveniments vitals estressants, els problemes familiars i l'actitud davant l'episodi (Larkin, Di Blasi, & Arensman, 2014).

## 1.8.2 Intervencions després d'un intent de suïcidi

Atès que les persones que han realitzat un intent de suïcidi constitueixen una població de risc, hi ha diversos programes encaminats a prevenir la repetició de la conducta suïcida i, per tant, prevenir el suïcidi.

Les intervencions de contacte i seguiment actiu després de l'alta d'urgències per un intent de suïcidi redueixen el risc de repetició de l'intent, fent recomanable aplicar aquests tipus d'intervenció per prevenir els reintents (Inagaki, Kawashima, Yonemoto, & Yamada, 2019).

La continuïtat de l'atenció és un element rellevant, l'atenció post-alta ha de ser pragmàtica, tenint en compte l'experiència amb la persona en particular. Ser atès a nivell ambulatori pel mateix terapeuta que el va avaluar a l'hospital no va mostrar efectivitat respecte a ser atès per un terapeuta diferent (Soomro & Kakhi, 2015).

Una acció tan senzilla com enviar cartes a l'alta de forma periòdica interessant-se per l'estat de la persona atesa i recordant adreça i telèfon de contacte, es mostra preventiva en la repetició d'un intent de suïcidi en la meitat dels estudis però sembla menys efectiu en països de renda alta. El fet d'enviar missatges de text durant un any a individus en risc de suïcidi (però no en el context d'alta post-intent) va reduir els intents de suïcidi a la meitat. No ha mostrat reducció en els suïcidis (Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Zalsman et al., 2016).

Facilitar targetes d'emergència a la persona atesa proporciona un contacte on trucar si es troba en un moment complicat per evitar un episodi d'intent de suïcidi. No ha mostrat significació però és una bona pràctica donar a les persones ateses els números de contacte d'emergència en cas que necessitin ajuda en un moment de crisi (Soomro & Kakhi, 2015).

Les intervencions telefòniques han estat suggerides com a alternativa a les intervencions presencials però malgrat hi ha reducció de reintents i morts, aquesta no és significativa. Per contra, s'ha vist que amb els contactes telefònics es millora l'adherència i la vinculació al tractament després de l'alta i s'associa a una reducció dels intents (Noh, Park, & Oh, 2016; Riblet et al., 2017; Soomro & Kakhi, 2015).



Un programa de gestió de casos flexible i continu va reduir el risc de mortalitat per suïcidi. La gestió de casos assertiva va mostrar menys risc de reintent durant el primer mes posterior a l'alta en adults amb diagnòstic psiquiàtric. Una combinació d'intervenció psicològica breu amb gestió del cas augmenta el seguiment psiquiàtric ambulatori i tendeix a reduir la proporció de persones que reintenten la CS. Els programes de gestió de casos per psicosis no han mostrat reducció en els suïcidis (M.-H. Kim et al., 2020; Lengvenyte et al., 2021; Lin et al., 2020; Miller et al., 2017; Riblet et al., 2017).

A nivell d'intervencions breus de contacte, s'ha vist que redueixen el suïcidi i els intents de suïcidi però no la ideació. També s'observa un augment de la vinculació amb el seguiment. En aquestes intervencions s'inclou la intervenció de l'OMS de contacte i intervenció breu (WHO-BIC) que consisteix en una sessió educativa sobre prevenció del suïcidi seguida d'un contacte regular (via presencial o telefònica) durant 18 mesos i altres intervencions que combinen diferents elements com el contacte breu, la coordinació de l'atenció, la planificació de la seguretat i altres teràpies breus (D'Anci et al., 2019; Doupnik et al., 2020; McCabe et al., 2018; Riblet et al., 2017).

Pel que fa al seguiment intensiu ambulatori amb proactivitat, s'ha vist que el contacte i intervenció breu és efectiva en la reducció de mort per suïcidi però no en els reintents. Els detalls específics de les intervencions varien molt entre estudis (Soomro & Kakhi, 2015).

La planificació de resposta a la crisi va mostrar reducció dels intents de suïcidi i consisteix en una escolta activa, avaluació del risc, provisió de recursos de crisi i, en la versió millorada, una discussió dels motius per viure. També una intervenció realitzada a urgències planificant la seguretat i amb contactes de seguiment telefònic posteriors va mostrar reducció de la conducta suïcida respecte al tractament habitual (TAU) (D'Anci et al., 2019; Mann et al., 2021).

Com hem vist, la conducta suïcida és un problema de salut pública important que requereix atenció. Les persones que han realitzat un intent de suïcidi constitueixen una població de risc en la qual és important intervenir-hi de forma precoç. En aquest sentit, el Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida és l'estratègia que utilitza del Consorci Hospitalari de Vic per afavorir la vinculació i el seguiment d'aquelles persones que han realitzat un episodi de CS.

Amb aquest treball es vol analitzar el funcionament d'aquest programa i avaluar els resultats que proporciona en relació a la repetició de la conducta suïcida, la vinculació i utilització del servei de salut mental i la valoració que en fan les pròpies persones ateses.



## II. HIPÒTESI I OBJECTIUS

---

*De què serveix queixar-me si res no pot canviar-me  
i el mal que he dut per dins arreu s'escampa.*

*Faré del món el meu taüt...*

*sellat per sempre.*

*Kitsch – Introspecció (Kitsch 7)*

## 2.1 Hipòtesi

Les persones ateses al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida faran una valoració positiva del programa i les que el completen presentaran millors resultats en referència a repetició de la conducta suïcida i vinculació al servei de salut mental que aquelles que no el completen.

## 2.2 Objectius

### Generals:

- Descriure els episodis de conducta suïcida i les característiques sociodemogràfiques i clíniques de les persones ateses al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida.
- Analitzar el funcionament del Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida i la seva efectivitat en relació a la repetició de la conducta suïcida i la vinculació al servei de salut mental.
- Estudiar les diferències entre les persones que completen el Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida i les que no.
- Aprofundir en l'experiència de les persones ateses sobre l'atenció rebuda després d'un episodi de conducta suïcida.

### Específics:

- Analitzar el compliment de les visites preestablertes al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida durant l'any de durada del programa.
- Identificar l'assistència a visites i hospitalitzacions relacionades amb el servei de Salut Mental durant l'any posterior a la realització de la conducta suïcida.
- Avaluar els aspectes associats a la repetició de la conducta suïcida durant els dos anys posteriors a la realització d'aquesta.
- Examinar si hi ha diferències en els episodis de conducta suïcida realitzats per homes i per dones.
- Explorar si l'atenció rebuda per part de les persones ateses al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida compleix els principis de l'atenció centrada en la persona.

# III. METODOLOGIA

---

*So as you read this, know, my friends  
I'd love to stay with you all  
Please smile when you think of me  
My body's gone, that's all*  
*Megadeth – A Tout Le Monde (Youthanasia)*

Per a la realització d'aquest treball es va dur a terme un estudi mixt, amb metodologia quantitativa i qualitativa, que es va desenvolupar al Consorci Hospitalari de Vic (CHV). El CHV és el proveïdor principal d'assistència sanitària, socio-sanitària i de salut mental a Osona, comarca situada al nord-est de la depressió central catalana que comptava amb 161.701 habitants l'any 2020 (Idescat, 2020).

## **3.1 Estudi quantitatiu**

### **3.1.1 Disseny**

Estudi longitudinal d'una cohort de persones ateses al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida (PGCCS) del CHV.

Es va analitzar la vinculació i seguiment al programa i al servei de salut mental durant l'any posterior a la realització de la conducta suïcida (CS) i la repetició de la conducta suïcida i la supervivència durant els dos anys posteriors a la realització de la CS.

### **3.1.2 Població i àmbit d'estudi**

La població són totes les persones ateses al PGCCS. La cohort estudiada la conformen totes aquelles persones ateses al PGCCS per un episodi d'intent de suïcidi o d'intent interromput/avortat realitzat entre l'1 de gener de 2013 i el 31 de desembre de 2017. Es van excloure de la cohort les persones incloses al PGCCS per un episodi d'ideació de suïcidi.

En cas d'haver estat atès més d'un episodi per persona al PGCCS durant el període d'estudi, es va tenir en compte el primer episodi atès al PGCCS per a l'anàlisi de característiques de la persona atesa i repetició de la CS. A aquest primer episodi d'intent de suïcidi o d'intent interromput/avortat atès al PGCCS durant el període d'estudi se'l va identificar com a "episodi índex", independentment de si la persona havia presentat algun episodi anterior de CS.

Durant el període d'estudi es van atendre al PGCCS un total de 497 persones que van realitzar un total de 523 episodis de CS, un 38,05% (n=199) eren episodis d'ideació de suïcidi, un 6,7% (n=35) episodis d'intent interromput/avortat, i un 55,25% (n=289) eren episodis d'intent de suïcidi.

La cohort la van conformar un 61,57% (n=306) de les persones ateses que van realitzar un 61,95% (n=324) dels episodis atesos. Un 38,43% (n=191) de les persones ateses es van excloure de la cohort perquè havien estat incloses al PGCCS per un episodi d'ideació de suïcidi.

### 3.1.3 Descripció del Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida

El PGCCS és un programa complementari d'atenció ambulatoria que es proporciona a les persones ateses al CHV per un episodi de conducta suïcida, és a dir, no substitueix l'atenció ni cap tractament que es pugui rebre per part del servei de salut mental, sinó que és afegit a l'atenció que reben les persones amb CS. El programa, que es va posar en funcionament l'1 d'octubre de 2012, té un any de durada i combina l'atenció presencial amb la telefònica. Consta de 5 visites preestablertes:

- **Visita 1:** Preferentment presencial. Es realitza durant la primera setmana després de l'alta d'urgències/ hospitalització.
- **Visita 2:** Preferentment telefònica. Es realitza al cap d'un mes de l'alta.
- **Visita 3:** Preferentment telefònica. Es realitza als 3 mesos de la CS.
- **Visita 4:** Preferentment telefònica. Es realitza als 6 mesos de la CS.
- **Visita 5:** Preferentment presencial. Es realitza als 12 mesos de la CS.

Les intervencions d'infermeria de la Nursing International Classification (NIC) (Butcher, Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018) que es porten a terme en el funcionament del programa en sí són les següents:

- **Gestió de casos (7320):** Coordinar l'atenció i defensar persones i poblacions de pacients específiques en diferents entorns per reduir costos, reduir l'ús de recursos, millorar la qualitat de l'atenció sanitària i aconseguir els resultats desitjats.

- **Consulta per telèfon (8180):** Recollir les preocupacions de la persona atesa, escoltar-la i proporcionar-li suport, informació o ensenyament en resposta a les seves preocupacions, per telèfon.
- **Seguiment telefònic (8190):** Proporcionar per telèfon els resultats de les proves o avaluar la resposta de la persona atesa i determinar els possibles problemes com a conseqüència d'un tractament, examen o proves previs.
- **Vigilància (6650):** Recopilació, interpretació i síntesi objectiva i continuada de les dades de l'usuari per a la presa de decisions clíniques.

### **3.1.3.1 Derivació al programa**

#### **3.1.3.1.1 Urgències**

Tota persona atesa per un episodi de conducta suïcida a urgències ha de ser valorada pel psiquiatre de guàrdia abans de ser donada d'alta. Aquest ha de registrar a l'aplicatiu Codi Risc de Suïcidi (CRS) els episodis d'intent de suïcidi.

El psiquiatre de guàrdia, al donar d'alta a la persona atesa del servei d'urgències o de la unitat d'observació, activa el seguiment CRS si s'escau i sol·licita visita amb la infermera PGCCS amb indicació "abans de 7 dies".

#### **3.1.3.1.2 Unitat d'aguts/subaguts de psiquiatria i interconsulta hospitalització**

En donar d'alta una persona que ha estat ingressada per un episodi de CS, el psiquiatre responsable valora el risc de suïcidi abans de l'alta (deixant-ne constància al curs clínic o a l'informe), activa el seguiment CRS si s'escau i sol·licita visita amb la infermera PGCCS amb indicació "abans de 7 dies".

#### **3.1.3.1.3 Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) i Àrea Bàsica de Salut (ABS)**

Qualsevol professional del servei de psiquiatria que durant la visita detecta a una persona que requereix seguiment específic pot sol·licitar visita amb la infermera PGCCS. També es fa extensiu als professionals que visiten a l'ABS.

### **3.1.3.2 Visita 1**

La primera visita al PGCCS és molt important ja que sovint és el primer contacte que pot tenir la persona amb el servei de salut mental. És una visita de valoració i de vinculació, en la que s'avalua el risc de suïcidi, es proporciona suport i es gestiona el seguiment.



Se li explica que el programa té una durada d'un any, en el qual la infermera la trucarà esporàdicament i amb la que podrà mantenir-hi contacte telefònic o presencial quan ho precisi. Se li facilita el número de telèfon de contacte directe i de consulta oberta i també se l'informa que pot sol·licitar visita programada amb la infermera sempre que ho cregui convenient.

- **Telèfon de contacte directe:** es facilita un número de contacte directe amb la infermera PGCCS. S'anima a trucar sempre que sigui necessari però informant que el telèfon no està operatiu les 24 hores, només durant la jornada laboral de la infermera PGCCS (o algun membre de l'equip si s'escau). En cas d'estar apagat el telèfon quan es fa la trucada vol dir que no és horari d'atenció i se li retornarà la trucada quan estigui operatiu. També s'informa que durant la jornada es prioritza l'atenció presencial a la telefònica, que si el telèfon funciona però no se li respon és que s'està atenent a algú de forma presencial i se'l trucarà al llarg de la mateixa jornada.
- **Consulta oberta:** es tracta d'un espai horari setmanal en el qual la persona atesa pot acudir per visitar-se de forma presencial amb la infermera PGCCS sense demanar visita prèviament.

Una vegada realitzada la visita i amb la informació obtinguda, es revisa la programació de visites a altres professionals o la derivació a altres dispositius o recursos. Si s'escau es fan derivacions i/o reprogramacions de visites. També s'informa a la persona atesa del circuit d'atenció a urgències.

En aquesta visita hi ha unes intervencions NIC (Butcher et al., 2018) que es porten a terme:

- **Elaboració de relacions complexes (5000):** Establir una relació terapèutica amb la persona atesa per promoure la comprensió i el canvi de conducta.
- **Prevenió del suïcidi (6340):** Reducció del risc de dany autoinfligit amb intenció d'acabar amb la vida.
- **Assessorament – Counseling (5240):** Ús d'un procés d'ajuda interactiu centrat en les necessitats, problemes o sentiments de la persona atesa i del seu entorn per a millorar o reforçar l'afrontament, la resolució de problemes i les relacions interpersonals.
- **Millorar l'afrontament (5230):** Facilitació dels esforços cognitius i conductuals per manejar els factors estressants percebuts, els canvis o les amenaces que interfereixen en el compliment de les demandes i els rols de la vida.

- **Identificació de riscos (6610):** Anàlisi dels possibles factors de risc, determinació dels riscos per la salut i prioritització de les estratègies de reducció de riscos per un individu o grup.

Segons les característiques i necessitats de la persona atesa es porten a terme altres NICs que es descriuen al punt “seguiment durant l’any (visites 2, 3 i 4)”.

Al curs d’infermeria es deixa constància de la visita, amb informació sobre la persona atesa, la conducta suïcida actual, els intents de suïcidi previs, la vinculació i seguiment al servei de salut mental, el tractament psicofarmacològic i l’evolució.

### 3.1.3.2.1 No assistència a la visita

En cas de no assistir a la visita, s’intenta contactar telefònicament amb la persona per oferir-li nova data de visita. Si no se la localitza, se li torna a programar una visita i se l’avis. Aquest procediment es realitza fins a 3 programacions de visita. Si a la tercera programació no ve a la visita ni respon a la trucada, no es torna a programar visita i s’informa telefònicament a algun membre de l’equip d’Atenció Primària de Salut (APS), de la no-localització de la persona i que se la pot derivar en cas que vagi a visita a APS. Es deixa constància de la gestió al curs d’infermeria.

### 3.1.3.3 Seguiment durant l’any (visites 2, 3 i 4)

Tal i com se li explica a la persona atesa a la primera visita, el programa és flexible i permet que la persona contacti de manera telefònica o presencial sempre que ho precisi.

Al registrar la primera visita es programen la resta de visites protocol·litzades. El programa permet realitzar més contactes (presencials i/o telefònics) si la infermera PGCCS ho creu convenient.

Durant les visites hi ha diferents intervencions d’infermeria NIC (Butcher et al., 2018) que es poden portar a terme:

- **Intervenció en cas de crisi (6160):** Ús d’assessorament a curt termini per ajudar a la persona a afrontar una crisi i reprendre un estat de funcionament comparable o millor que l’estat anterior a la crisi.
- **Disminució de l’ansietat (5820):** Minimitzar l’aprensíó, la por, el pressentiment o la inquietud relacionats amb una font no identificada de perill anticipat.
- **Tècnica de relaxació (5880):** Reducció de l’ansietat en la persona que experimenta una angoixa aguda.

- **Reestructuració cognitiva (4700):** Desafiar a la persona a canviar els patrons de pensament distorsionats i a veure's a sí mateix i al món d'una forma més realista.
- **Control de l'estat d'ànim (5330):** Proporcionar seguretat, estabilització, recuperació i manteniment a la persona que experimenta un estat d'ànim disfuncionalment deprimit o elevat.
- **Potenciació de l'autoconsciència (5390):** Ajudar a la persona a explorar i comprendre els seus pensaments, sentiments, motivacions i conductes.
- **Potenciació de l'autoestima (5400):** Ajudar a la persona a augmentar el judici personal de la seva pròpia vàlua.
- **Donar esperança (5310):** Augmentar la creença en la pròpia capacitat per iniciar i mantenir accions.
- **Facilitar el perdó (5280):** Ajudar que la persona estigui disposada a substituir els sentiments d'ira i ressentiment cap als altres, un mateix o un poder superior, amb beneficència, empatia i humilitat.
- **Tractament pel consum de substàncies nocives (4510):** Atenció a la persona i als membres de la família que mostren una disfunció com a resultat de l'abús o la dependència de substàncies.

#### 3.1.3.3.1 Visites 2, 3 i 4

Són les visites preestablertes que es realitzen al mes, als 3 mesos i als 6 mesos d'haver-se produït la conducta suïcida. Les trucades es realitzen des del número de contacte directe de la infermera i a la persona atesa se l'informa que el contacte telefònic el rebrà des d'aquest número de telèfon mòbil. Si la persona atesa ho prefereix, es concerta una visita presencial.

En aquestes visites es valora l'estat general de la persona atesa i es realitzen preguntes relatives a:

- Idees de suïcidi: presència i freqüència, si hi ha hagut noves conductes suïcides...
- Vinculació i seguiment al servei de salut mental: si s'escau es recorden les hores de visita i es revalora si cal alguna derivació/programació.
- Tractament psicofarmacològic: adherència al tractament i educació sanitària al respecte.
- Factors de risc: avaluació del manteniment o no, persistència de factor precipitant...

Es deixa constància de la visita al curs d'infermeria. Habitualment aquestes visites són telefòniques. En cas de realitzar-la de forma presencial, se'n deixa constància que ha estat així.

### 3.1.3.3.2 No resposta a les trucades

En cas que la persona atesa no respongui a la trucada, no es deixa missatge al contestador. Es torna a programar una trucada en un altre dia/hora. Aquest procediment es fa fins a 3 vegades. En cas que no respongui en cap de les 3 ocasions, es programa la trucada segons el proper contacte que procedia (per exemple, si no respon a la visita 2, es programa per visita 3). Es deixa constància al curs d'infermeria.

### 3.1.3.3.3 Atenció telefònica i presencial a demanda

- **Atenció telefònica:** Tal i com s'explica a la inclusió al PGCCS, les persones ateses poden trucar si ho precisen. La gestió de les trucades es realitza a demanda. En cas que truquin quan el telèfon no està operatiu, es torna la trucada quan es connecta el telèfon. La infermera també pot programar més trucades de seguiment de les preestablertes si ho creu convenient.
- **Atenció presencial:** l'atenció presencial al llarg de l'any pot venir donada per diferents situacions:
  - Visita programada per part de la persona atesa: aquesta pot demanar visita a programació o pot trucar a la infermera sol·licitant la programació d'una visita. La visita es realitza i es deixa constància que ha estat una visita de reforç/seguiment presencial.
  - Visita programada per part de la infermera: durant les visites preestablertes la infermera pot detectar necessitat de realitzar visita presencial i proposar una programació de visita.
  - Visita no programada: la persona atesa pot acudir a Osona Salut Mental en horari de consulta oberta per ser visitat presencialment sense cita prèvia.

### 3.1.3.4 Alta del programa (visita 5)

Aquesta visita es realitza als 12 mesos d'haver-se produït la CS. Preferentment es realitza de manera presencial i és una visita que ja es deixa programada a la inclusió al PGCCS. En algunes ocasions aquesta visita no s'ha programat a l'inici (es prioritza la creació del vincle a la programació de visites) i es realitza via telefònica. A vegades la persona atesa no acudeix a la visita programada però sí que respon quan se'l truca i s'ofereix l'opció de realitzar-la via telefònica.

És una visita en la que es revalora la situació actual de la persona i del risc de suïcidi així com l'evolució i si manté vinculació al servei de salut mental.

Es poden donar diferents circumstàncies:

- La infermera valora que no precisa seguiment: no es programa cap més visita presencial ni telefònica. S'informa a la persona atesa que pot tornar a contactar de forma directa sempre que ho precisi pels propis canals del programa (telèfon directe i/o consulta oberta). Això és disponible tant si està en seguiment al CSM com si no.
- La infermera valora que cal mantenir seguiment: programa visita de seguiment (presencial o telefònica).

Es deixa constància d'aquesta visita al curs d'infermeria. A l'Annex 3 es mostra el diagrama d'actuació del PGCCS.

S'ha explicat el funcionament del programa amb les modificacions que s'han anat incorporant al llarg dels anys. Els principals canvis han estat:

- Inicialment estava dirigit a persones amb intent de suïcidi, però es va ampliar i ara també s'atenen a persones amb episodis d'ideació i intent avortat/interromput si el psiquiatre o professional de referència ho creu oportú.
- Incorporació de la presencialitat: a l'inici del programa els contactes eren únicament telefònics.
- Telèfon de contacte directe i horari de consulta oberta: al principi el contacte no era bidireccional (només era la infermera qui contactava amb la persona atesa).
- Programació proactiva de totes les visites: quan no s'aconseguia contactar amb la persona atesa en una de les visites preestablertes (amb 3 intents de contacte a dies i hores diferents), aquest era donat d'alta del programa. Es va canviar per tal de facilitar el seguiment al llarg de l'any i, quan no s'aconsegueix el contacte, es torna a intentar en la propera visita preestablerta.

### **3.1.4 Recollida de dades i variables**

Per a la recollida de dades es va utilitzar la informació recollida al registre del PGCCS i a la història clínica. Per a fer-ho es va utilitzar un full de recollida que s'adjunta a l'Annex 4.

Es van analitzar diferents variables relacionades amb els episodis de conducta suïcida en sí, amb les característiques sociodemogràfiques i clíniques de les persones ateses, amb la vinculació al PGCCS durant l'any posterior a l'episodi de conducta suïcida, amb la vinculació al servei de salut mental durant l'any posterior a l'episodi de conducta suïcida, i la realització

d'un nou intent de suïcidi i supervivència durant els dos anys posteriors a l'episodi de conducta suïcida. A continuació s'especifiquen les variables estudiades.

### 3.1.4.1 Variables sociodemogràfiques i clíniques

- **Edat:** en anys i al moment de produir-se la CS.
- **Estat civil:** al moment de produir-se la CS. Es distingeix entre soltera, casada (també s'inclou viure en parella), separada (també s'inclou divorciada) i vídua.
- **Nucli de convivència:** al moment de produir-se la CS. Es distingeix entre sola (s'inclou compartir pis i viure en una residència), família d'origen (viure amb pares, germans...) i família pròpia (viure amb la parella, amb fills...).
- **Situació laboral:** al moment de produir-se la CS. Es distingeix entre:
  - *Activa: la persona està activa laboralment o bé l'ocupació és estudiant.*
  - *Incapacitat Laboral Temporal: la persona està activa però en situació de baixa laboral temporal.*
  - *Atur: la persona no té feina i percep la prestació d'atur.*
  - *No treballa: la persona no té feina (fora de les tasques de la llar) i no percep la prestació d'atur.*
  - *Pensionista: la persona percep una prestació definitiva, ja sigui per jubilació o per incapacitat laboral permanent.*
- **Municipi de residència:** es distingeix segons el nombre d'habitants. Es considera rural en municipis de menys de 10.000 habitants i urbà en municipis de més de 10.000 habitants.
- **País d'origen:** es va identificar el país d'origen de la persona.
- **Trastorn mental:** es va comprovar si hi havia diagnòstic de trastorn mental previ a la realització de la CS i es va registrar si hi havia diagnòstic al moment de realitzar la visita 1. Es van comptabilitzar el nombre de diagnòstics i es van classificar en:
  - *Trastorns afectius:* Trastorn Depressiu Major (TDM), Trastorn Depressiu Persistent (abans trastorn distímic), Trastorn Bipolar, Altres trastorns depressius.
  - *Trastorns psicòtics:* Esquizofrènia, Trastorn Esquizoafectiu, Altres trastorns psicòtics (trastorn psicòtic no especificat, trastorn delirant).
  - *Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès:* Trastorn Adaptatiu, Trastorn per Estrès Post-Traumàtic (TEPT).
  - *Trastorns d'ansietat:* Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG), Trastorn d'Ansietat No Especificat, Altres trastorns d'ansietat (Agorafòbia, Trastorn de Pànic).

- *Trastorns de personalitat*: Trastorn Límit de la Personalitat (TLP), Trastorn de Personalitat No Especificat, Altres Trastorns de la Personalitat (Trastorn Antisocial de la Personalitat, Trastorn Esquizoide de la Personalitat, Trastorn Histriònic de la Personalitat, Trastorn Paranoide de la Personalitat, Trastorn Obsessiu de la Personalitat, Trastorn Narcisista de la Personalitat).
- *Trastorns relacionats amb substàncies*: Alcohol, Cocaïna, Cànnabis, Opiacis, Múltiples substàncies.
- *Altres trastorns mentals*: Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), Trastorn de Control d'Impulsos, Discapacitat Intel·lectual, Joc Patològic i Altres (Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat -TDAH-, Amnèsia Dissociativa, Trastorn Obsessiu-Compulsiu -TOC-).

També es va crear la variable *Trastorn Mental Sever (TMS)* conformada pels següents diagnòstics: Trastorns Psicòtics, Trastorn Bipolar, TOC i els següents trastorns de personalitat: TLP, Trastorn Esquizoide de la Personalitat i Trastorn Paranoide de la Personalitat.

- **Condició orgànica**: es va registrar si hi havia algun diagnòstic de malaltia o problema orgànic present en el moment de realitzar la visita 1 així com el nombre. Es van considerar aquelles condicions orgàniques cròniques i/o incapacitants o que poden cursar amb dolor. Es van registrar i classificar:
  - *Problemes respiratoris*: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC), asma.
  - *Fibromiàlgia*
  - *Altres problemes reumatològics*: artritis, artrosi i dolor crònic.
  - *Migranya*
  - *Altres condicions neurològiques*: Accident Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, hemangioblastoma, demència vascular, dèficit sensitiu motor.
  - *Malaltia oncològica*: qualsevol diagnòstic de càncer no donat d'alta.
  - *Alteració cardíaca*: Valvulopatia, insuficiència cardíaca, infart i altres cardiopaties.
  - *Alteració endocrina*: Obesitat mòrbida, nòdul tiroïdal, hipotiroïdisme, goll multinodular.
  - *Condició infecciosa crònica*: Hepatitis C, Virus de la Immunodeficiència Humana.
  - *Alteració sensorial*: Sordesa Neurosensorial Degenerativa, retinopatia, ceguera.
  - *Problemes múscul-esquelètics*: hèrnia discal, fractura vertebral, discopaties, algunes lumbàlgies, lumbociatàlgies...
  - *Altres*: Colon irritable, Insuficiència Renal Crònica (IRC).

- **Seguiment previ per part de salut mental:** es va comprovar si la persona havia estat atesa prèviament per part de professionals de la salut mental. En cas afirmatiu, es va especificar:
  - *Situació actual del seguiment:* seguiment actiu, alta (la persona havia estat atesa i se li va donar l'alta de salut mental) o desvinculat (la persona va deixar d'acudir al seguiment de salut mental).
  - *Lloc del seguiment:* al servei de salut mental del CHV (CSMA, CASD, CSMIJ, psiquiatre ABS), al servei de salut mental d'una altra zona, a nivell privat.
  - *Professionals de la salut mental:* nombre i tipus de professionals que l'atenien (psiquiatre, psicòleg, infermera, treballador social, terapeuta ocupacional).
- **Intents de suïcidi previs:** es va revisar si la persona havia realitzat intents de suïcidi previ. Es van analitzar les assistències prèvies a urgències i es va contrastar amb l'anamnesi realitzada a la persona atesa.
- **Història familiar de suïcidi:** es va comprovar a la història clínica si estava especificat antecedents de suïcidi a la família. En cas afirmatiu, es va registrar el grau de consanguinitat.

### 3.1.4.2 Variables de l'episodi de conducta suïcida

- **Data de l'episodi:** es va registrar la data d'atenció a urgències. També el dia de la setmana, mes, estació i any.
- **Mètode:** es va registrar el mètode utilitzat en la CS. Els mètodes es van agrupar per facilitar-ne l'anàlisi:
  - *Intoxicació amb fàrmacs i altres substàncies:* codis X60, X61, X62, X63, X64, X65
  - *Substàncies càustiques i corrosives:* codis X66, X69
  - *Gasos i vapors:* codi X67
  - *Penjament, estrangulació i sufocació:* codi X70
  - *Instruments tallants o punxants:* codi X78
  - *Precipitació de llocs elevats:* codi X80
  - *Saltar o ajeure's davant d'un objecte en moviment:* codi X81
  - *Xoc de vehicle de motor:* codi X82
  - Altres:
    - Ofegament per immersió i submersió: codi X71
    - Arma de foc i explosius: codis X72, X73, X74, X75
    - Codis X68, X76, X77, X83, X84

També es va especificar segons:



- Mètode violent: Instruments tallants o punxants; precipitació; substàncies càustiques i corrosives; penjament, estrangulació i sufocació; saltar o estirar-se davant d'un objecte en moviment; xoc de vehicle de motor; arma de foc i explosius.
- Mètode no violent: intoxicació amb fàrmacs i altres substàncies; gasos i vapors; ofegament per immersió i submersió.
- **Presència de tòxics en orina**: es va especificar si es va realitzar el test o no. Es van excloure els positius a benzodiazepines (en moltes de les sobreingestes medicamentoses -SIM- s'utilitza aquesta substància). Les substàncies estudiades van ser alcohol, cocaïna, cànnabis, opiàcis i amfetamines. Es va registrar el nombre de substàncies detectades.
- **Codi risc de suïcidi**: es va comprovar si s'havien inclòs a l'aplicatiu aquells episodis candidats a registrar-los (episodi d'intent de suïcidi posterior al 15/10/2015 que és quan es va implementar el CRS a la Catalunya Central i que la persona atesa no hagi mostrat objecció a ser registrat).
- **Hospitalització**: es va registrar si l'episodi de conducta suïcida va requerir ingrés o no. En cas que en requerís, es va analitzar el nombre de dies d'ingrés i el nombre de serveis en que va estar hospitalitzat. Els serveis que es van registrar van ser:
  - *Unitat d'observació*: només es van comptabilitzar els ingressos superiors a 2 dies en aquesta unitat ja que una gran part dels episodis romanen un dia en aquesta unitat.
  - *Psiquiatria*: hospitalització a la unitat d'aguts de psiquiatria.
  - *UCI*: ingrés a la Unitat de Cures Intensives.
  - *Altres especialitats*: hospitalització a altres especialitats com pot ser medicina interna, cirurgia, traumatologia...
  - *Sòcio-sanitari*: l'episodi va requerir d'ingrés a un centre sòcio-sanitari després de l'alta de l'HUV, ja fos a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu o a l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic.
- **Circumstàncies precipitants**: es van identificar el nombre i tipus de circumstàncies que van precipitar l'episodi de conducta suïcida. Es van classificar en:
  - *Familiar*: problemes interpersonals a l'entorn familiar, ja sigui entre germans, amb els pares, amb els fills o altres membres de la família.
  - *Sentimental*: problemes interpersonals i amb la parella sentimental.
  - *Salut*: problemes de salut física o mental. També els casos d'exacerbació de la simptomatologia psiquiàtrica sense estressors externs. S'inclou el dolor.
  - *Econòmic*: problemes i preocupacions financeres i econòmiques.

- *Consum*: problemes derivats del consum de substàncies d'abús, ja sigui a nivell d'intoxicació, de recaiguda...
- *Laboral*: problemes relacionats amb l'entorn laboral.
- *Altres*: problemes legals, ambientals, de veïnatge...
- **Temps de l'últim contacte amb els serveis de salut**: es va identificar el temps transcorregut des de l'última visita realitzada a Atenció Primària de Salut i també al servei de salut mental en cas que estigués en seguiment en el moment de la CS, independentment de quin professional realitzés la visita.

### 3.1.4.3 Variables de vinculació al PGCCS

- **Realització de la visita**: en cadascuna de les 5 visites preestablertes del programa es va identificar la realització o no de la visita.
- **Modalitat de la visita**: en cas d'haver-se realitzat la visita, es va especificar si es va fer via telefònica o presencial.
- **Temporització de la visita**: es va comptabilitzar el temps transcorregut des de la conducta suïcida fins a la realització efectiva de cadascuna de les visites.
- **Compleció del programa**: es va especificar si va completar les 5 visites preestablertes del programa o no i el nombre de visites rebudes en cas de no completar-lo.
- **Visites presencials**: es van comptabilitzar el total de visites presencials que es van realitzar a cada episodi. Es van incloure també les visites extres en el marc del PGCCS.
- **Visites telefòniques**: es van comptabilitzar les trucades que la persona atesa va respondre i també aquelles que va realitzar a demanda. No es van comptabilitzar les trucades realitzades i que la persona atesa no va respondre.
- **Contacte posterior**: es va observar si la persona atesa va contactar amb el PGCCS després de la finalització del programa i si aquest contacte va ser telefònic i/o presencial, així com el nombre de contactes produïts.

### 3.1.4.4 Variables de vinculació i ús del servei de salut mental

En aquest apartat no es van tenir en compte les visites del PGCCS, es van comptabilitzar les visites de tots els professionals excepte les de la infermera del PGCCS (que es van comptabilitzar a l'apartat anterior).

- **Total de visites realitzades:** es van comptabilitzar el total de visites realitzades al servei de salut mental per part de qualsevol professional (excepte la infermera del PGCCS) durant l'any posterior a la CS. Es van calcular utilitzant la data de la CS + 1 any o bé la data de realització de la visita 5 en cas que aquesta fos posterior.
- **Distribució de les visites:** es va registrar en quin moment de l'any es van produir la visita segons la temporització del PGCCS. Es van comptabilitzar les visites entre la CS i la visita 1, entre les visites 1-2, entre les visites 2-3, entre les visites 3-4 i entre les visites 4-5.
- **Percentatge de vinculació:** es va calcular el percentatge d'assistència a les visites segons les visites programades i diferenciat per categoria professional (psiquiatria, psicologia, treball social i infermeria).
- **Alta del servei de SM:** es va identificar si al completar-se la visita 5 del PGCCS (o al completar-se l'any de la realització de la CS) seguia amb seguiment al servei de salut mental o bé ja havia estat donat d'alta. En cas de seguir en tractament, es va analitzar si va assistir a la propera visita programada al servei.
- **Teràpia grupal:** es va registrar si hi va haver assistència a la teràpia grupal d'atenció a la CS durant l'any posterior a la CS. Per conèixer les característiques d'aquesta teràpia, veure Annex 5. En cas de fer-hi tractament, es van comptabilitzar el nombre de sessions a què va assistir així com el percentatge d'assistència a aquestes sessions.
- **Tractament psicofarmacològic:** es va observar si hi havia tractament instaurat en 3 moments: abans de produir-se la CS, a l'alta d'urgències (o de l'ingrés a causa de la CS) i a l'any d'haver-se produït la CS. Es va diferenciar en 4 grups de psicofàrmacs: antidepressius, antipsicòtics, ansiolítics i altres psicofàrmacs (eutimitzants, interditors...).
- **Hospitalització a salut mental:** es va identificar si una vegada donat d'alta de l'episodi de CS atesa, es va requerir d'hospitalització al servei de salut mental durant l'any posterior a la CS. Es van comptabilitzar tots els ingressos i durada d'aquests, i es va diferenciar segons si va ser ingrés a hospitalització completa (unitat d'aguts/subaguts de psiquiatria) o bé hospitalització parcial (hospital de dia d'adults de psiquiatria).

### 3.1.4.5 Variables de repetició de la conducta suïcida i supervivència

Es va identificar la repetició de la conducta suïcida posteriorment a la realització de la CS. A tal efecte es va revisar l'assistència a urgències per aquest motiu a la Història Clínica

Compartida de Catalunya. Les persones que van anar a viure fora de Catalunya es van considerar casos perduts. El temps d'anàlisi de la repetició de la conducta suïcida i la supervivència va variar segons l'any en que es va registrar la CS, però, excepte en els casos perduts, es va realitzar en un mínim de 24 mesos. Quan es van fer anàlisis comparatives, l'estudi de repetició de la CS es va limitar a 24 mesos per tal d'homogeneïtzar la mostra. Es va tenir en compte per a l'anàlisi el primer episodi inclòs al PGCCS durant el període d'estudi (episodi índex).

- **CS posterior:** es va identificar el nombre i tipus de conducta suïcida posterior (intent avortat/interromput, intent de suïcidi o mort per suïcidi), així com la data i el mètode utilitzats.
- **Temps de supervivència a la repetició:** es va calcular el temps transcorregut entre l'episodi índex i la primera CS posterior.
- **Temps de supervivència al suïcidi:** es va calcular el temps transcorregut entre l'episodi índex i la mort per suïcidi.
- **Mortalitat i mort per suïcidi:** es va identificar si la persona seguia viva al moment de la recollida de dades. En cas de defunció, es va identificar si la mort va ser per suïcidi.

### 3.1.5 Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades es va realitzar mitjançant el programa SPSS v.27. Les variables qualitatives es van expressar amb freqüències i percentatges, i les quantitatives amb mitjanes i desviacions estàndard (DE) o medianes i rang interquartílic (RIQ) quan la distribució no era normal.

Per a l'anàlisi bivariant i multivariant es van realitzar les taules de contingència. La prova estadística per la comparació de variables qualitatives va ser la prova de Khi quadrat i, si el recompte esperat era menor de cinc, es va utilitzar la prova exacta de Fisher. Les variables quantitatives es van comparar amb la prova de T de Student quan la distribució era normal o el test no paramètric de U-Mann-Whitney si la distribució de la variable no era normal. Es va realitzar una regressió logística univariant i multivariant per determinar les variables que estaven més relacionades amb la repetició de la CS. Per a tota l'anàlisi estadística es va assumir un nivell de confiança del 95% ( $p \leq 0,05$ ).

## 3.2 Estudi qualitatiu

### 3.2.1 Disseny

Es va plantejar un estudi de disseny qualitatiu descriptiu des d'una perspectiva fenomenològica ja que és útil per explorar un fenomen poc conegut i documentar el fenomen objecte d'estudi. La fenomenologia és un enfocament metodològic que pretén explicar com els individus donen significat a fenòmens socials mitjançant la seva experiència viscuda. Aquesta perspectiva va ser desenvolupada inicialment per Edmund Husserl i es centra en la manera com les persones construeixen i signifiquen els fenòmens que viuen i el món que els envolta, explicant l'entorn i els esdeveniments des de la seva experiència. Aquest tipus d'estudi ens ajuda a conèixer millor les estructures, processos, actituds, creences i comportaments del fenomen que volem investigar (Berenguera Ossó, Fernandez de Sanmamaed Santos, & Pons Vigués, 2014; Palacios-Ceña & Corral Liria, 2010). En aquest cas es volia explorar la percepció que tenien els participants sobre l'atenció obtinguda del sistema sanitari després d'haver estat atesos a urgències per un episodi de conducta suïcida. Es va realitzar una descripció del significat amb una actitud ETIC, és a dir, observant l'experiència des de fora, posant una atenció especial en la descripció de l'experiència tal i com la va experimentar la persona que la va viure (Berenguera Ossó et al., 2014; Palacios-Ceña & Corral Liria, 2010).

### 3.2.2 Participants

Per a la selecció de la mostra es va tenir en compte la conveniència-pertinença de la mostra i es va utilitzar un mostreig teòric per tal de tenir la màxima variabilitat discursiva i assegurar així recollir significats diferents pel fenomen estudiat (Berenguera Ossó et al., 2014). Així, totes les persones participants havien estat ateses al PGCCS i es va procurar que hi hagués representació d'ambdós sexes, de diferents edats, ateses per intent de suïcidi o per intent interromput/avortat, amb intents previs i sense, amb seguiment previ i sense al servei de salut mental, amb requeriment i no d'hospitalització al servei de salut mental, i amb atenció i sense per trastorns addictius. Per no interferir en el procés de recuperació es va procurar que al moment de fer l'entrevista hagués passat com a mínim un any de la realització de la CS i per evitar el distanciament del record de l'atenció rebuda es va intentar que no hagués passat

més de dos anys de la CS. Es va explicar l'estudi i es va sol·licitar la participació de les persones informants que van signar el consentiment disponible a l'Annex 6. Es van incloure un total de 8 participants. La informació referent als participants es va proporcionar de forma agrupada per tal de dificultar-ne la identificació per les característiques que presenten i preservar-ne l'anonimat. Amb els participants seleccionats es va assolir la saturació d'informació.

### 3.2.3 Recollida de dades

Per a la recollida de dades es va utilitzar una tècnica conversacional mitjançant entrevista semi-estructurada. Aquest tipus de tècnica és la més utilitzada en recerca qualitativa en salut i és útil ja que els temes estan planificats abans de començar, però permet afegir noves preguntes a mesura que avança l'entrevista i/o la recerca (Berenguera Ossó et al., 2014). Mitjançant l'entrevista es volia conèixer l'experiència sobre l'assistència sanitària rebuda després d'una conducta suïcida. A tal efecte es van llistar els tèmics de recerca que es detallen a la Taula 6 i es van elaborar les preguntes finals entre dos investigadors. El guió utilitzat a les entrevistes es mostra a l'Annex 7.

Taula 6: Tèmics de recerca

Tèmics de recerca
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Record del dia de l'intent de suïcida.</li> <li>• Percepció posterior de possible prevenció.</li> <li>• Atenció a urgències. Aspectes d'ajuda i de millora.</li> <li>• Seguiment al PGCCS. Utilitat del contacte telefònic, contactes presencials i consulta oberta.</li> <li>• Accés al servei de salut mental i atenció rebuda.</li> <li>• Atenció rebuda per part d'APS i altres professionals de salut i serveis. Accessibilitat i coordinació.</li> <li>• Aspectes familiars: suport rebut i implicació.</li> <li>• Altres aspectes importants per millorar l'atenció i la prevenció.</li> </ul>

Les entrevistes es van portar a terme en un despatx de l'edifici Osona Salut Mental entre maig i desembre de 2018; es va procurar que fos un despatx diferent del que s'havien realitzat les visites de seguiment. Totes les entrevistes les va realitzar la doctoranda excepte la primera

entrevista que la va realitzar conjuntament amb un altre investigador com a observador expert. Les entrevistes es van enregistrar en àudio i la durada de les gravacions va ser d'entre 52 i 103 minuts.

### 3.2.4 Anàlisi de dades

Es va utilitzar una anàlisi temàtica per a l'anàlisi de les dades. A tal efecte, es van seguir les sis fases de Braun i Clarke (2006) per a l'anàlisi temàtica. A més de la lectura i relectura de les dades, la transcripció la va realitzar la doctoranda, facilitant així la familiarització amb les dades. La doctoranda va generar uns codis inicials i, tal i com permet l'anàlisi temàtica, les dades es van agrupar en temes de caràcter teòric, utilitzant els vuit principis de l'Atenció Centrada en la Persona de Picker (1987). L'anàlisi del discurs a través de codificació d'unitats d'anàlisi per temes i subtemes es van revisar per part d'una altra investigadora per validació i triangulació de les dades, refinant aspectes específics de cada tema i la història general que explica l'anàlisi. Per a facilitar l'anàlisi es va utilitzar el programari Atlas.ti 9. Els resultats es van presentar agrupats en temes i subtemes i es van referenciar amb *verbatim*s dels participants per tal d'evidenciar les troballes.

## 3.3 Aspectes ètics

L'estudi es va dur a terme seguint els principis de la Declaració de Hèlsinki. El projecte va ser aprovat per la direcció del Servei de psiquiatria i Salut Mental del CHV i per el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i Educació Sanitàries el 27 de juny de 2017 (codi 2017944/PR175). Es va garantir en tot moment la confidencialitat de les dades dels participants. Només la investigadora principal va tenir accés a les dades identificatives dels participants i per a la participació a l'estudi qualitatiu es va demanar la signatura del consentiment informat en el que es va sol·licitar permís per enregistrar en àudio les entrevistes (Annex 6). Els arxius d'àudio es van eliminar una vegada transcrites les entrevistes. L'aprovació per part del comitè d'ètica s'adjunta a l'Annex 8.





# IV. RESULTATS

---

*La Regina ja no riu  
la Regina ja no plora  
La Regina s'ha amagat  
dins del pou sota la volta*

*Cultum Mortis – Sota la Volta del Molí (Ostium)*

Durant el període 2013-2017 a la comarca d'Osona es van registrar 619 episodis de conducta suïcida. D'aquests, 562 van ser episodis d'intent de suïcidi i 57 episodis d'intent interromput/avortat. Tots els detalls de la conducta suïcida a la comarca d'Osona durant el període d'estudi es troben publicats a l'estudi *Sociodemographic and Clinical Characteristics Associated with Suicidal Behaviour and Relationship with a Nurse-Led Suicide Prevention Programme* (Pons-Baños et al., 2020), adjunt a l'Annex 9.

Un 52,34% (n=324) dels episodis es van incloure al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida (PGCCS): un 51,4% (n=289) dels episodis d'intent de suïcidi i un 61,4% (n=35) dels episodis d'intent interromput/avortat.

## 4.1 Resultats quantitatius del Programa de gestió de casos de conducta suïcida

Es van incloure al PGCCS n=306 persones que van dur a terme un total de 324 episodis de conducta suïcida.

Un 94,44% (n=289) de les persones van ser ateses al PGCCS amb un episodi de CS, un 5,23% (n=16) amb 2 episodis (5,2%) i un 0,33% (n=1) amb 3 episodis. Per a l'anàlisi es va seleccionar el primer episodi inclòs al PGCCS.

En un 72,2% (n=234) dels episodis, les persones ateses disposaven d'un número de telèfon de contacte directe. En un 27,8% (n=90) dels episodis no se'ls va poder facilitar aquest número de telèfon perquè el programa encara no en disposava.

### 4.1.1 Característiques socio-demogràfiques i clíniques de les persones ateses al PGCCS

Durant el període d'estudi van ser 306 les persones ateses al programa. Un 71,9% (n=220) eren dones i un 28,1% (n=86) homes. L'edat mitjana va ser de 42,3 anys (DE±14,21), mediana 43 (rang 18-85). La majoria, un 44,1% (n=135), eren persones casades, que vivien amb família pròpia (58,2%; n=178) i que residien en un municipi de més de 10.000 habitants (53,9%; n=165). En un 27,5% (n=84) dels casos la situació laboral era activa i en un 22,9% (n=70) eren pensionistes. El país d'origen d'un 18,6% (n=57) de les persones ateses no era l'estat espanyol, en la majoria d'elles (42,1%; n=24) el país d'origen era el Marroc. A la Taula 7 es detallen les característiques sociodemogràfiques així com les diferències entre homes i dones.

Taula 7: Característiques sociodemogràfiques de les persones ateses segons sexes (n=306)

<b>Persones ateses al PGCCS</b>	Homes n (%) 86 (28,1%)	Dones n (%) 220 (71,9%)	Total n (%) 306 (100%)	$\chi^2 / F$	p
<b>Edat</b>					
Mitjana ±DE	44,44 ±10,57	41,47 ±15,35	42,31 ±14,21	21,22	0,055
Rang	18-82	18-85	18-85		
Mediana (RIQ)	46 (38-49,25)	41 (28,5-51)	43 (32-50,25)	8041,5*	<b>0,041</b>
<b>Estat civil</b>				6,48	<b>0,011<sup>a</sup></b>
Casada	28 (32,6%)	107 (48,6%)	135 (44,1%)		
Soltera	23 (26,7%)	42 (19,1%)	65 (21,2%)		
Separada	35 (40,7%)	56 (25,5%)	91 (29,7%)		
Vídua	0	15 (6,8%)	15 (4,9%)		
<b>Nucli de convivència</b>				31,5	<b>&lt;0,001</b>
Família pròpia	32 (37,2%)	146 (66,4%)	178 (58,2%)		
Família d'origen	22 (25,6%)	49 (22,3%)	71 (23,2%)		
Sola	32 (37,2%)	25 (11,4%)	57 (18,6%)		
<b>Situació laboral</b>				6,06	0,195
Activa	34 (39,5%)	59 (26,8%)	93 (30,4%)		
Incapacitat Laboral Temporal	8 (9,3%)	30 (13,6%)	38 (12,4%)		
Atur	14 (16,3%)	31 (14,1%)	45 (14,7%)		
No treballa	14 (16,3%)	46 (20,9%)	60 (19,6%)		
Pensionista	16 (18,6%)	54 (24,5%)	70 (22,9%)		
<b>Municipi de residència</b>				0,026	0,87 <sup>b</sup>
<1.000 habitants	4 (4,7%)	5 (2,3%)	9 (2,9%)		
1.000-9.999 habitants	35 (40,7%)	97 (44,1%)	132 (43,1%)		
≥10.000 habitants	47 (54,7%)	118 (53,6%)	165 (53,9%)		

<b>Persones ateses al PGCCS</b>	Homes	Dones	Total	$\chi^2 / F$	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
	86 (28,1%)	220 (71,9%)	306 (100%)		
<b>País d'origen</b>				<b>8,68</b>	<b>0,003</b>
Estat espanyol	79 (91,9%)	170 (77,3%)	249 (81,4%)		
Altres països	7 (8,1%)	50 (22,7%)	57 (18,6%)		
Marroc	3 (42,9%)	21 (42%)	24 (42,1%)		
Bolívia	0	4 (8%)	4 (7%)		
Colòmbia	2 (28,6%)	2 (4%)	4 (7%)		
Equador	1 (14,3%)	2 (4%)	3 (5,3%)		
Romania	0	3 (6%)	3 (5,3%)		
Uruguai	0	3 (6%)	3 (5,3%)		
Altres	1 (14,2%)	15 (30%)	16 (28%)		

<sup>a</sup>Calculat entre casades/no casades / <sup>b</sup>Calculat entre més i menys de 10.000 habitants

\*U Mann-Whitney

Pel que fa a les característiques clíniques, en un 80,4% (n=246) hi havia diagnòstic de salut mental previ a la realització de la conducta suïcida, amb un rang 1-5. Un 65,9% (n=162) tenien un diagnòstic, un 28,5% (n=70) tenien identificats 2 diagnòstics, un 4,9% (n=12) en tenien 3, un 0,4% (n=1) en tenia quatre i també un 0,4% (n=1) tenia cinc diagnòstics de salut mental previs a la realització de la conducta suïcida.

Després de ser donada d'alta d'urgències (o de l'ingrés si fos el cas), hi va haver almenys un diagnòstic de trastorn mental en un 95,1% (n=291) de les persones ateses, amb un rang 1-4. En un 59,5% (n=173) es va registrar un diagnòstic, en un 34,4% (n=100) se'n van registrar 2, en un 5,8% (n=17) van ser 3 els diagnòstics registrats i en un 0,3% (n=1) en van ser quatre.

A la Figura 16 es mostren el tipus de diagnòstics presents abans i després de la CS.

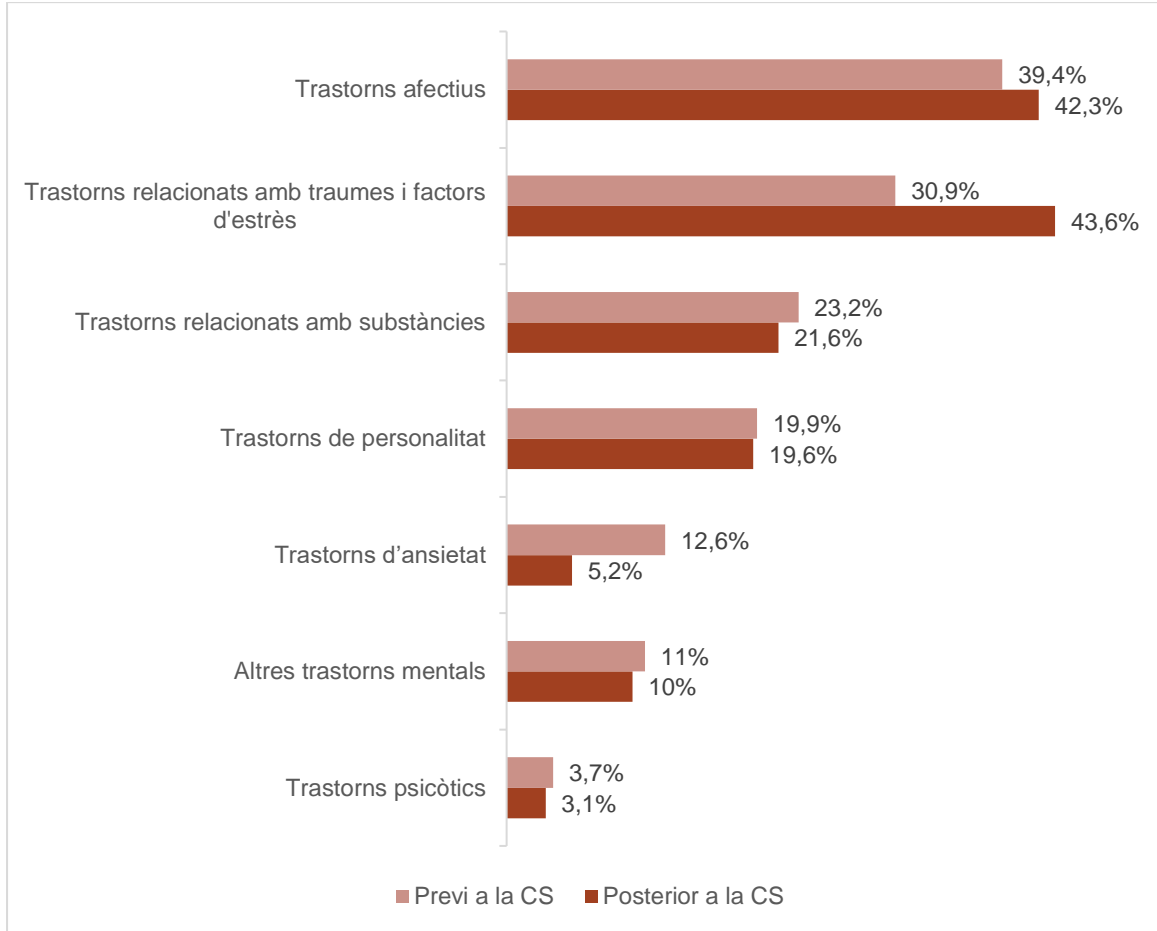


Figura 16: Diagnòstics identificats prèviament i posterior a la realització de la CS

Un 36,3% (n=111) de les persones ateses patia almenys un problema orgànic. D'aquestes, un 67,6% (n=75) tenien un problema orgànic identificat, un 24,3 (n=27) tenien identificats 2 problemes, un 6,3% (n=7) en tenien 3 i un 1,8% (n=2) tenien 4 problemes orgànics identificats. A la Taula 8 s'especifiquen els problemes orgànics identificats així com els trastorns mentals diagnosticats posteriorment a la conducta suïcida i diferenciats per sexe.

Taula 8: Trastorns mentals diagnosticats després de la CS i condició orgànica de les persones ateses al PGCCS per sexes

Persones ateses al PGCCS	Homes	Dones	Total	X <sup>2</sup> /F	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
	86 (28,1%)	220 (71,9%)	306 (100%)		
Trastorn mental diagnosticat posterior a la CS				0,02	1*
No	4 (4,7%)	11 (5%)	15 (4,9%)		
Sí	82 (95,3%)	209 (95%)	291 (95,1%)		

AVALUACIÓ D'UN PROGRAMA DE GESTIÓ DE CASOS DE CONDUCTA SUÏCIDA

Persones ateses al PGCCS	Homes	Dones	Total	$\chi^2 / F$	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
	86 (28,1%)	220 (71,9%)	306 (100%)		
<b>Nombre de diagnòstics</b>					
Mitjana $\pm$ DE	1,6 $\pm$ 0,7	1,42 $\pm$ 0,58	1,47 $\pm$ 0,62	5,57	<b>0,045</b>
Rang	1-4	1-3	1-4		
Mediana (RIQ)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	7470**	<b>0,049</b>
<b>Trastorns afectius</b>					
Trastorn Depressiu Major	19 (23,2%)	56 (26,8%)	75 (28,8%)	0,4	0,525
Trastorn Depressiu Persistent	0	16 (7,7%)	16 (5,5%)	6,64	<b>0,008*</b>
Trastorn Bipolar	4 (4,9%)	5 (2,4%)	9 (3,1%)	1,21	0,275*
Altres trastorns depressius	6 (7,3%)	19 (9,1%)	25 (8,6%)	0,24	0,627
<b>Trastorns psicòtics</b>					
Esquizofrènia	1 (1,2%)	3 (1,4%)	4 (1,4%)	0,02	1*
Trastorn Esquizoafectiu	0	2 (1%)	2 (0,7%)	0,79	1*
Altres trastorns psicòtics	1 (1,2%)	2 (1%)	3 (1%)	0,04	1*
<b>T. relacionats amb traumes i estrès</b>					
Trastorn Adaptatiu	33 (40,2%)	85 (40,7%)	118 (40,5%)	0,01	0,95
TEPT	0	10 (4,8%)	10 (3,4%)	4,06	0,067*
<b>Trastorns d'ansietat</b>					
Trastorn d'Ansietat Generalitzada	2 (2,4%)	6 (2,9%)	8 (2,7%)	0,04	1*
Trastorn d'Ansietat NE	0	4 (1,9%)	4 (1,4%)	1,59	0,58*
Altres trastorns d'ansietat	0	3 (1,4%)	3 (1%)	1,19	0,562*
<b>Trastorns de personalitat</b>					
TLP	4 (4,9%)	26 (12,4%)	30 (10,3%)	3,64	0,056
Trastorn de Personalitat NE	7 (8,5%)	12 (5,7%)	19 (6,5%)	0,75	0,385
Altres T. de la Personalitat	4 (4,9%)	6 (2,9%)	10 (3,4%)	0,71	0,475*
<b>Trastorns relacionats amb substàncies</b>					
Alcohol	26 (31,7%)	18 (8,6%)	44 (15,1%)	24,48	<b>&lt;0,001</b>
Cocaïna	16 (19,5%)	11 (5,3%)	27 (9,3%)	14,21	<b>&lt;0,001</b>
Cànnabis	6 (7,3%)	3 (1,4%)	9 (3,1%)	6,79	<b>0,017*</b>
Opiacis	2 (2,4%)	1 (0,5%)	3 (1%)	2,22	0,193*
Múltiples substàncies	2 (2,4%)	1 (0,5%)	3 (1%)	2,22	0,193*
<b>Altres trastorns mentals</b>					
TCA	0	11 (5,3%)	11 (3,8%)	4,48	<b>0,038*</b>
Trastorn de Control d'Impulsos	2 (2,4%)	1 (0,5%)	3 (1%)	2,22	0,193*
Discapacitat Intel·lectual	2 (2,4%)	4 (1,9%)	6 (2,1%)	0,08	0,676*
Joc Patològic	6 (7,3%)	0	6 (2,1%)	15,61	<b>&lt;0,001*</b>
Altres	3 (3,7%)	1 (0,5%)	4 (1,4%)	4,39	0,069*
<b>Condicció orgànica</b>					
No	60 (69,8%)	135 (61,4%)	195 (63,7%)		
Sí	26 (30,2%)	85 (38,6%)	111 (36,3%)	1,89	0,169

Persones ateses al PGCCS	Homes	Dones	Total	$\chi^2 / F$	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
	86 (28,1%)	220 (71,9%)	306 (100%)		
<b>Nombre de diagnòstics</b>					
Mitjana $\pm$ DE	1,46 $\pm$ 0,7	1,41 $\pm$ 0,69	1,42 $\pm$ 0,69	0,22	0,754
Rang	1-3	1-4	1-4		
Mediana (RIQ)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	1063**	0,722
<b>Problemes respiratoris</b>					
Fibromiàlgia	0	21 (24,7%)	21 (18,9%)	7,92	<b>0,003*</b>
Altres problemes reumatològics	2 (7,7%)	14 (16,5%)	16 (14,4%)	1,24	0,351*
Migranya	1 (3,8%)	9 (10,6%)	10 (9%)	1,10	0,448*
Altres condicions neurològiques	7 (26,9%)	6 (7,1%)	13 (11,7%)	7,59	<b>0,012*</b>
Malaltia oncològica	4 (15,4%)	5 (5,9%)	9 (8,1%)	2,41	0,21*
Alteració cardíaca	5 (19,2%)	4 (4,7%)	9 (8,1%)	5,63	<b>0,031*</b>
Alteració endocrina	0	19 (22,4%)	19 (17,1%)	7,01	<b>0,006*</b>
Condicció infecciosa crònica	5 (19,2%)	2 (2,4%)	7 (6,3%)	9,59	<b>0,008*</b>
Alteració sensorial	2 (7,7%)	2 (2,4%)	4 (3,6%)	1,63	0,233*
Problemes múscul-esquelètics	8 (30,8%)	21 (24,7%)	29 (26,1%)	0,38	0,538
Altres condicions orgàniques	1 (3,8%)	6 (7,1%)	7 (6,3%)	0,35	1*

\*Prova exacta de Fisher / \*\*U Mann-Whitney

TEPT=Trastorn per Estrès Post Traumàtic; NE=No Especificat; TLP=Trastorn Límit de la Personalitat; TCA=Trastorn de la Conducta Alimentària

Pel que fa al seguiment per part de professionals de la salut mental, en un 70,6% (n=216) dels casos hi havia hagut una atenció prèvia en aquest sentit, un 68,6% (n=59) dels homes i un 71,4% (n=157) de les dones (p=0,634). Entre les persones amb seguiment previ a salut mental, en un 58,8% (n=127) el seguiment estava en curs, en un 10,6% (n=23) se'ls havia donat l'alta i un 30,6% (n=66) estava en situació de desvinculació en el moment de produir-se l'episodi de conducta suïcida. El lloc on realitzaven el seguiment era al CSMA en un 62,5% (n=135) dels casos, al CASD en un 17,6% (n=38), pel servei de psiquiatria a l'ABS en un 7,9% (n=17), al CSMIJ i en centre privat en un 4,2% (n=9) per cadascun i un 3,7% (n=8) havien estat tractats en un centre de salut mental d'una altra zona.

En el moment de produir-se la conducta suïcida, un 41,5% (n=127) de la cohort estava en seguiment en curs amb professionals de la salut mental, un 38,4% (n=33) dels homes i un 42,7% (n=94) de les dones (p=0,487). El lloc d'aquest seguiment en curs va ser en un 63,8% (n=81) al CSMA, en un 18,1% (n=23) al CASD, un 12,6% (n=16) a psiquiatria de l'ABS, un 3,9% (n=5) a nivell privat i un 1,6% (n=2) en un centre de salut mental d'una altra zona.

En un 42,4% (n=53) eren visitades per un sol professional, un 38,4% (n=48) per dos professionals, un 13,6% (n=17) per tres professionals i en un 5,6% (n=7) de les persones

ateses eren visitades per quatre professionals de la salut mental en el moment de produir-se la conducta suïcida.

Un 99,2% (n=124) estaven essent visitades per psiquiatre, un 44,8% (n=56) per psicòleg, un 20,8% (n=26) per treballador social, un 16% (n=20) per infermera i un 1,6% (n=2) per terapeuta ocupacional.

Respecte a haver realitzat algun intent de suïcidi abans de l'episodi índex atès al PGCCS, un 35% (n=107) de les persones ateses havien realitzat algun intent de suïcidi previ, un 36,8% (n=81) de les dones i un 30,2% (n=26) dels homes ( $p=0,278$ ). La mitjana d'intents previs va ser de 3,02 intents ( $DE\pm 2,95$ ), la mediana de 2 ( $RIQ=1-4$ ) i el rang 1-15 intents de suïcidi previs. L'edat en què es va realitzar el primer dels intents previs va ser d'una mitjana de 34,98 anys ( $DE\pm 13,86$ ), mediana 34 anys ( $RIQ=24-43$ ) i un rang de 9-78 anys.

La mitjana de temps passat entre el primer intent a la vida realitzat per la persona atesa i l'episodi actual va ser de 8,97 anys ( $DE\pm 8,16$ ), amb una mediana de 7 anys ( $RIQ=3-13$ ; rang 0-44). La mitjana de temps passat entre l'últim dels intents previs realitzat per la persona atesa i l'episodi actual va ser de 56,07 mesos ( $DE\pm 66,66$ ) i una mediana de 31 mesos ( $RIQ=10-86$ ; rang 0-354).

Es coneixien antecedents de suïcidi familiar en un 3,3% (n=10) de les persones ateses, tots familiars de segon i tercer grau de consanguinitat excepte en el 0,6% (n=2) dels casos que eren familiars de primer grau de consanguinitat. En un 4,7% (n=4) dels homes i en un 2,7% (n=6) de les dones es coneixien antecedents familiars de suïcidi ( $p=0,475$ ).

#### **4.1.2 Descripció dels episodis de conducta suïcida inclosos al PGCCS**

Els intents de suïcidi van representar un 89,2% (n=289) dels episodis, i els intents interromputs/ avortats un 10,8% (n=35).

L'any 2013 es van atendre el 13% (n=42) dels episodis, el 2014 el 26,2% (n=85); l'any 2015 van ser un 22,2% (n=72), el 2016 un 18,8% (n=61) i el 2017 van ser un 19,8% (n=64) els episodis registrats. Un 28,7% dels episodis (n=93) es van produir a l'estiu, un 24,7% (n=80) a la tardor, un 24,4% (n=79) a la primavera i un 22,2% dels episodis (n=72) es van produir a l'hivern. El mes en que es van produir més episodis va ser l'agost, amb un 11,7% dels episodis



(n=38), i el que menys va ser el desembre amb un 5,2% (n=17) dels episodis registrats. A la Figura 17 es mostra la distribució per mesos.

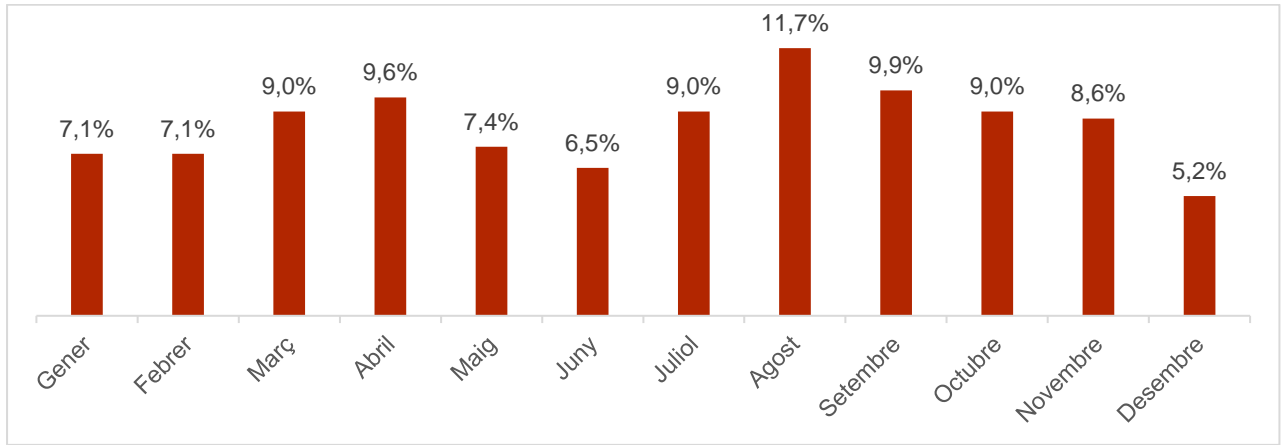


Figura 17: Episodis de conducta suïcida segons el mes que es produeixen

Pel que fa als dies de la setmana, el dilluns va ser el dia amb més episodis de conducta suïcida amb un 21,3% (n=69) i el que menys el dijous, amb un 11,1% (n=36) dels episodis registrats a urgències. La distribució per dies de la setmana es mostra a la Figura 18.

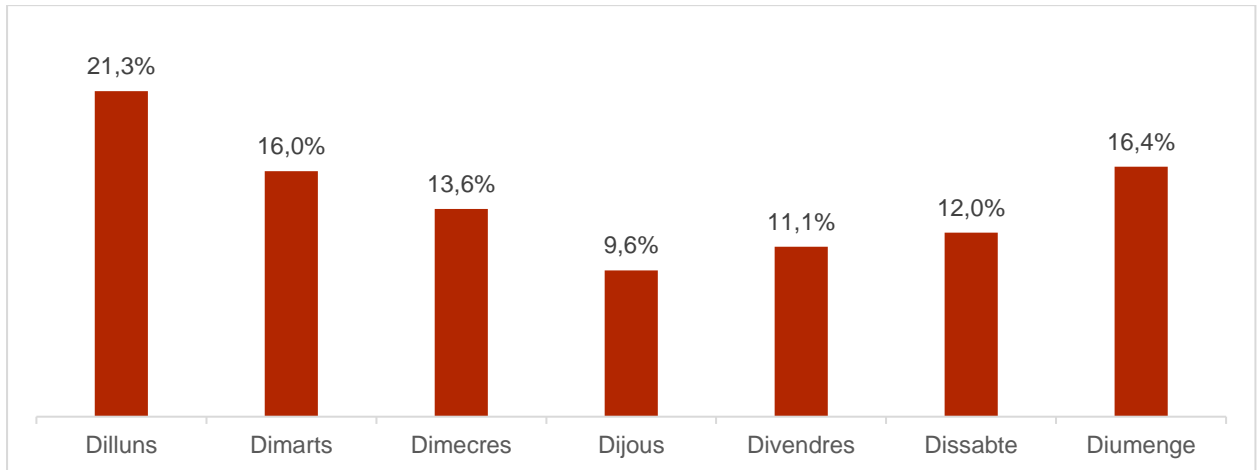


Figura 18: Episodis de conducta suïcida segons el dia de la setmana que es produeixen

El mètode més utilitzat va ser la sobreingesta medicamentosa (intoxicació amb fàrmacs i altres substàncies), amb un 75,6% (n=245), seguit de l'ús d'instruments tallants o punxants en un 9,9% (n=32) i la precipitació de llocs elevats amb un 4,9% (n=16). Es van trobar diferències per sexes en el mètode utilitzat en la CS. Així, un 82,1% (n=193) de les dones van utilitzar un mètode no violent mentre un 61,8% (n=55) dels homes van utilitzar un mètode

d'aquestes característiques ( $p < 0,001$ ). Els mètodes utilitzats per sexes es mostren a la Figura 19.

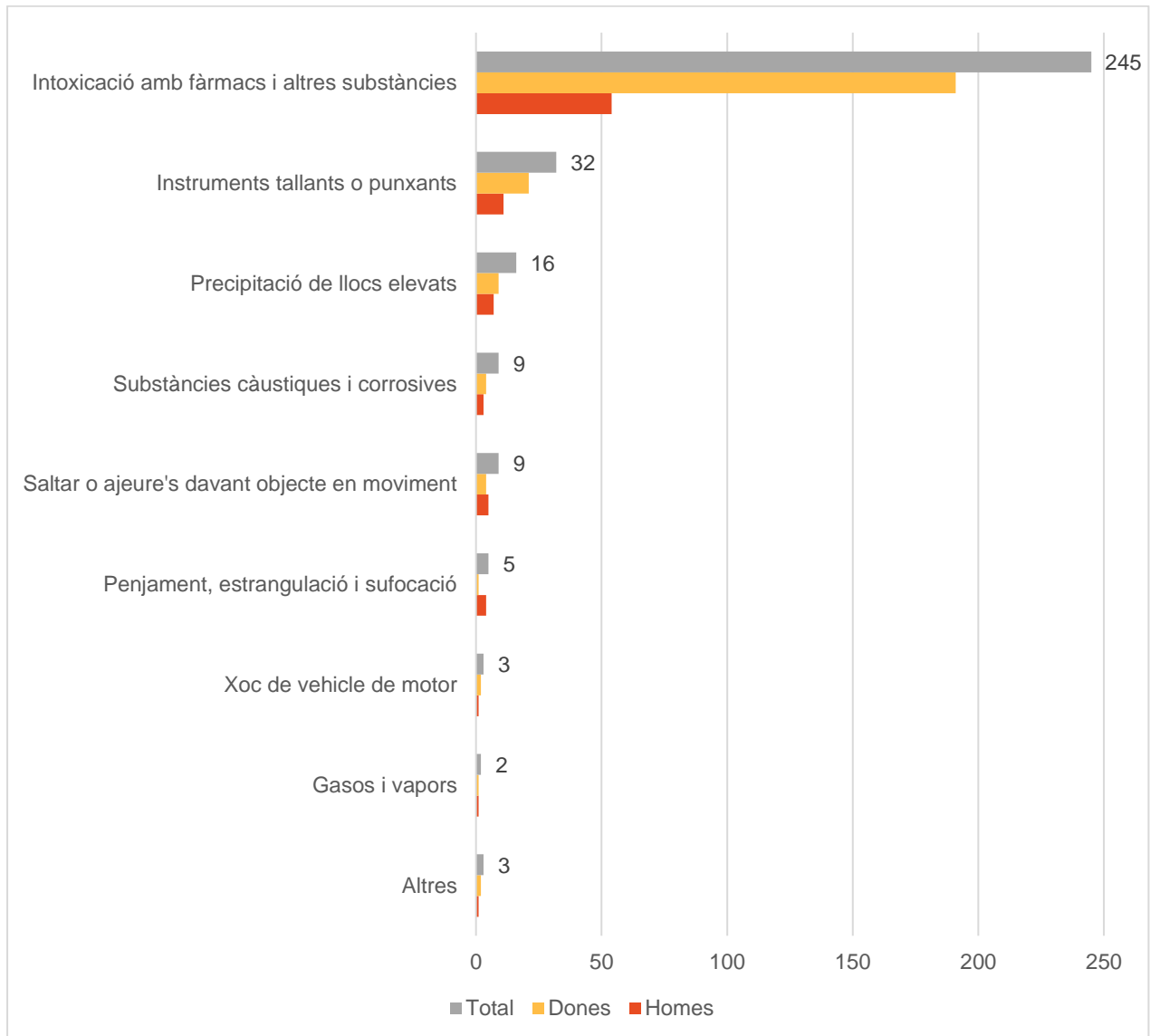


Figura 19: Mètodes utilitzats en els intents de suïcidi per sexes<sup>8</sup>

Es va determinar si hi havia presència de tòxics en orina en un 62% ( $n=201$ ) dels episodis, essent positiu en un 38,8% ( $n=78$ ) dels casos (un 24,1% del total d'episodis). En un 75,6% ( $n=59$ ) s'havia consumit una substància, en un 21,8% ( $n=17$ ) s'havien consumit 2 substàncies i en un 2,6% ( $n=2$ ) havien estat 3 les substàncies consumides. A la Figura 20 es mostren les substàncies detectades sobre els controls d'orina positius ( $n=78$ ).

<sup>8</sup> Dins el capítol "Altres" s'inclou un cas d'ofegament, un d'arma de foc i un d'electrocució.

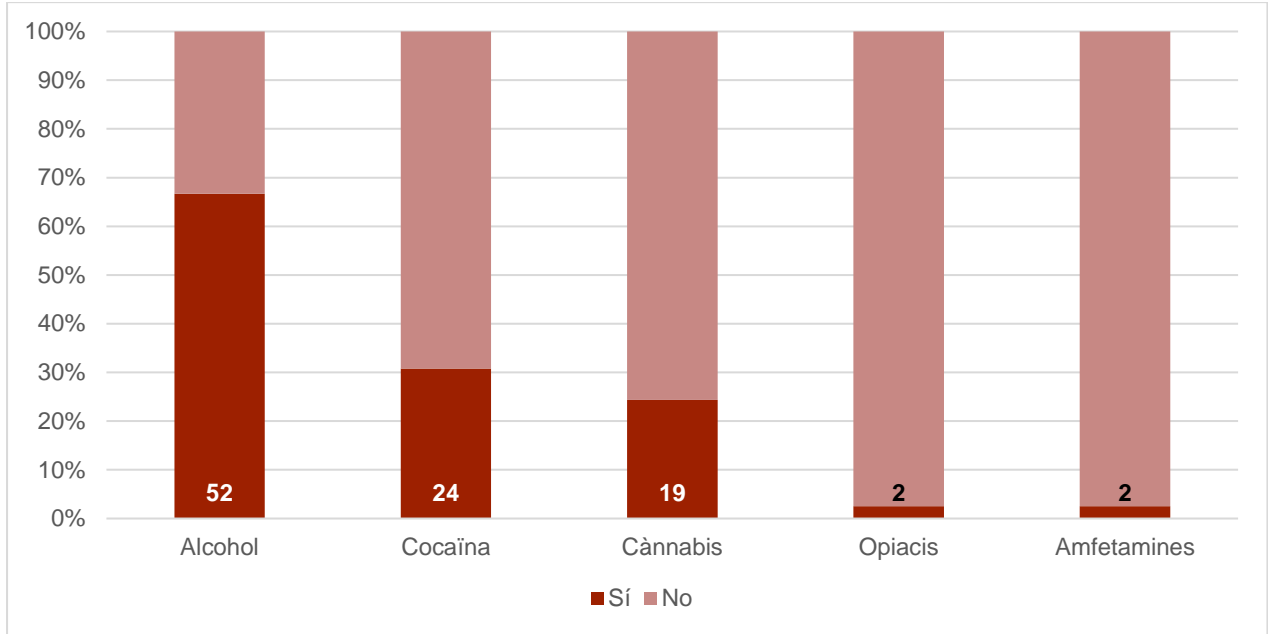


Figura 20: Substàncies detectades als controls de tòxics en orina

Dels episodis candidats a ser introduïts a l'aplicatiu del Codi Risc de Suïcidi (42,3%; n=137), se'n van incloure un 34,3% (n=47).

A conseqüència de la conducta suïcida es va requerir d'hospitalització en un 17,9% (n=58) dels episodis, amb una mitjana de 11,03 dies (DE±15,76) i una mediana de 4 dies d'hospitalització (rang 1-79). Segons el mètode utilitzat, en els mètodes violents l'hospitalització va tenir una durada mitjana de 20,27 dies (DE±25,29) i mediana de 6 (RIQ 2-42) i en els mètodes no violents la durada mitjana d'hospitalització va ser de 8,87 dies (DE±11,98) i mediana de 3 (RIQ 2-10) (p=0,173). La majoria dels episodis amb ingrés, un 79,3% (n=46) van ingressar en un sol servei, mentre que en un 19% (n=11) es va requerir dos serveis durant l'ingrés i en un 1,7% (n=1) l'hospitalització es va produir en 3 serveis diferents. Els serveis d'ingrés detallats segons si es va utilitzar un mètode violent o no violent es mostren a la Figura 21.

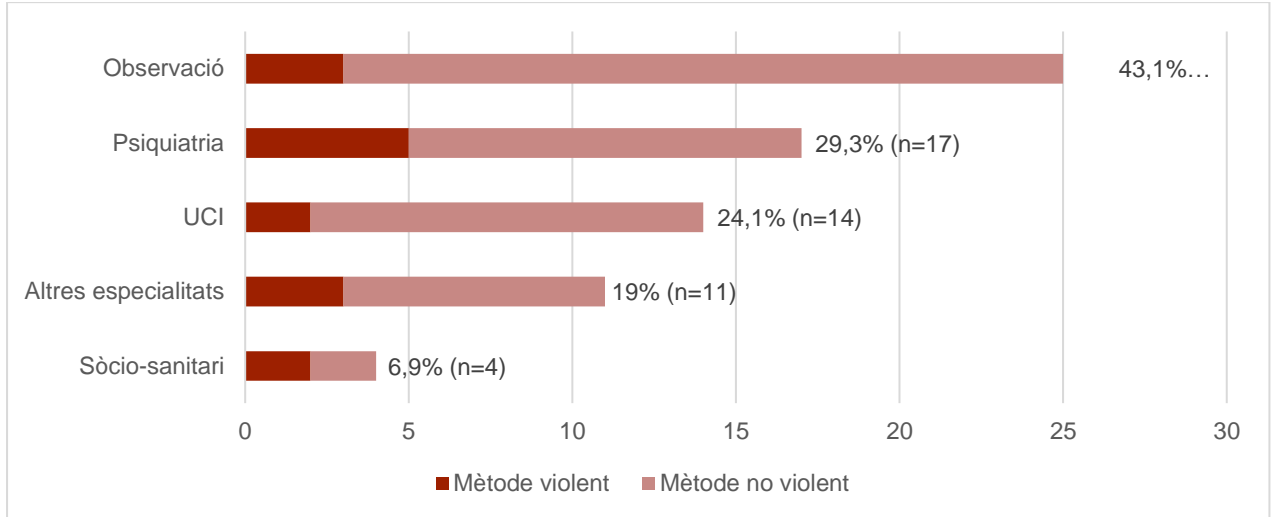


Figura 21: Serveis d'ingrés degut a la conducta suïcida. Es mostra el percentatge sobre el total d'episodis que van requerir ingrés (n=58) i es detalla segons si el mètode utilitzat va ser violent o no violent.

Respecte a les circumstàncies precipitants, en un 70,7% (n=229) es va detectar un sol factor precipitant de la conducta suïcida, en un 28,7% (n=93) dels episodis es van detectar dos factors precipitants, i en un 0,6% (n=2) es van identificar 3 factors precipitants de la conducta suïcida. A la Figura 22 es mostra la freqüència en que es va identificar cada circumstància precipitant de l'episodi de conducta suïcida.

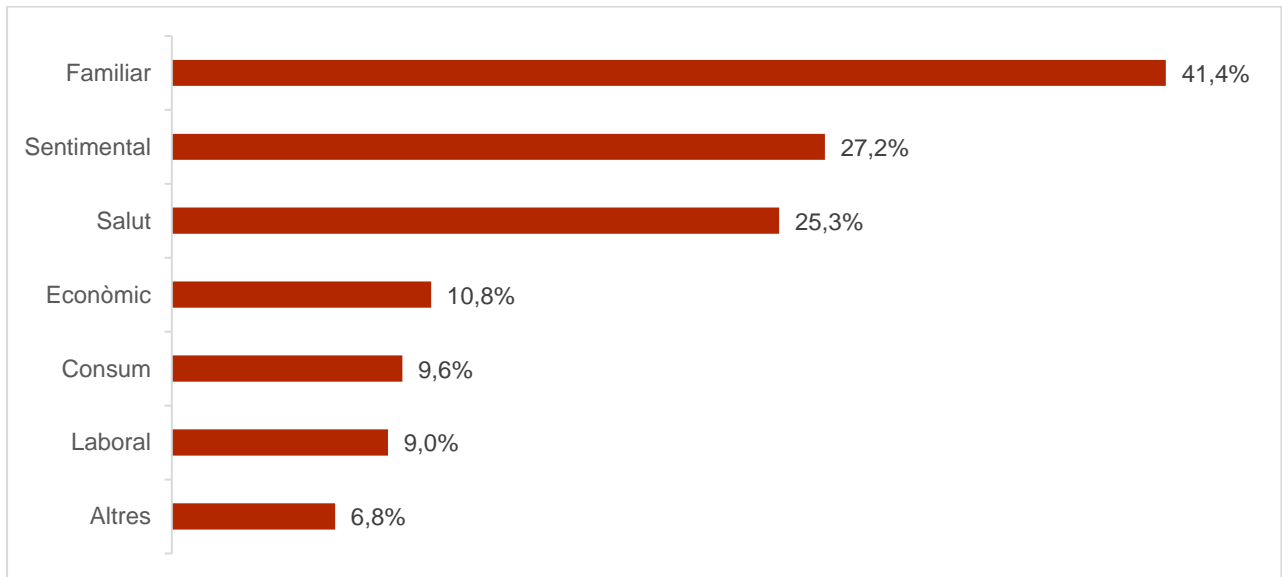


Figura 22: Tipus de circumstàncies precipitants de l'episodi de conducta suïcida identificades

A la Taula 9 es mostren aquells aspectes de l'episodi de conducta suïcida en que s'han observat diferències segons si l'han realitzat homes i dones.

Taula 9: Detall de les diferències en la presentació d'episodis de la CS segons sexes (n=324)

<b>Episodis de Conducta suïcida</b>	Homes n (%)	Dones n (%)	Total n (%)	$\chi^2 / F$	p
Tipus de CS	89 (27,5%)	235 (72,5%)	324 (100%)	4,66	<b>0,031</b>
Intent de suïcidi	74 (83,1%)	215 (91,5%)	289 (89,2%)		
Intent interromput/avortat	15 (16,9%)	20 (8,5%)	35 (10,8%)		
Mètode				14,86	<b>&lt;0,001</b>
No violent	55 (61,8%)	193 (82,1%)	248 (76,5%)		
Intoxicació amb fàrmacs i altres substàncies	54 (60,7%)	191 (81,3%)	245 (75,6%)		
Gasos i vapors	1 (1,1%)	1 (0,4%)	2 (0,6%)		
Ofegament per immersió i submersió	0	1 (0,4%)	1 (0,3%)		
Violent	34 (38,2%)	42 (17,9%)	76 (23,5%)		
Instruments tallants o punxants	11 (12,4%)	21 (8,9%)	32 (9,9%)		
Precipitació de llocs elevats	7 (7,9%)	9 (3,8%)	16 (4,9%)		
Substàncies càustiques i corrosives	5 (5,6%)	4 (1,7%)	9 (2,8%)		
Saltar/ajeure's davant objecte en moviment	5 (5,6%)	4 (1,7%)	9 (2,8%)		
Penjament, estrangulació i sufocació	4 (4,5%)	1 (0,4%)	5 (1,5%)		
Xoc de vehicle de motor	1 (1,1%)	2 (0,9%)	3 (0,9%)		
Arma de foc	1 (1,1%)	0	1 (0,3%)		
Electrocució	0	1 (0,4%)	1 (0,3%)		
Presència de tòxics en orina (n=201)				7,36	<b>0,007</b>
No	27 (46,6%)	96 (67,1%)	123 (61,2%)		
Sí	31 (53,4%)	47 (32,9%)	78 (38,8%)		
Alcohol	23 (39,7%)	29 (20,3%)	52 (25,9%)	8,08	<b>0,004</b>
Cocaïna	11 (19%)	13 (9,1%)	24 (11,9%)	3,83	<b>0,05</b>
Cànnabis	5 (8,6%)	14 (9,8%)	19 (9,5%)	0,66	0,797
Opiacis	0	2 (1,4%)	2 (1%)	0,82	1*
Amfetamines	0	2 (1,4%)	2 (1%)	0,82	1*
Circumstàncies precipitants				4,67	<b>0,031</b>
1	55 (61,8%)	174 (74%)	229 (70,7%)		
2 o més	34 (38,2%)	61 (26%)	95 (29,3%)		

Episodis de Conducta suïcida	Homes	Dones	Total	$\chi^2 / F$	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
	89 (27,5%)	235 (72,5%)	324 (100%)		
Familiar	24 (27%)	110 (46,8%)	134 (41,4%)	10,48	<b>0,001</b>
Sentimental	27 (30,3%)	61 (26%)	88 (27,2%)	0,63	0,429
Salut	24 (27%)	58 (24,7%)	82 (25,3%)	0,17	0,673
Econòmic	15 (16,9%)	20 (8,5%)	35 (10,8%)	4,66	<b>0,031</b>
Consum	15 (16,9%)	16 (6,8%)	31 (9,6%)	7,53	<b>0,006</b>
Laboral	13 (14,6%)	16 (6,8%)	29 (9%)	4,82	<b>0,028</b>
Altres	7 (7,9%)	15 (6,4%)	22 (6,8%)	0,22	0,636

\*Prova exacta de Fisher

El temps transcorregut entre l'última visita amb atenció primària de salut (APS) abans de la realització de la CS va ser de 124,53 dies de mitjana (DE±368,1; rang 0-4431). En un 51,1% (n=164) dels episodis la visita s'havia produït durant el mes anterior a la CS, un 39% (n=64) d'aquests la setmana prèvia a la CS. En un 0,9% (n=3) no constava cap visita realitzada a APS. A la Figura 23 es detalla el temps transcorregut entre la realització de l'última visita a APS i l'episodi de CS.

En el moment de produir-se la CS, la persona estava en seguiment per part del servei de salut mental en el 43,8% (n=142) dels episodis. En 6 dels episodis no es disposava de la data de la última visita ja que estaven en seguiment a nivell privat (n=5) o en el centre de salut mental d'una altra zona (n=1). En la resta d'episodis (n=136), el temps transcorregut des de la última visita amb un professional de salut mental i la realització de la CS va ser de 34,6 dies de mitjana (DE±43,4; rang 0-321). En un 65,4% (n=89) d'aquests episodis la visita s'havia produït durant el mes anterior a la CS, un 38,2% (n=34) d'aquests la setmana prèvia a la CS. A la Figura 23 es detalla el temps transcorregut entre la realització de l'última visita al servei de SM i l'episodi de CS.

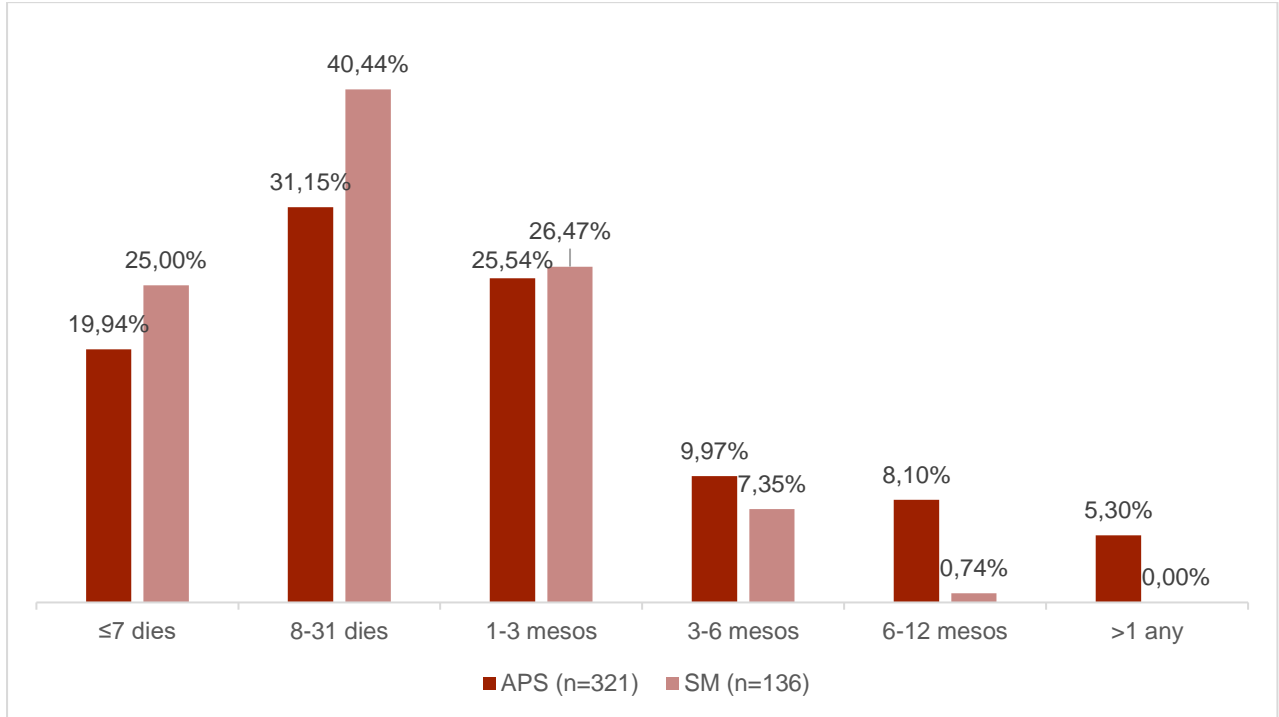


Figura 23: Temps transcorregut entre l'última visita a APS i al servei de SM i la realització de la CS

### 4.1.3 Vinculació al PGCCS per episodis

La visita 1 es va realitzar en tots els episodis (n=324) i la visita 5 en un 65,1% (n=203) dels episodis, en un 70,1% (n=61) dels episodis realitzats per homes i un 63,1% (n=142) dels episodis realitzats per dones (p=0,245). Els casos perduts al llarg de les visites (per canvi de zona, repetició d'episodi de CS i reinici del programa o èxitus) van ser 2 a la visita 3, 5 a la visita 4 (7 en total) i 5 a la visita 5 (12 en total). Més de dos terços dels episodis iniciats, un 62,7% (n=203) van ser visitats al cap d'un any. La modalitat i compleció de cadascuna de les visites així com el temps transcorregut des de la CS fins a realitzar-se la visita es mostra a la Figura 24.

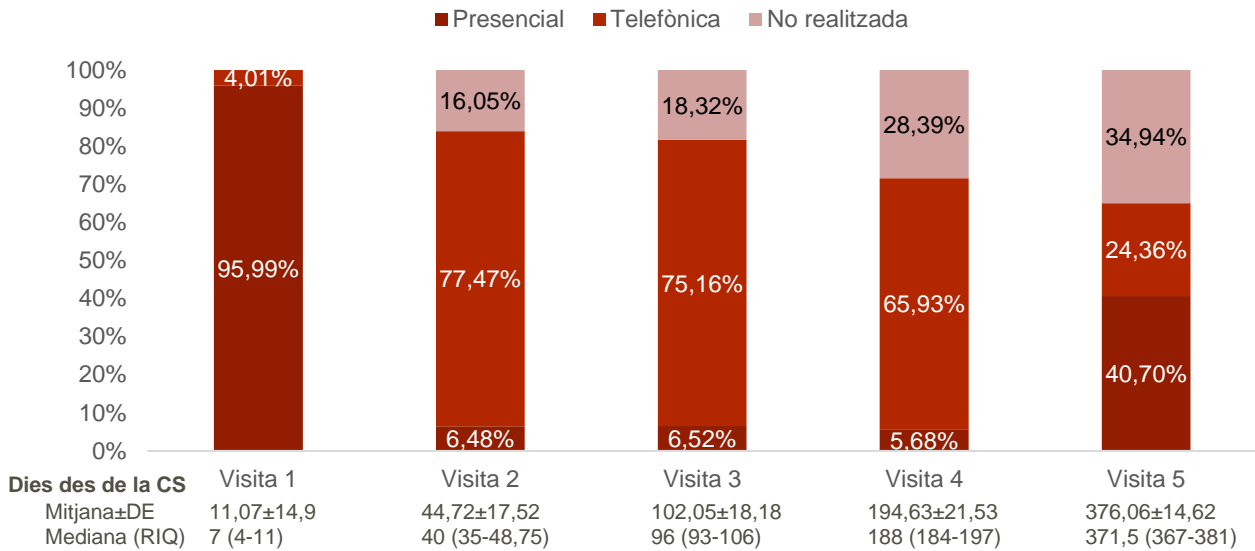


Figura 24: Modalitat i compliment de les visites del PGCCS i temps transcorregut des de la CS fins la realització de la visita (n=324)

En cada episodi atès es van completar una mediana de 4 de les 5 preestablertes (mitjana 3,98; DE±1,28). Un 48,8% (n=158) dels episodis van rebre el programa complet, és a dir, es van realitzar les 5 visites estipulades. A la Figura 25 es mostra el percentatge d'episodis segons sexes i el número de visites completades.

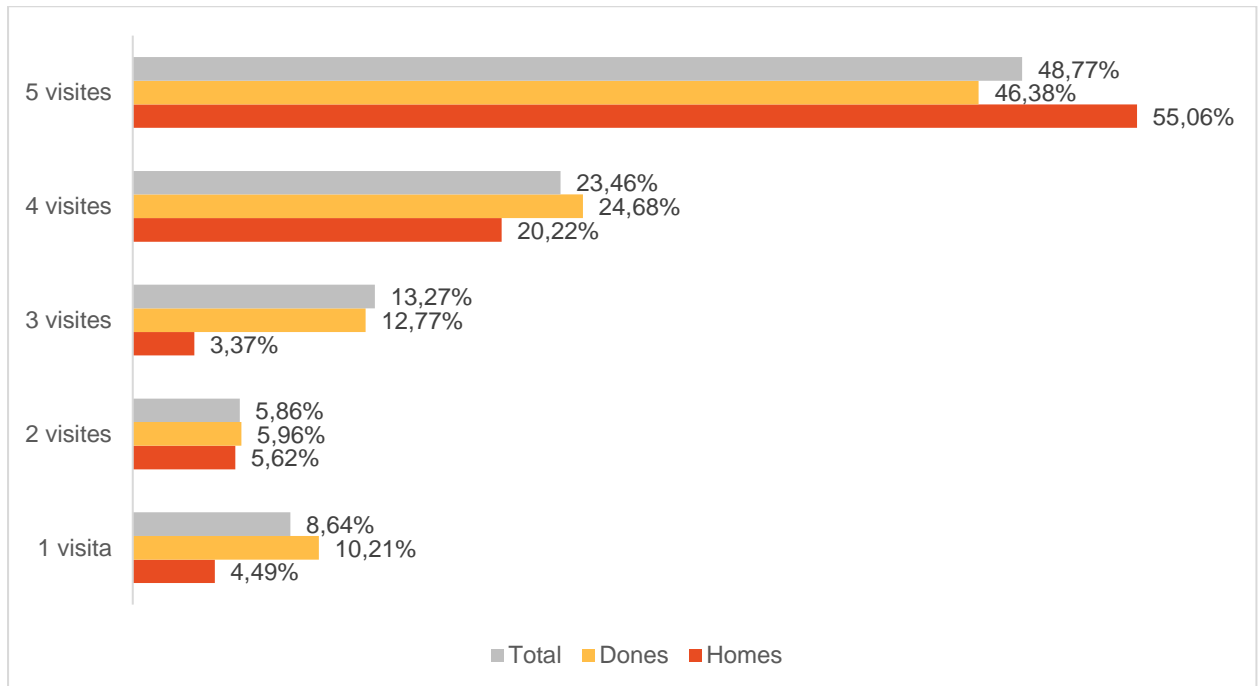


Figura 25: Visites preestablertes del PGCCS completades per cada episodi (n=324) i segons sexes (p=0,384)



El nombre total de visites presencials realitzades a cada episodi en el marc del PGCCS al llarg de l'any va ser d'1,89 de mitjana ( $DE\pm 1,37$ ) i una mediana de 2 visites (rang 0-12). En els episodis realitzats per homes hi va haver una mitjana de 1,83 ( $DE\pm 1,45$ ) visites presencials i en els realitzats per dones, de 1,91 ( $DE\pm 1,34$ ;  $p=0,672$ ). Respecte a les visites telefòniques contestades per part de la persona atesa durant l'any de seguiment, hi va haver una mitjana de 3,47 trucades per episodi ( $DE\pm 2,46$ ), amb una mediana de 3 (rang 0-23). Els homes van respondre una mitjana de 3,76 ( $DE\pm 3,15$ ) trucades per episodi i les dones de 3,36 ( $DE\pm 2,13$ ;  $p=0,263$ ). A la Figura 26 es detalla el nombre total de visites presencials realitzades i de trucades completades per cada episodi en el marc del PGCCS.

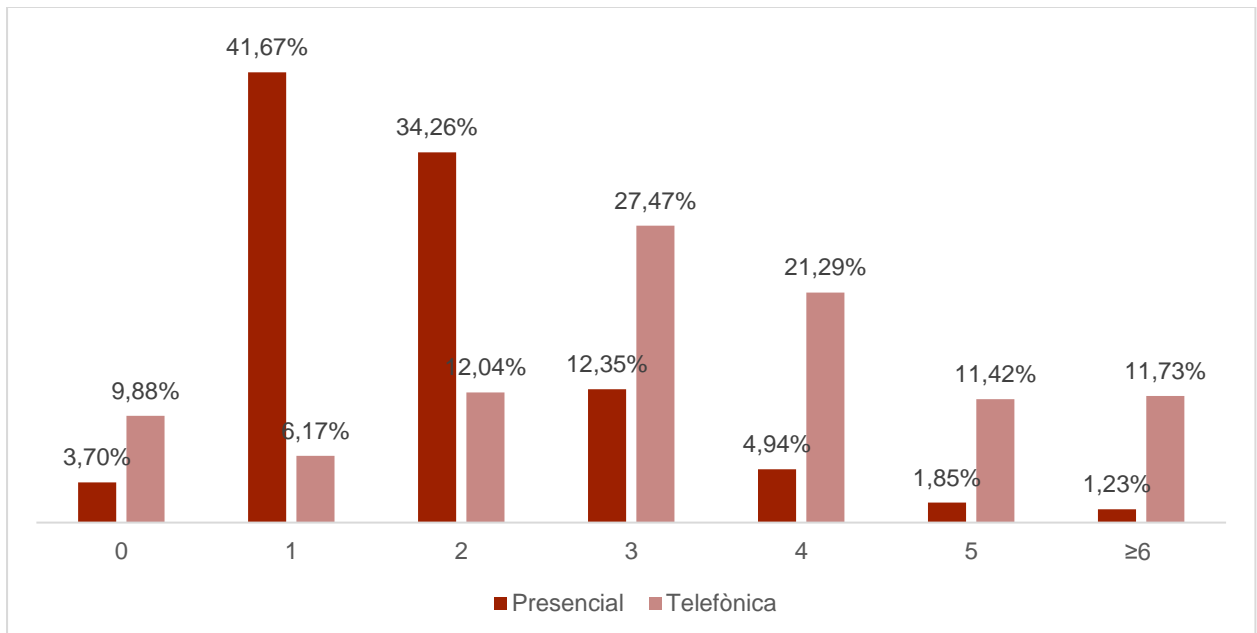


Figura 26: Total de visites presencials i telefòniques realitzades a cada episodi en el marc del PGCCS ( $n=324$ )

En un 24,7% dels casos ( $n=80$ ), un 24,7% ( $n=22$ ) dels realitzats per homes i un 24,7% ( $n=58$ ) dels realitzats per dones ( $p=0,994$ ), hi va tornar a haver contacte amb el PGCCS després de l'episodi tractat. En un 80% ( $n=64$ ) d'aquests casos hi va haver contacte presencial posterior i en un 95% ( $n=76$ ) hi va haver contacte telefònic posterior. En un 20% ( $n=16$ ) el contacte va ser per reinici de PGCCS (ja fos per nou episodi de CS o per episodi d'ideació) i en un 80% ( $n=64$ ) el contacte va ser a demanda. En aquest últim cas, les persones ateses van realitzar una mitjana de 2,08 contactes presencials ( $DE\pm 2,96$ ) mediana 1 (rang 1-21); i una mitjana de 4,32 contactes telefònics ( $DE\pm 4,38$ ) mediana 3 (rang 1-19).

#### 4.1.4 Vinculació i ús del servei de salut mental per episodis

Al llarg de l'any cada episodi va tenir 9,4 visites de mitjana ( $DE \pm 9,58$ ), amb una mediana de 7 visites (rang 0-62). En un 10,8% ( $n=35$ ) dels episodis no es va realitzar cap visita al servei de salut mental (tret de les del PGCCS). A la Figura 27 es mostra la distribució de les visites al llarg de l'any en funció de les visites preestablertes del PGCCS.

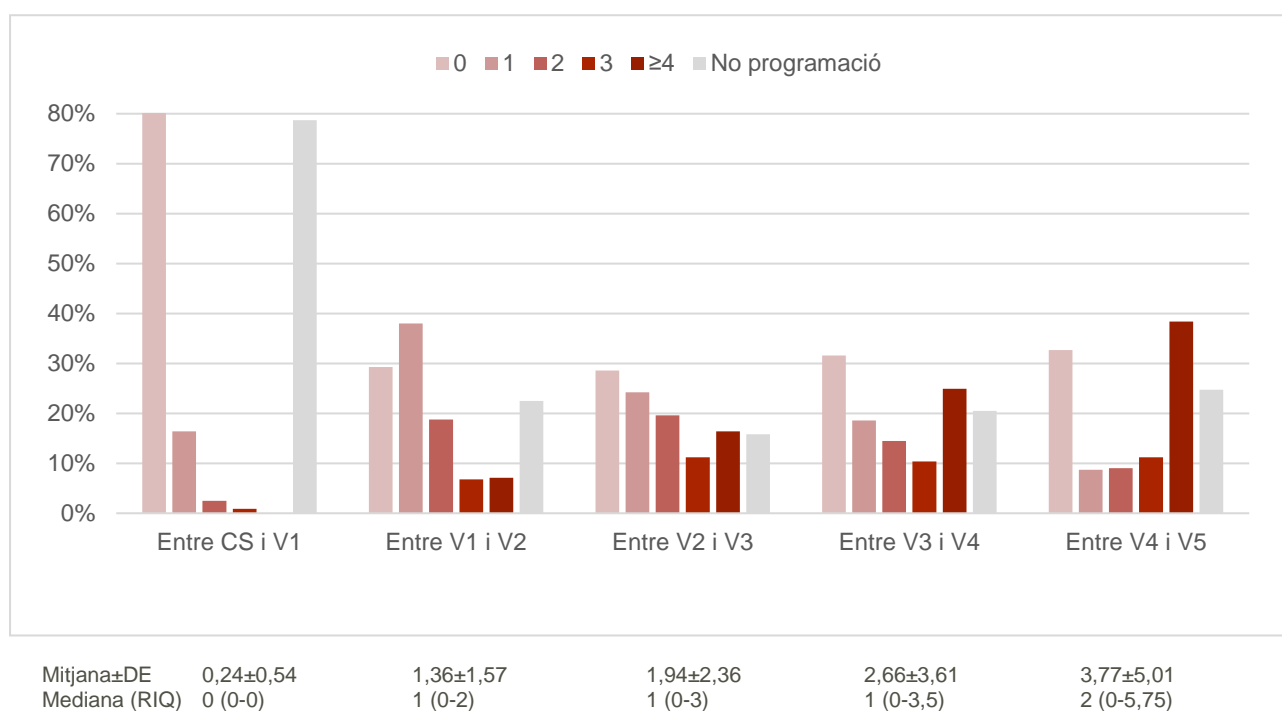


Figura 27: Distribució de les visites realitzades al servei de SM al llarg de l'any ( $n=324$ )

Un 37,8% ( $n=118$ ) dels episodis van ser alta del servei de salut mental al finalitzar la visita 5 i un 62,2% ( $n=194$ ) dels episodis tenien visites programades al servei de salut mental després de la visita 5. D'aquests, un 5,7% ( $n=11$ ) no van acudir a la visita programada i estaven en situació de desvinculació en el moment de la recollida de dades. La resta, un 94,3% ( $n=183$ ) van acudir a la visita programada, un 73,2% ( $n=134$ ) el dia que tenien programat, i un 26,8% ( $n=49$ ) no van assistir al dia de la visita programada i aquesta es va realitzar una mitjana de 92,39 dies més tard ( $DE \pm 136,54$ ), mediana 36 (rang 1-767).

Per professionals, la majoria van ser derivats a psiquiatria, amb un 88,6% (n=287) dels episodis que van tenir programada alguna visita amb un professional d'aquesta categoria. A la Taula 10 es detalla la derivació a cadascun dels professionals de la salut mental, les visites realitzades segons professional al llarg de l'any i el percentatge de vinculació a les visites, així com el tipus de diagnòstic atès, diferenciats per categories professionals. Cada episodi pot haver estat atès per més d'un professional al llarg de l'any.

Taula 10: Visites realitzades a SM durant l'any posterior a la CS per episodis i segons categories professionals i tipus de diagnòstic. En cada episodi poden haver-hi visites de diferents professionals

	Psiquiatria	Psicologia	Treball social	Infermeria
<b>Episodis derivats n (%)</b>	287 (88,6%)	194 (59,9%)	118 (36,4%)	56 (17,3%)
<b>Visites realitzades en un any</b>	n=287	n=194	n=118	n=56
Mitjana ±DE	4,53 ±3,38	3,14 ±3,02	2,68 ±2,47	4,07 ±6,65
Mediana (RIQ)	4 (2-6)	2 (1-5)	2 (1-4)	2 (1-4)
Rang	0-19	0-15	0-12	0-45
<b>Percentatge de vinculació</b>				
Mitjana ±DE	72,76% ±29,7%	61,39% ±37,39%	65,29% ±36,87%	73,94% ±29,64%
Mediana	81,82%	70,71%	75%	81,67%
RIQ	57,14%-100%	33,33%-100%	50%-100%	52,88%-100%
<b>Tipus de diagnòstic n (%)</b>				
Trastorn Mental Sever	52 (18,1%)	32 (16,5%)	32 (27,1%)	21 (37,5%)
Consum de tòxics	65 (22,6%)	41 (21,1%)	41 (34,7%)	39 (69,6%)

A part de les visites programades amb psiquiatria, en un 15,1% dels episodis (n=49) hi van haver visites ateses a urgències del Centre de Salut Mental. En el total d'episodis va significar 0,3 visites per persona atesa/any de mitjana (DE±0,91) amb una mediana de 0 (rang 0-7).

Hi va haver un 9% (n=29) dels episodis que van rebre teràpia grupal de CS durant l'any posterior a la conducta suïcida. Les persones ateses en aquests episodis van acudir a una mitjana de 17,2 de sessions cadascuna (DE±9,43) amb una mediana de 16 (rang 1-35). El percentatge de vinculació a les sessions grupals va ser del 66% de mitjana (DE±25,3%) i 66,7% de mediana (RIQ 45,6%-89%).

Respecte al tractament amb psicofàrmacs, en un 74,7% (n=242) dels episodis hi havia un tractament psicofarmacològic instaurat abans de la realització de la CS, amb una mitjana de 2,03 (DE±0,85) grups de fàrmacs i una mediana de 2 (RIQ=1-3). A l'alta d'urgències, en un 84% (n=272) dels episodis hi havia tractament psicofarmacològic, amb una mitjana de 2,15 (DE±0,81) grups de psicofàrmacs i una mediana de 2 (RIQ=2-3). A l'any de a realització de la CS, un 71,2% (n=222) dels episodis seguien amb tractament psicofarmacològic, amb una mitjana de 2,33 (DE±0,93) grups de psicofàrmacs i una mediana de 2 (RIQ=2-3). Els grups de psicofàrmacs prescrits es mostren a la Figura 28.

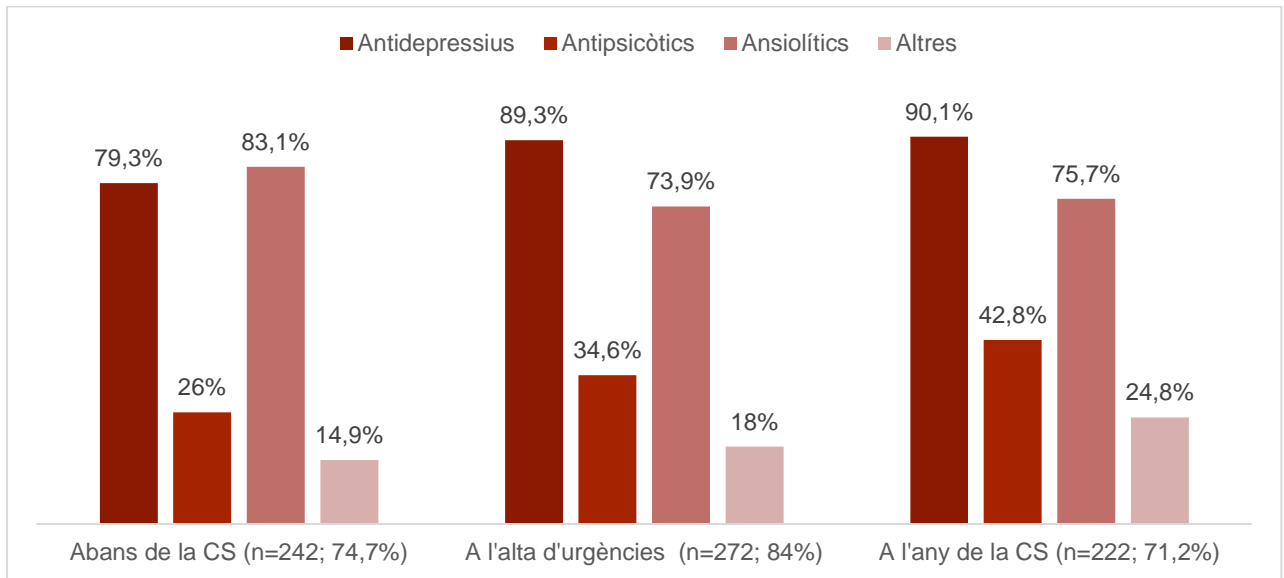


Figura 28: Detall de la prescripció per grups de psicofàrmacs

Durant l'any posterior a la CS, i sense tenir en compte l'ingrés inicial que pogués ocasionar la CS, hi va haver un 8% (n=26) de persones ateses que van requerir ingrés a hospitalització parcial i/o completa de psiquiatria, un 19,23% (n=5) més d'un ingrés. En total van ser 34 estades, un 41,18% (n=14) a la unitat d'aguts i un 58,82% (n=20) a hospital de dia d'adults. Els dies d'ingrés a la unitat d'aguts van ser d'una mitjana de 34,6 dies (DE±32,8), amb una mediana de 16 dies (rang 7-111). La mitjana de dies d'ingrés a hospital de dia va ser 68,3 (DE±41,9), mediana 73 dies i rang 9-142.

Per sexe, les úniques diferències trobades en la vinculació i ús del servei de salut mental per sexe han estat en el total de visites realitzades a treball social, en el percentatge de vinculació amb psiquiatria i en el tractament amb antidepressius i antipsicòtics; es mostren a la Taula 11.

Taula 11: Detall de les diferències en la vinculació i ús del servei de SM segons sexes (n=324)

	Homes n (%) 89 (27,5%)	Dones n (%) 235 (72,5%)	Total n (%) 324 (100%)	$\chi^2 / F$	p
Visites realitzades en un any a treball social				10,48	<b>0,013</b>
Episodis derivats	40 (44,9%)	78 (33,2%)	118 (36,4%)		
Mitjana $\pm$ DE	3,57 $\pm$ 3,02	2,22 $\pm$ 2	2,68 $\pm$ 2,47		
Mediana (RIQ)	3 (1-5)	2 (1-3)	2 (1-4)	1163,5*	<b>0,022</b>
Rang	0-12	0-10	0-12		
Percentatge de vinculació amb psiquiatria				2,26	<b>0,02</b>
Episodis derivats	87 (97,7%)	200 (85,1%)	287 (88,6%)		
Mitjana $\pm$ DE	78,6% $\pm$ 26,4%	70,23 $\pm$ 30,75%	72,76% $\pm$ 29,7%		
Mediana	90%	80%	81,82%	7266,5*	<b>0,023</b>
RIQ	66,67%-100%	50%-100%	57,14%-100%		
Tractament amb antidepressius					
Abans de la CS	43 (69,4%)	149 (82,8%)	192 (79,3%)	5,07	<b>0,024</b>
A l'alta d'urgències	63 (82,9%)	179 (91,3%)	242 (89%)	3,97	<b>0,046</b>
Tractament amb antipsicòtics					
A l'any de la CS	34 (58,6%)	61 (37,2%)	95 (42,8%)	8,03	<b>0,005</b>

\*U Mann-Whitney

#### 4.1.5 Repetició de la conducta suïcida per persona i supervivència

Amb 2 casos perduts, del total de persones amb CS (n=304), n'hi va haver un 17,76% (n=54) que van tornar a realitzar almenys un episodi de CS durant els 2 anys posteriors a l'episodi índex, amb una mitjana de 1,52 (DE $\pm$ 1,16) d'episodis posteriors per persona reintentadora. Un 23,3% (n=20) dels homes i un 15,6% (n=34) de les dones van tornar a realitzar almenys un episodi de CS durant els 2 anys posteriors a l'episodi índex (p=0,116). El nombre d'episodis de CS posterior que van realitzar les persones reintentadores es mostren a la Figura 29.

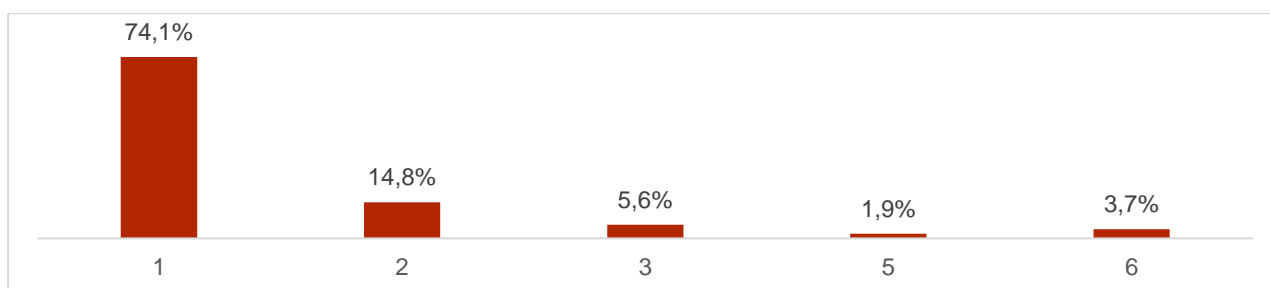


Figura 29: Nombre d'episodis de CS posterior a l'episodi índex per persona reintentadora (n=54)

A la Taula 12 es detallen pels dos primers intents posteriors a l'episodi índex el mètode utilitzat així com el temps transcorregut entre episodis segons el tipus de CS posterior.

Taula 12: Mètode i temps transcorregut en els dos episodis de CS posteriors a l'episodi índex segons tipus de CS posterior

<b>Persones amb episodi de CS posterior (n=54)</b>	Total	Intent interromput / avortat	Intent de suïcidi	Suïcidi
Primer episodi CS posterior n (%)	54 (100%)	5 (9,3%)	48 (88,9%)	1 (1,9%)
Dies transcorreguts des d'episodi índex				
Mitjana ±DE	280,02 ±194,9	180,2 ±87,3	284,35 ±198,3	571
Rang	11-696	53-287	11-696	571
Mètode				
Intox. amb fàrmacs i altres subs.	42 (77,8%)	1 (20%)	41 (85,4%)	0
Instruments tallants o punxants	4 (7,4%)	0	4 (8,3%)	0
Penjament, estrangulació	2 (3,7%)	0	2 (4,2%)	0
Precipitació de llocs elevats	2 (3,7%)	1 (20%)	1 (2,1%)	0
Gasos i vapors	1 (1,85%)	0	0	1 (100%)
Saltar davant objecte en moviment	1 (1,85%)	1 (20%)	0	0
Subs. càustiques i corrosives	1 (1,85%)	1 (20%)	0	0
Fum, foc i flames	1 (1,85%)	1 (20%)	0	0
Segon episodi CS posterior n (%)	14 (100%)	1 (7,1%)	11 (78,6%)	2 (14,3%)
Dies transcorreguts des de 1r post				
Mitjana ±DE	199,93 ±145,3	33	191,09 ±144,4	332 ±49,5
Rang	22-376	33	22-376	297-367
Mètode				
Intox. amb fàrmacs i altres subs.	8 (57,1%)	0	8 (72,7%)	0
Precipitació de llocs elevats	2 (14,3%)	0	0	2 (100%)
Penjament, estrangulació	1 (7,15%)	0	1 (9,1%)	0
Saltar davant objecte en moviment	1 (7,15%)	1 (100%)	0	0
Subs. càustiques i corrosives	1 (7,15%)	0	1 (9,1%)	0
Ofegament, immersió o submersió	1 (7,15%)	0	1 (9,1%)	0

A partir del tercer episodi, no hi va haver cap intent interromput/avortat i tots els intents de suïcidi es van produir per intoxicació amb fàrmacs i altres substàncies. Els dies transcorreguts entre episodis es detallen a la Taula 13.

Taula 13: Temps transcorregut entre episodis a partir del tercer episodi de CS posterior

<b>Episodis 3-6 posteriors a episodi índex</b>	Tercer episodi de CS posterior	Quart episodi de CS posterior	Cinquè episodi de CS posterior	Sisè episodi de CS posterior
Persones amb aquest nombre d'episodis	6	3	3	2
Dies transcorreguts de l'episodi anterior	58,83 ±60,7	95 ±92,7	125,67±74,6	258,5 ±152
1-169	1-169	41-202	49-198	151-366

Si ens fixem en el percentatge de repetició de la conducta suïcida per franges temporals, un 2,3% (n=7) va repetir un episodi als 30 dies, un 6,9% (n=21) als 6 mesos, un 12,2% (n=37) a l'any i un 17,8% (n=54) als dos anys.

A nivell de supervivència, 2 persones havien mort al cap d'un any de l'episodi índex, cap d'elles per suïcidi. Als dos anys 3 persones més havien mort, totes elles per suïcidi, resultant en un total de defuncions de 1,6% (n=5) als dos anys, un 60% (n=3) per suïcidi. En el total de les 304 persones de qui tenim informació, doncs, un 0,98% (n=3) havien mort per suïcidi als dos anys d'haver-se produït l'episodi índex de CS. Van passar una mitjana de 581 dies (DE±57,65) entre l'episodi índex i la mort per suïcidi (rang 529-643).

Més enllà dels dos anys de seguiment en els que ens hem basat per homogeneïtzar els resultats, vam disposar d'un temps d'estudi i anàlisi per persona d'una mitjana de 39,96 mesos (DE±10,03; rang 4-77), amb una mediana de 40 mesos (RIQ=33-46). Tenint en compte aquest temps de seguiment, hi va haver almenys un episodi de repetició de la CS en un 22,4% (n=68) de les persones ateses, amb una mediana de 341 dies (RIQ 162-597) transcorreguts entre l'episodi índex i la repetició de la CS. Basant-nos també en aquest temps de seguiment, les persones que van morir per qualsevol causa van ser un 3% (n=9), mantenint-se les 3 per suïcidi dels 2 anys, significant el suïcidi un 33,33% del total de defuncions produïdes durant el període d'estudi. El temps transcorregut entre l'episodi índex i l'èxitus va ser d'una mitjana de 624,44 dies (DE±258,64). Tot i no trobar diferències per sexes, el detall de les defuncions es mostren a la Taula 14.

Taula 14: Detall de les defuncions a qualsevol moment del temps d'anàlisi segons sexes (n=304)

<b>Defuncions a qualsevol moment del temps d'anàlisi</b>	Homes n (%)	Dones n (%)	Total n (%)	$\chi^2 / F$	p
Defunció (per totes les causes)	86 (28,3%)	218 (71,7%)	304 (100%)		
No	81 (94,2%)	214 (98,2%)	295 (97%)	3,4	0,124*
Sí	5 (5,8%)	4 (1,8%)	9 (3%)		

<b>Defuncions a qualsevol moment del temps d'anàlisi</b>	Homes n (%) 86 (28,3%)	Dones n (%) 218 (71,7%)	Total n (%) 304 (100%)	$\chi^2 / F$	p
Mort per suïcidi				0,038	1*
No	85 (98,8%)	216 (99,1%)	301 (99%)		
Sí	1 (1,2%)	2 (0,9%)	3 (1%)		
Mort altres causes				4,44	0,056*
No	82 (95,3%)	216 (99,1%)	298 (98%)		
Sí	4 (4,7%)	2 (0,9%)	6 (2%)		

\*Prova exacta de Fisher

En referència a la repetició de la CS es va fer una regressió univariant amb aquelles variables que havien mostrat significació estadística.

Es va construir un model multivariant cap endavant on, a més de variables significatives, es va afegir sexe, edat i la compleció del programa. Els resultats es mostren a la Taula 15.

Al model hi van entrar les variables sexe (menys repetició de la CS en dones), haver tingut un intent de suïcidi previ, estar en seguiment actiu al servei de salut mental al moment de l'episodi índex i haver participat en teràpia grupal durant l'any posterior a l'episodi, totes elles associades a més repetició de la CS.

Taula 15: Model multivariant de variables associades a la repetició de la CS

	OR (CI 95%) Cru	OR (CI 95%) Ajustats
Edat	1,017 (0,998 – 1,036)	
Sexe		
Home	1	1
Dona	0,653 (0,367 – 1,162)	<b>0,388 (0,196 – 0,767)</b>
Compleció del PGCCS	0,744 (0,432 – 1,281)	
Circumstància precipitant		
Salut	<b>2,219 (1,236 – 3,982)</b>	
Trastorn mental previ a la CS	<b>3,066 (1,257 – 7,476)</b>	
Trastorn de personalitat previ a la CS	<b>2,239 (1,149 – 4,362)</b>	
Condicció orgànica	<b>1,801 (1,041 – 3,115)</b>	
Tractament psicofarmacològic previ	<b>3,981 (1,737 – 9,120)</b>	
Intent de suïcidi previ	<b>2,949 (1,694 – 5,132)</b>	<b>2,219 (1,159 – 4,251)</b>
Seguiment actiu a SM previ a CS	<b>3,443 (1,957 – 6,058)</b>	<b>2,447 (1,253 – 4,778)</b>
Tractament psicofarmacològic a l'any	<b>4,135 (1,800 – 9,501)</b>	
Teràpia grupal durant l'any	<b>2,540 (1,085 – 5,948)</b>	<b>3,072 (1,208 – 7,811)</b>



#### 4.1.6 Comparatiu de vinculació i repetició de la conducta suïcida segons compleció del programa

Un 48% (n=147) de les persones ateses va presentar una adherència total al programa, completant les 5 visites preestablertes. Les característiques sociodemogràfiques detallades segons compleció del PGCCS es mostren a la Taula 16.

Taula 16: Característiques sociodemogràfiques segons compleció del PGCCS

	No compleció	Compleció	Total	p
n (%)	159 (52%)	147 (48%)	306 (100%)	
<b>Edat, mitjana ±DE</b>	40,42 ±14	44,35 ±14,21	42,31 ±14,21	<b>0,016</b>
<b>Sexe n (%)</b>				0,233
Home	40 (25,2%)	46 (31,3%)	86 (28,1%)	
Dona	119 (74,8%)	101 (68,7%)	220 (71,9%)	
<b>Estat civil n (%)</b>				0,468
Casada	64 (40,3%)	71 (48,3%)	135 (44,1%)	
Soltera	37 (23,3%)	28 (19%)	65 (21,2%)	
Separada	51 (32,1%)	40 (27,2%)	91 (29,7%)	
Vídua	7 (4,4%)	8 (5,4%)	15 (4,9%)	
<b>Convivència n (%)</b>				0,089
Família origen	42 (26,4%)	29 (19,7%)	71 (23,2%)	
Família pròpia	83 (52,2%)	95 (64,6%)	178 (58,2%)	
Sola	34 (21,4%)	23 (15,6%)	57 (18,6%)	
<b>Municipi n (%)</b>				0,866
Rural	74 (46,5%)	67 (45,6%)	141 (46,1%)	
Urbà	85 (53,5%)	80 (54,4%)	165 (53,9%)	
<b>Situació laboral n (%)</b>				<b>0,03</b>
Activa/estudiant	64 (40,3%)	67 (45,6%)	131 (42,8%)	
Pensionista	30 (18,9%)	40 (27,2%)	70 (22,9%)	
Atur/no treballa	65 (40,9%)	40 (27,2%)	105 (34,3%)	
<b>País d'origen n (%)</b>				0,061
Estat espanyol	123 (77,4%)	126 (85,7%)	249 (81,4%)	
Altres països	36 (22,6%)	21 (14,3%)	57 (18,6%)	

Un 17,3% (n=53) van requerir ingrés hospitalari a causa de l'intent de suïcidi, sense diferències entre les que van completar el programa (17%; n=25) i les que no (17,6%; n=28). A l'alta de l'hospital, el 95,1% de la cohort (n=291) tenia diagnosticat almenys un trastorn mental i un 41,5% (n=127) estaven en seguiment en curs en el moment de produir-se l'intent

de suïcidi. Les característiques clíniques i la utilització prèvia de serveis de salut comparats segons compleció del PGCCS es detallen a la Taula 17.

Taula 17: Característiques clíniques i d'utilització prèvia de serveis segons compleció del PGCCS

	No compleció	Compleció	Total	P
n (%)	159 (52%)	147 (48%)	306 (100%)	
<b>Diagnòstic t. mental†</b>	151 (95%)	140 (95,2%)	291 (95,1%)	0,913
≥2 diagnòstics	67 (44,4%)	51 (36,4%)	118 (40,5%)	0,168
T. Afectiu	55 (36,4%)	68 (48,6%)	123 (42,3%)	<b>0,036</b>
T. Depressiu Major	31 (20,5%)	44 (31,4%)	75 (25,8%)	<b>0,034</b>
T. Psicòtic	5 (3,3%)	4 (2,9%)	9 (3,1%)	0,999*
T. Traumes i estrès	70 (46,4%)	57 (40,7%)	127 (43,6%)	0,332
T. Ansietat	5 (3,3%)	10 (7,1%)	15 (5,2%)	0,14
T. Personalitat	36 (23,8%)	21 (15%)	57 (19,6%)	0,058
T. Consum tòxics	40 (26,5%)	23 (16,4%)	63 (21,6%)	<b>0,037</b>
Cocaïna	19 (12,6%)	8 (5,7%)	27 (9,3%)	<b>0,044</b>
Alcohol	26 (17,2%)	18 (12,9%)	44 (15,1%)	0,299
Altres substàncies	10 (6,6%)	4 (2,9%)	14 (4,8%)	0,134
Altres t. Mentals	17 (11,3%)	12 (8,6%)	29 (10%)	0,445
<b>Tractament psicofarmacològic</b>				
A l'alta	136 (85,5%)	120 (81,6%)	256 (83,7%)	0,356
A l'any	96 (65,3%)	111 (75,5%)	207 (70,4%)	0,055
<b>Intents de suïcidi previs</b>	63 (39,6%)	44 (29,9%)	107 (35%)	0,076
≥2 intents previs	36 (57,1%)	27 (61,4%)	63 (58,9%)	0,662
<b>Història de seguiment a salut mental</b>	112 (70,4%)	104 (70,7%)	216 (70,6%)	0,953
<b>En seguiment actual a salut mental</b>	67 (42,1%)	60 (40,8%)	127 (41,5%)	0,815

† Cada persona atesa pot tenir més d'un diagnòstic

\*Prova Exacta de Fisher

Sense tenir en compte les visites pròpies del PGCCS, en el transcurs de l'any posterior a l'intent cada persona atesa va rebre una mitjana de 9,06 visites (DE ±9,14) per part dels professionals del servei de salut mental. Un 92,5% (n=136) de les que van completar el programa van assistir a l'almenys a una visita ambulatoria al servei de salut mental mentre que el percentatge entre les que no van completar el programa va ser de 84,9% (n=135) (p=0,037). Al marge de l'hospitalització que pogués haver requerit l'intent de suïcidi en sí, en el transcurs de l'any posterior un 8,2% (n=25) van requerir d'hospitalització psiquiàtrica, ja fos completa (unitat d'aguts) o parcial (hospital de dia). Es van trobar diferències estadísticament significatives (p=0,036) entre les que van completar el programa (4,8%; n=7) i les que no (11,3%; n=18).

A la Taula 18 es detallen les diferències respecte a l'adherència al tractament, ingressos i repetició de la conducta suïcida.

Taula 18: Adherència al tractament, ingressos i repetició de conducta suïcida segons compleció del PGCCS

n (%)	No compleció 159 (52%)	Compleció 147 (48%)	Total 306 (100%)	P
<b>Adherència a les visites de salut mental</b>				
Assistència a ≥ 1 visita a salut mental	135 (84,9%)	136 (92,5%)	271 (88,6%)	<b>0,037</b>
Visites per persona/any; <i>mediana (RIQ)</i>	6 (2-11)	7 (3-14)	6,5 (2-13)	<b>0,03</b>
Percentatge de vinculació; <i>mitjana ±DE</i>				
Compliment visites psiquiatre	66,23 (±32,68)	79,01 (±25,87)	72,46 ±30,2	<b>&lt;0,001</b>
Compliment visites psicòleg	56,24 (±37,48)	66,17 (±37,04%)	60,97 ±37,5	0,072
Compliment visites t. social	57,21 (±39,58)	73,65 (±32,98%)	63,53 ±37,87	<b>0,024</b>
Compliment visites infermera	75,33 (± 28,87)	76,41 (±27,76%)	75,75 ±28,18	0,892
Manté visites SM a l'any; <i>n (%)</i>	79 (53,7%)	100 (68%)	179 (60,9%)	<b>0,012</b>
<b>Ingressos a psiquiatria durant l'any posterior a l'intent</b>				
Requereix ingrés; <i>n (%)</i>	18 (11,3%)	7 (4,8%)	25 (8,2%)	<b>0,036</b>
Dies ingrés h. de dia; <i>mitjana ±SD</i>	n=11 84,64 ±42,5	n=5 40,8 ±29,8	n=13 70,94 ±43,37	<b>0,037</b>
Dies ingrés aguts; <i>mitjana ±SD</i>	n=10 41,4 ±34,8	n=3 12 ±2	n=16 34,61 ±32,81	<b>0,026</b>
<b>Repetició de conducta suïcida</b>				
Repetició intent 6 mesos; <i>n (%)</i>	16 (10,1%)	5 (3,4%)	21 (6,9%)	<b>0,02</b>
Repetició intent 1 any; <i>n (%)</i>	25 (15,9%)	12 (8,2%)	37 (12,2%)	<b>0,039</b>
Repetició intent 2 anys; <i>n (%)</i>	32 (20,4%)	21 (14,3%)	53 (17,4%)	0,161
Mort per suïcidi 2 anys; <i>n (%)</i>	1 (0,6%)	2 (1,4%)	3 (1%)	0,61*

\* Prova Exacta de Fisher

Es va limitar l'anàlisi de la repetició de l'intent de suïcidi a 24 mesos i en el global de les persones va ser de 6,9% (n=21) als 6 mesos, de 12,2% (n=37) a l'any i de 17,4% (n=53) als dos anys amb diferències entre les que van completar el programa i les que no als 6 mesos (3,4%; n=5 vs. 10,1%; n=16; p=0,02) i a l'any de l'intent de suïcidi (8,2%; n=12 vs. 15,9%; n=25; p=0,039). Pel que fa al suïcidi, a l'any no se'n va produir cap i als dos anys van ser un 1% (n=3) de les persones ateses les que van morir per suïcidi.

## 4.2 Resultats qualitatius del Programa de gestió de casos de conducta suïcida

Hi va haver un total de vuit persones participants, de les quals 5 eren dones i 3 homes. Les edats que tenien al moment de la CS estaven compreses entre els 21 i els 62 anys. A la Taula 19 es mostren les principals característiques que presentaven al moment de produir-se la CS.

Taula 19: Característiques socio-demogràfiques i clíniques de les persones participants a l'estudi qualitatiu al moment de produir-se la CS

Sexe	Edat	Estat civil
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 dones (62,5%)</li> <li>• 3 homes (37,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 entre 20-29 anys (12,5%)</li> <li>• 3 entre 40-49 anys (37,5%)</li> <li>• 2 entre 50-59 anys (25%)</li> <li>• 2 ≥60 anys (25%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 casada (50%)</li> <li>• 3 separada (37,5%)</li> <li>• 1 soltera (12,5%)</li> </ul>
Situació laboral	Nucli de convivència	Intents previs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 activa (25%)</li> <li>• 2 incapacitat laboral temporal (25%)</li> <li>• 3 pensionista (37,5%)</li> <li>• 1 estudiant (12,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 família d'origen (12,5%)</li> <li>• 5 família pròpia (62,5%)</li> <li>• 2 sola (25%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 no intents previs (50%)</li> <li>• 4 sí intents previs (50%)</li> </ul>
Tipus CS	Mètode utilitzat	Necessitat d'ingrés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 intent de suïcidi (87,5%)</li> <li>• 1 intent interromput/avortat (12,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 sobreingesta medicamentosa (62,5%)</li> <li>• 2 instruments tallants o punxants (25%)</li> <li>• 1 precipitació de llocs elevats (12,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 no (50%)</li> <li>• 4 sí (50%)</li> </ul> <p>Entre 2 i 26 dies d'ingrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 observació (12,5%)</li> <li>– 2 psiquiatria (50%)</li> <li>– 1 UCI + hospitalització (12,5%)</li> </ul>
Precipitants intent	Seguiment SM previ	T. mental post
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 un precipitant (75%)</li> <li>• 2 dos precipitants (25%)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 salut (50%)</li> <li>– 3 familiar (37,5%)</li> <li>– 2 sentimental (25%)</li> <li>– 1 laboral (12,5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 mai visitada a SM (50%)</li> <li>• 2 visitada prèviament a SM però sense seguiment al moment de la CS (25%)</li> <li>• 2 en seguiment a SM (25%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 sí diagnòstic/s (100%)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 5 t. afectiu (62,5%)</li> <li>– 3 t. adaptatiu (37,5%)</li> <li>– 2 t. personalitat (25%)</li> <li>– 1 t. relacionat amb alcohol (12,5%)</li> <li>– 1 t. conducta alimentària (12,5%)</li> </ul>
Compleció del PGCCS	Repetició de la CS	Hospitalització durant l'any
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 sí (75%)</li> <li>• 2 no (25%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 durant l'any posterior (12,5%)</li> <li>• 0 entre 1 i 2 anys posteriors (0%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 no en requereixen (100%)</li> </ul>

Es van establir 9 temes principals, 8 d'ells es corresponen als principis de l'atenció centrada en la persona i l'altre és sobre altres aspectes importants a tenir en compte en la prevenció del suïcidi. En cadascun dels temes van aflorar alguns subtemes que es mostren a la Taula 20.

Taula 20: Temes i subtemes categoritzats

Tema	Subtemes
1 Respecte a les preferències, valors i necessitats la persona atesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistència rebuda a urgències</li> <li>• Atenció rebuda a salut mental</li> <li>• Seguiment al PGCCS</li> <li>• Tractament psicofarmacològic</li> </ul>
2 Coordinació i integració de l'atenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinació amb atenció primària de salut</li> <li>• Coordinació entre serveis</li> <li>• Coordinació a salut mental</li> </ul>
3 Informació, comunicació i educació	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació proporcionada durant el procés</li> <li>• Coneixement de l'atenció a salut mental</li> <li>• Comprensió de la informació</li> </ul>
4 Confort físic	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures ambientals a urgències</li> <li>• Mesures ambientals a la unitat d'aguts de psiquiatria</li> <li>• Altres aspectes ambientals i de seguretat</li> </ul>
5 Suport emocional i l'alleujament de la por i l'ansietat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigma associat a la salut mental</li> <li>• Importància del vincle</li> <li>• Altres aspectes comunicatius i de suport</li> </ul>
6 Participació de la família i amics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació a urgències i hospitalització</li> <li>• La importància de les necessitats familiars</li> <li>• Visites individuals o familiars a salut mental</li> <li>• Comprensió a nivell familiar</li> </ul>
7 Continuïtat i transicions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canvis en el professional de referència</li> <li>• Freqüència de visites</li> <li>• Atenció posterior a urgències</li> </ul>
8 Accés a l'atenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidesa d'accés a salut mental una vegada s'ha produït la CS</li> <li>• Derivació a salut mental des d'atenció primària de salut</li> <li>• Proactivitat en el sistema</li> <li>• Accessibilitat dels professionals</li> </ul>
9 Altres aspectes a tenir en compte en la prevenció del suïcidi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parlar de la CS per demanar ajuda</li> <li>• Judicis de valor sobre la CS</li> <li>• Informació i sensibilització</li> </ul>

## 4.2.1 Respecte a les preferències, valors i necessitats de la persona atesa

Amb la premissa del principi que a cada pas de l'assistència les persones ateses han de rebre la informació pertinent necessària per prendre decisions sobre els tractaments a rebre, i que cal considerar professionals i persones ateses com dues parts d'un mateix equip en l'atenció sanitària, en aquest tema es va explorar com es van sentir ateses en diferents nivells assistencials i si s'havien tingut en compte les seves opinions a l'hora de decidir tractaments.

### 4.2.1.1 Assistència rebuda a urgències

En general es **valora positivament l'assistència i el tracte rebut a urgències**. Es considera haver rebut una atenció ràpida i de qualitat.

El record és de **rapidesa en l'atenció**, i de realització de diferents intervencions per tal de preservar la integritat de la persona. També es percep llarga l'espera de la visita per part del psiquiatre/a.

*P02: I em van agafar de seguida, això sí, cap a dintre, i... bueno, allò... és clar, aviam què t'ha passat? (...) No, no, no. Em sembla que vam estar allà a l'entrada i de seguida ja cap a dintre. Que no vaig haver d'anar al, a la sala d'espera aquella que hi ha a urgències i això. No, això no. (...) I... no sé si hi havia gent o no, però me'n recordo que vam, que vam entrar de pressa, jo em sembla que sí.*

*P08: I clar, ja de seguida doncs es va moure tothom. I me'n recordo, res de, de que em van estirar, em van fer un electrocardiogram... bueno, allò que et posen... això, i després, no gaire res més, me'n recordo que em van despintar les ungles, que les portava pintades i me les van despintar perquè m'havien de posar... aquelles coses aquí, i llavors vaig tenir també com una aturada respiratòria i me'n recordo allò que et fan el... que... saps allò que... que et bomben, bueno, que et bomben no, que et fan... això (gesticula amb les mans enllaçades), saps? I... i res. I després com flaixos, eh, per això. Que em van fer un TAC, també... I després ja no me'n recordo... és això, és tot molt vague, eh? I llavors fins que no em van portar a la... a l'habitació de la UCI.*

*P04: I llavors el moment, l'espera que pots tenir a la visita també és una mica anguniosa, vull dir, jo entenc que ja és una situació... però és clar, com que tu en aquell moment no estàs bé, sembla que t'ho hagin de fer ja, no?*

Quan es pren consciència, hores després d'haver realitzat la SIM, es posa en relleu **la importància de comunicar el que ha passat i les emocions expressades passen de la tranquil·litat a la por**.

*P08: Perquè en aquell moment sí que tenia por. Que veia que, que el tema, doncs clar, que m'havien passat les hores i per tant m'havia fet l'efecte de tot aquelles pastilles que m'havia pres,*

*i vaig ser com més conscient, vaig tornar jo i vaig dir: merda, merda, que... que què em passa, saps? O el que sigui. Perquè clar, si no hagués dit res, m'haguessin començat a fer proves i tot plegat i potser, a saber. Però va ser dir-ho i després ja... va ser com més ràpid. Perquè van dir, vale, doncs, li està passant això. I sí que en aquell moment és el primer moment que vaig sentir por. De dir... l'he cagat.*

El **sentiment de ràbia aflora** quan no s'aconsegueix l'objectiu i no es respecta la voluntat de la persona (de morir).

*P01: Ui sí. Tu saps que em va fer ràbia?! Vaig pensar i ara per què m'han despertat, si jo no volia estar aquí?! La veritat que vaig pensar què n'han de fer-ne? si jo no hi vull ser, pues no hi vull ser! (...) Jo em sento molt bé ara, eh? Però... però que bueno, que de vegades també tinc els meus moments... per morir-me no, eh? Però de pensar encara que no ho entenc, no entenc com és possible que si tu vols treure't la vida, que no et deixin, en aquell moment, eh?*

Es transmet **dificultat per recordar, i el record pot ser difús o fins i tot nul**. Tanmateix expliciten la **sensació de tranquil·litat i esperança en rebre ajuda**.

*P02: Me'n recordo... poques coses, eh? Tampoc no, el nom de la doctora ja res (...) I al principi ja t'ho dic, allà vaig estar no me'n recordo ni si em van fer entrar més cap a dintre, o què.*

*P01: No me'n recordo, ja et dic, jo ho vaig veure tot blanc.*

*P05: Si et dic la veritat, no ho sé, perquè no me'n recordo des de que prenia les pastilles fins que no despertava i això... no sabia res. Després... suposo que bé. Em tractaven bé. Però no em recordo gaire de tot això.(...) Perquè... hasta una vegada sembla com si estigués al cel. Vaig notar una cosa de... tranquil·litat. Amb un lloc molt gran, blanc.*

*P07: Lo que sí recordo és que em van preguntar si volia anar a casa, o sigui si em quedaria ingressada, i jo els hi vaig dir que no, que no volia quedar ingressada, i ella sí que recordo que em va dir, però no sé quantes vegades m'ho va fer repetir perquè em quedés clar: segur que no hi tornaràs? I recordo que li vaig dir que no. Però recordo que li vaig dir que no, perquè això sí que ho recordo, que vaig pensar: espero que ara m'ajudin. Això sí que ho recordo! (...) Les coses passen per alguna cosa, però sí que recordo com: ara t'ajudaran. Saps? I recordo que li vaig dir: no, no, t'ho prometo que no ho faré més. Però no recordo res més.*

Un únic **aspecte negatiu relatat és el fet de sentir-se renyat** per haver realitzat un intent de suïcidi.

*P01: Ui, no, no, perfecte! Molt amables tots. Molt macos tots. Tots, eh? Tant les infermeres, em varen cuidar com un ocelllet, l'únic que no em va agradar que n'hi va haver una que em va renyar, però bueno... Com que jo també li vaig fumer un moc...*

Més enllà d'urgències, també reporten bona vivència de **l'assistència a la UCI, on també es rep atenció per part de psiquiatria i es viu com amb bon suport per part de l'equip**.

*P08: Anava a dir: la UCI va ser més divertit, però no, eh? (riu) O sigui va ser una... bona, eh? en aquest sentit, perquè clar, jo estava conscient, sí que havia passat el que havia passat, però jo l'endemà ja estava més desperta i conscient i clar, doncs, podia ja parlar més amb les infermeres i això... (...) També que venia una psiquiatra, i les infermeres i això... Que em fotien molta canya: i per què ho has fet? i no sé què... Clar era... (...) La psiquiatra sí que se'm va posar una mica*



*dura. En el bon sentit de la paraula, eh? Hòstia, que ets molt jove, i que no sé què... Però bé. Bé, bé. No, el tracte i això, súper bé. No, no va ser res... ni cap mal tràngol ni... és això, jo estava desperta, estava conscient, estava allà perquè representa que al cap de 24-48 hores no sé què, quin marge era, doncs el cos et podia fer un tipus de reacció o un altre, i per tenir-me doncs controlada vaig estar allà. I després ja em van passar a planta i ja està.*

#### 4.2.1.2 Atenció rebuda a salut mental

L'atenció rebuda per part del servei de psiquiatria i salut mental, ja sigui a nivell de consultes externes o a altres dispositius com hospitalització parcial o completa, **es valora com a positiva tot i que es reconeix la dificultat en aplicar alguns dels canvis que es proposen durant les visites.**

Els participants manifesten que **han rebut suport i ajuda. Valoren positivament els i les diferents professionals i els diferents nivells assistencials.** Tot i això reconeixen **la dificultat per part de l'equip de professionals en la gestió de possibles conductes violentes que els podrien arribar a desgastar professionalment.**

*P04: O sigui, amb la psiquiatra i amb el psicòleg jo vaig estar de molta sort, vaig tindre sort perquè el seu tracte és molt més profund. (...) Llavors la que també em va, va estar molt bé quan vaig estar aquí al centre, a l'hospital de dia, va ser la psicòloga, molt bé, molt cuidadosa, molt bé, no? I a nivell d'infermeria súper agraït, molt bé, molt content. No tinc cap, és a dir, seria absurd dir tinc una queixa. No, al contrari.*

*P04: Sempre he estat molt ben atès, és a dir, jo mai havia, anteriorment la meua, diguéssim, malaltia, diguéssim depressiva... bipolar, eh? D'alcohol... Jo mai no m'havia imaginat el caràcter tan bo que té salut mental envers als malalts, no? Vull dir que el tracte és boníssim, és a dir, el treball que fan els professionals és un 10 perquè, no soc jo sol, jo perquè soc pacífic, però hi ha persona que és violenta, hi ha persona que és agressiva, hi ha persona que, que no vol saber-ne res... és clar, llavors el tracte... això ha de desgastar amb un professional, encara que sigui la seva professió, però és clar, cada dia, cada dia, cada dia, cada dia... Jo entenc que el més normal és que un dia no tinguin un bon dia, que es tingui un dia... I en canvi jo no he trobat mai cap... al contrari.*

*P01: M'he sentit molt bé. (...) Tots. La psiquiatra molt bé, molt bé la noia aquesta, molt maca. La primera psicòloga que vaig tenir, també. També era molt maca. (...) Perquè m'he sentit molt bé, aixís, m'he sentit molt que m'heu ajudat, igual que aquell noi, el terapeuta aquell, sempre li he dit, osti deus estar tant feliç poguer ajudar a la gent...! I diu: doncs sí. He enganxat persones, doncs que m'han ajudat. I et fa sentir molt recolzada i molt, que encara hi ha coses bones en aquest món. Que no tot és dolent! Si poses la tele, sí, però no la poso i ja està!*

**Les activitats proposades com és l'exercici físic en les visites per l'equip de salut mental són considerats com a bons recursos tanmateix admeten que cal un esforç per part d'ells mateixos que després valoren considerablement.**

*P08: Psicòlegs, infermers, psiquiatres, ells m'han proporcionat tot el que, el que tenien al seu abast. Llavors he hagut de ser molt jo. Ells et donen l'empenta, eh? Per... Però això, que sembla*



*que diguis: vaig al psicòleg i... i et fa la vida més fàcil i ja està. I no. Vull dir, ells t'ajuden eh? i t'acompanyen. Però llavors la resta li has de posar tot tu. Vull dir, si que et donen recursos: mira, saps? Si n'hi ha de: si et trobes així fes allò, de si no sé què, i parlant i el que sigui... Però la resta li has de posar tu. En aquest sentit crec que ells m'han donat tot el que jo... tampoc em podien donar més. I si, poder en aquell moment, no vaig fer o no... vull dir, he començat a actuar, o comences a actuar quan tu dius: va, prou. Saps? I t'hi poses. I ets tu que has d'anar fent les coses, igual que les pastilles.*

*P08: Clar, jo el que no podia pretendre és que vosaltres m'agaféssiu de la maneta i em diguéssiu: mira va, aquí. Saps? O cada dia: va, ves a caminar. Vull dir que jo en aquell moment sí que, que ara hi penso i dic: hòstia, que ens ho dèieu i jo pensant, vale, vale, ja... ja dallò. I de tant en tant dius: va, vaig a caminar o vaig a no sé què. Però jo no podia pretendre que em diguéssiu: va, apunta't a aquest gimnàs. O: va, que t'hem trobat aquest curs perquè no sé què. No. I jo això de l'esport poder fa mig any que ho faig, saps? I que ho trobo a faltar quan no ho faig i que dallò. Però fa mig any, saps? I poder fa un any i mig que ens estàveu taladrant amb això. Vull dir que fins que no ets tu que dius, (...) Fins que no he sigut jo que he dit: hòstia, va! Igualment ja et poden anar dient... (...) Vull dir, al final ets tu que... Ja et dic, eh?*

*P08: Perquè més enllà de coses que, que aprens, que et puguin ensenyar, siguin els psicòlegs o la psiquiatra, o altra gent, saps? Això de la teràpia i el que sigui... El comences també amb tu mateix. I t'aprens, et coneixes molt més a tu. I és això, comences un procés que, que no l'acabes mai.*

**En d'altres ocasions es veuen incapaços d'aplicar algunes pautes donades pels professionals psicòlegs, no se senten compresos i reconeixen no tenir recursos suficients.**

*P07: Llavors jo recordo això i sí que recordo que em va enviar al psicòleg però per exemple, si li explicava que em prenia molts laxants, perquè jo m'he arribat a prendre 40 laxants. 40. I això ho saben perquè està apuntat. Tu imagina't quina bomba, o sigui, quan tu vas amb algú i li expliques que has fet això, és que ja d'entrada, jo crec, que has de... o sigui no has de tenir gaires estudis per pensar que aquella persona té un problema. Té un problema greu. T'envien allà i el que em va tocar em va dir: noi, no en prenguis pas més! Clar, bueno no en prenguis més... Aviam, o sigui, ja ho entenc: no en prenguis més. Però clar, és que jo, sortiré d'aquí i la necessitat que tinc perquè tu no m'has aconseguit treure-la, perquè amb una visita d'una hora i mitja, no m'has aconseguit treure això i tu m'has donat unes pautes però, que estàs esperant que les segueixis, però jo no tinc aquests recursos per arribar a casa i quan tinc aquella necessitat: què t'ha dit, no ho facis.*

**Pel que fa a ingressar a unitat d'aguts es reconeix que han tingut prejudicis negatius per aquest tipus d'unitat i que, una vegada es produeix l'ingrés, comproven que la realitat és diferent i acaba essent una bona experiència.**

*P04: Allà molt bé. Jo vaig quedar parat perquè, quan vaig fer l'ingrés, quan sents parlar moltes vegades de psiquiatria, d'aquest globo que no... eh? Aquesta metàfora o d'aquesta llegenda urbana del què és... i no, molt bé. A part que els usuaris que hi havien no hi vam tenir cap problema, prova és que d'aquell fet, hi havia un usuari allà, i encara des d'aquell fet sempre em saluda, es para i... vull dir que, no, no, molt bé. Aquella època, tenia aquell psiquiatre i el servei d'infermeria perfecte.*

**Pel que fa a l'atenció grupal per la CS, una vegada superats els prejudicis que es tenen tant en relació a la pròpia teràpia com a les persones participants, es valora molt positivament el fet de compartir les diferents vivències. També expressen la necessitat de continuïtat de les sessions amb coordinació i supervisió professional.**

*P08: Sí, la teràpia que vem fer... amb... no sé quants érem, si quinze o així ben bé. I que és això, que el que teníem en comú era això, que tots havíem, havíem tingut l'intent aquest. Que a nivell d'experiència molt bé, eh? Vull dir, et diuen "faràs teràpia" i et penses que aniràs allà amb un grup de persones que... que estan com una cabra com tu i que potser a saber, saps? Però no, no. És gent normal, com ets tu normal, que l'únic que tens en comú és que ha passat això. Cadascú per les seves circumstàncies, i cadascú, és això, jo era la més petita i n'hi havien que tenien això, cinquanta anys o així, o més. I vull dir cadascú amb el seu marc, diguéssim, perquè cadascú havia intentat un cop fer això, o dos, o el que sigui.*

*P07: Jo espero que aquest grup, per exemple, que hi ha, que no es perdi. Perquè vem fer aquelles... jo ho recordo, vem fer aquelles sessions, i recordo pensar, mmm... ostres, i ara què? Perquè clar, si ara ja acabem això, ens han donat pautes, hem tingut una relació... Però jo no he acabat encara amb la meua història! Jo encara necessito aquest contacte! Amb què hi hagi... bueno, la infermera i la psicòloga, no? Perquè si un altre dia és un altre grup amb uns altres... psicòleg i daixò, no? Doncs... aquest contacte, no? Ostres, però és que jo encara ho necessito! Perquè és que jo encara no he acabat, jo no estic curada, encara no estic bé. I per mi, aquest manteniment i saber, veure que encara hi sou, per mi això és fonamental. Perquè jo crec, crec, eh? I t'ho dic molt sincerament, no ho sé, eh? no ho sé perquè... espero no trobar-m'hi, espero no trobar-m'hi, però jo alguna vegada he pensat: hòstia, és que si no hi fossin, no sé si hi aniria. Per tant, clar, la clau és el grup, però clar, en el fons hi ha d'haver aquesta figura.*

#### 4.2.1.3 Seguiment al PGCCS

**En general la valoració que fan les persones ateses de la participació al programa és bona, destaquen com a aspectes positius del programa el fet de saber que poden demanar ajuda si ho precisen i el saber que hi ha algú que es preocupa pel que els està passant.**

*P03: Molt bé, molt bé. Perquè... jo vaig estar molt avall, després lo que et dic, però jo això ho vaig valorar molt des del principi. Perquè vaig pensar: bueno, si quan estic així amb els meus no els hi dic res, dic, pues al ser, al no ser del meu entorn diguéssim, pues poder sí que és una eina per... Com que és allò, aquell sentiment de que no vols fer patir als teus, pues jo el vaig valorar molt, molt. Molt positiu, molt positiu. (...) A mi m'ha anat, a mi personalment m'ha anat així bé, perquè tu m'has trucat, hem parlat, jo t'he pogut trucar... O sigui que a mi m'ha anat bé.*

**El seguiment telefònic és un reforç positiu, tanmateix reporten també la dificultat d'expressar i/o explicar com es troben per aquesta via i la necessitat que les trucades fossin més freqüents .**

*P04: Sí, i tant, sí, sí. La primera vegada em vas trucar a casa i va ser molt sorprenent, molt gratificant, sí. Sí, sí, molt bé, molt bé. Molt bé, molt, a més sorprenent de, però a nivell de*

gratificació, eh? De dir, ospa! Quin detall, no? Quan estàs... I alguna altra vegada que m'havies trucat, que em deies: soc la infermera. Al moment: ep! Estàs bé? Sí, sí, vull dir, varies vegades.

P07: Jo en aquell moment bé. Lo que passa que clar, si és en un moment que més o menys estàs bé, clar, tu més o menys ja intentes, no, allò... clar, no, no allargar-te perquè saps que és per telèfon, no? i llavors... no? Ja saps que... bueno, saps? és... però bé. Bé perquè saps que hi ha algú que se'n recorda. Jo me'n recordo de "Ostres, m'ha trucat la infermera! Mira, se'n recorda ella de mi!" Saps? O sigui, com a mínim saps que i ha algú que hi pensa, i que no és la... que sí, que hi ha una part de protocol, no? T'he de trucar i tal però... bueno, també hi ha aquella part, no? de veure que... bueno, que per això és llavors el feeling, l'empatia... bueno, per això ja llavors tota la... No? Tota la cadena de...

P02: Sí, i això per exemple que, em sembla que també m'has trucat algunes vegades, això també ajuda. Una simple trucada i aixís i... Encara que no sigui la visita, vaja, en el meu cas mateix, allò de dir, també penses: oïta, pensen en tu. I... perquè algun dia que m'havies trucat, quan em dius el nom, al principi, ara ja més o menys us tinc assumits i això, però al principi, osti! Qui truca, i... per telèfon costa una miqueta més, però només sentir allò una estona i això, és, bueno, és clar

P01: Mira, jo egoïstament, és massa poc. Perquè m'anava molt bé quan em trucaves.(...) Sí, perquè quan tu em trucaves, doncs jo em sentia llavors molt bé. Sí, sí. Més que tot per això. Parlava, sentir-te i la teva veu, m'agradava com que et sents com molt arropada. Llavors, potser més, m'agradaria. (...) Sí. Sense passar-se, però una mica més. Perquè jo, la veritat, a mi m'agradava. Aquesta, aquesta cosa. Em sentia molt bé. Hasta el meu home em deia, diu, no t'ha trucat la infermera encara? Dic: ai, no, em sembla que ja li toca! (rialles). Dic em sembla que ja li toca, es veu que amb la cara m'ho coneixia (riu).

**El recurs telefònic és reconegut com a una opció preventiva per tal de demanar ajuda abans de repetir una CS. També reconeixen que a vegades demoren massa les trucades.**

P04: Sí, sé que et vaig trucar, te'n recordes? El dia aquell que havia fet el consum, eh? Doncs sí, em va anar molt bé per, bueno, obrir, explicar, que em vas dir: no beguis més, ves a casa, vull dir que, sí, sí. Fins i tot el tinc al mòbil, fixe, ja guardat. Vull dir que... (...) Sí que alguna vegada havia tingut sensacions o debilitats i havia contactat amb tu, varies vegades perquè tenia la depressió, que em passava pel cap aquella sensació d'autòlisi, eh? Les idees.

P03: Penso que us tinc, que m'heu ofert i que tinc aquestes portes obertes i és lo que em, estic agafada, sí (...) L'adelantar-te, el fet d'adelantar-te quan et comences a sentir malament i no permetre arribar al fons és molt important, clar.

P03: Clar, els dos primers dies jo vaig pensar quan va començar-me a donar el bajón, jo vaig pensar: bueno, espera't perquè dos dies els tenim tothom. Però ja quan em vaig veure que començava a estar tan caòtica... a la feina molt irritable altra vegada... La feina se'm feia buffff... a casa també molt caòtica, començava moltes vegades a... ja quan vaig veure això sí que... Però bueno, és el que vaig fer, trucar-te a tu i, i veure el què.

P02: L'he fet servir em sembla... dues o tres vegades em sembla que era. I, és clar, com que més o menys vas tirant, potser l'apures massa. Perquè penses, tampoc no cal si... si. He mirat de, també m'han ensenyat una mica a relaxar-me, a respirar i mirar de tenir pensaments una mica més positius i això, quan estàs en aquest estat que et ve de tant en tant sense, sense sapiguer-ho ben bé... però el telèfon per exemple, sí que és... l'única cosa em sembla que era un dimarts que podies trucar... com si pogués haver-hi un altre dia que es pogués trucar a més a més o... (...) Llavors ja vaig veure que deixàveu ben clar que el telèfon era qualsevol hora hi

*podies trucar perquè me'n recordo que el dia aquest de la visita vaig trucar quan vaig saber que m'havia equivocat de dia, i bé me'l vau agafar i això.*

També es reporta que **les visites presencials programades asseguren la seva assistència. Valoren positivament el contacte personal.**

*P06: Sí, jo m'hagués agradat veure't més a tu i parlar més amb tu. No sé (...) Un cop al mes mínim. Una valoració de com estàs, sí.*

*P06: Sí, m'agradava molt sentir-te i que et preocupessis per mi, clar. Però clar, a vegades hi ha moments que jo estava treballant, o... A mi m'hagués agradat més veure't. (...) Sí, a mi m'agrada molt veure a la gent, i parlar, i el contacte. A mi m'agrada. (...) Però sembla que si estàs com... obligada, saps que vens, no? A mi no m'agrada mai molestar i, bueno, potser estàs ocupada o tens... Entens què vull dir? Doncs, saps que aquell dia a aquella hora tens que anar a veure a la infermera. Doncs te les arregles perquè has d'anar a veure a la infermera, saps?*

**El desig de ser una persona autònoma dificulta recórrer al telèfon o a la consulta oberta. Un altre obstacle que manifesten per optar a aquests recursos es pensar en un possible ingrés.** Es proposa que podria ser útil algun tipus de sistema més automàtic que pogués fer l'avís en cas que la persona estigués en risc.

*P01: Sí, però no vaig trucar perquè una mica marrana soc. Jo crec que volia ensortir-me'n una mica també, venint aquí, però sortir-me'n jo, ser capaç de no necessitar, bueno, torna a ser egoisme... a ningú. Per sortir-me'n d'això. Saps? I he necessitat, he necessitat, és clar. Amb vosaltres, sort n'he tingut, aquí. Sort. El meu home. (...) (sobre la consulta oberta) No l'he utilitzat. Per lo que t'he dit que jo soc una persona molt aixís. Bueno, és que he estat molt rara tots aquests dies. No sé si... em sembla que no era pas ben bé jo, però realment jo soc aixís, m'agrada sortir-me'n de les coses. Intentar-ho, al menos. Aquest cop no ho vaig aconseguir. Llavors vaig pensar: estigue't tot lo més possible. Si tinc d'anar, el meu home, com que ja em coneix tant, si hagués hagut de venir ja em, ja m'hagués dit: va, home nena, anem!*

*P05: Bueno, bé, bé. Tenia, tenia el número de telèfon i això per trucar-te però, quan he tingut una mica de... aixís de baixada i tal... mmmm... no ho sé, no m'agrada agafar i: tu, que em trobo... No he trucat. Si he tingut una mica de mal rato no he trucat perquè penso: a lo millor vaig a la psiquiatra o et truco a tu i a lo millor m'ingressen i... i això em dona... Em passa això.*

*P03: Sí, clar, però el telèfon tu truques o no truques. (...) Clar, és molt difícil perquè hi han caps i caps i caps... en aquell moment no ho sé. Jo alguna vegada he pensat dic: hòstia és que jo no sé si això es podria... aconseguir, no? Igual que els presos porten una pulsereta per si... vale? Dic, pues a lo millor es podria inventar algo que els metges poguessin detectar: ei, aquesta persona sembla estar... fabulant, no? (riu) és que la imaginació...*

En conjunt, **el programa i l'accessibilitat que ofereix, proporciona tranquil·litat a la persona atesa.** La valoració general del programa és positiva, també de la persona que el porta a terme i de la trucada del 061 vinculada al codi risc de suïcidi.

*P07: Però per mi sobretot el fet aquest, no? De tenir aquest telèfon, aquest contacte... Saps? Aquest saber. Llavors més tard va venir el grup, clar, això ja va acabar de fer que ja no era trucar, sinó que jo ja sabia que aquest contacte hi era físic cada setmana (...) Clar, per mi això és clau. Per mi, això és clau. Perquè saps... saps... que llavors a lo millor no els fas servir mai o, com a*

*molt, un cop a l'any, no? Però per mi és clau, el sapiguer que: bueno, un dimecres, ha passat un altre dimecres, ha passat un altre... Si tens alguna cosa... bueno, no passa res, no t'has d'esperar quatre mesos i espera que igual el dia que hi siguis no hi serà, espera, que li pots dir la setmana que ve, no et rallis, no et saturis, no t'agobiïs, la setmana que ve li expliques, la tens allà... Saps? Per mi això... això és vital. Això és vi-tal. Per mi. I suposo que com jo, moltes altres persones, no?*

*P01: Jo crec que sí, que va molt bé. Perquè te sents molt recolzada, molt que, que no estàs sola. Que t'ajuden. Que la gent està allà i t'ajuda. Ho vaig trobar molt bé. Inclús em varen trucar de la Generalitat (...) No, ho vaig trobar molt bé, molt bé. A més realment això també m'ajudava (...) I amb l'infermera molt bé. Molt bé, molt bé sempre. Sempre, sempre. Quan per les visites i quan em trucava també. Sempre, molt bé, molt bé. Molt amable, molt, molt bé. Molt carinyosa.*

#### 4.2.1.4 Tractament psicofarmacològic

El tractament psicofarmacològic ha estat un tema que va anar sorgint al llarg de les entrevistes, en alguns casos perquè hi havia molt desconeixement ja que era la primera vegada que realitzaven tractament farmacològic, i en d'altres perquè ja feia temps que es realitzava el tractament i, en general, la demanda és de reduir la dosi.

Un aspecte que pren rellevància és **la reticència en prendre tractament farmacològic, que en algun cas utilitzen en la CS. Costa arribar a entendre la necessitat de fer aquest tractament però posteriorment es valora com a positiu malgrat els efectes secundaris.**

Tanmateix manifesten el desig de que es redueixi la medicació.

*P08: Em va receptar les pastilles. Que això sí que vaig trobar el tracte molt diferent, eh? Vull dir... A la primera visita aquesta primera, primer contacte que vaig tenir amb el psiquiatre, que era un home que no sé com es diu, clar, em va dir, era una visita, va ser una visita molt curta i la única cosa que em va dir, em va dir: a veure, explica'm què et passa. I li vaig dir: bueno, que m'agobia molt amb la feina, no sé què... i amb el menjar i això... Tu eh que vols solucionar el problema? Doncs tu t'has de prendre aquestes pastilles. I això sí que ho vaig trobar molt malament (...) I me'n vaig anar. I no me les vaig prendre aquelles pastilles. Me les vaig prendre al cap d'un temps, totes de cop, però no me les vaig prendre perquè vaig pensar: jo el problema que tinc, no el vull solucionar amb pastilles. El vull solucionar jo. I sí que al final me n'he acabat prenent per temes d'això, que no dormia bé, que... I m'han anat bé i m'han ajudat.*

*P01: Li vaig demanar l'altre dia a la doctora aviam si la podria deixar i diu no, em diu, encara no perquè si estàs bé és perquè te'l prens. I ara realment, ara, ara considero tot just ara amb el temps que fa ja, que realment el medicament m'ha anat bé. M'ha anat bé. Que encara tinc molta son, encara hi ha moments que estic molt atontada, perquè jo soc persona humana a la tarda, amb aquest medicament, al dematí no, al dematí és que m'estimo més dormir. Ara, si jo dormo les meves hores, a la tarda estic bé. Però tinc de dormir. Però no perquè jo sigui dormilega, no. És que no em desperto. Si el meu home no em desperta i em diu, va!*

*P02: I lo primer que em van dir allà: bueno, t'hauràs de prendre pastilles. No sé què els hi vaig dir de les pastilles i, i bueno, ja em van fotre bronca només d'això, però que t'ho has de prendre. I jo, però per què? Però completament... com si no hagués passat res, eh?*



P05: És clar, és que són, són ja casi 20 anys prenent medicaments cada dia, fer canvis de medicaments... quan vaig estar aquí a l'hospital de dia, em fotien el medicament per aquí a la vena, i portava l'agulla, la d'això, com es diu? La via... una setmana aquí i una setmana aquí. En a mi abans les venes se'm notaven que em podien punxar per fer anàlisis de sang... bueno, les tenia gruixudes i tal. Em varen tindre com un somnàmbul. Les venes em varen desaparèixer. I no podia aixecar ni una pilota de basquet, de com em tenien aquí a l'hospital de dia... Això al principi d'estar... quan l'hospital de dia estava a la primera planta. A l'hospital. Vaig estar vuit mesos. I després vaig estar una altra vegada ingressat, o dos.

P05: Parlo tot el que em surt en aquell moment... i si tinc problemes ho dic, a vegades li he demanat també que em baixés el medicament... bueno, a veure, de quinze pastilles que prenia, o setze, ara estic prenent cinc... Però encara m'agradaria provar amb menys pastilles a veure com em sento. Suposo que a la pròxima visita, que és el dia 20, amb la psiquiatra, li diré a veure si em baixa algo de medicament. Sempre és molt reàcia a baixar medicament, però bueno, alguna vegada li he dit i m'ho ha fet al final. A veure si ara em vol baixar alguna pastilla més també perquè... No tinc una vida... no sé serà el medicament... no tinc ganes d'anar amb dones, no tinc ganes de, de res...

Les persones ateses **manifesten la necessitat de més recursos en l'atenció als problemes de salut mental més enllà del tractament psicofarmacològic**. Consideren les visites al psiquiatre/a de fredes.

P06: Ens veiem poca estona i jo ja sé que ella m'ajusta el medicament, com estàs... Ara m'han donat una altra pastilla més forta, per calmar tot això que encara tenia a dins que bum, bum, bum. És horrible. Els pacients que us venen aixís... És molt dolorós. És que estàs ficada en un infern, eh? Estàs ficada en un infern.

P06: Molt malament em vaig sentir. Em vaig sentir fatal allà. Però si vas a l'hospital també et donaran un diazepam, eh? No tenen eines tampoc, eh? No tenen eines. I això t'ho puc dir jo, t'ho pot dir la meva cosina, t'ho pot dir la meva germana, que han tingut atacs d'angoixa. T'ho pot dir la meva tieta, que ha tingut atacs d'angoixa. No hi ha eines, no en saben. No estan formats. A més a més et miren com algo com... Jo em vaig sentir... Jo penso que aquí s'hauria de treballar molt més, aquí hi ha una mancança bastant forta. Se'm fica la pell de gallina de pensar-hi. Perquè no... No m'ho podien parar. És que no m'ho podien parar. És que la solució que em donaven és que ja em passaria, i que amb un diazepam em relaxaria. Clar, jo tenia una escena ja... un caos...

P08: O sigui, vaig sortir com enfadada d'aquella visita. Perquè vaig pensar: jo he vingut aquí per plantejar-te un problema que tinc jo, no perquè em donguis ja directament pastilles. Que ja entenc que els psiquiatres en recepten i el que sigui, però no em va agradar gens aquella... aquell tracte així. Ho vaig trobar, a part de fred, que és evident, que tu ets el metge i jo sóc el pacient, però ostres, saps? I a part va ser una visita potser de deu minuts, eh?

## 4.2.2 Coordinació i integració de l'atenció

En aquest tema es va examinar si, tal com advoca el principi, cada tractament proporcionat en l'atenció es va integrar amb tots els tractaments en conjunt, tenint en compte el funcionament de la persona com un tot.

### 4.2.2.1 Coordinació amb Atenció Primària de Salut (APS)

**Hi ha la percepció de bona comunicació per part dels serveis de salut mental i el Metge o Metgessa d'Atenció Primària (MAP) sobre la CS.** Malgrat que alguns MAP s'interessen i resten oberts a parlar sobre el que ha passat n'hi ha d'altres que no. **Parlar-ne amb aquesta figura es percep com un aspecte positiu.** El fet que no se'n parli és considerat per la persona atesa com que ja està essent atesa a salut mental.

*P02: Ella m'ho va demanar, perquè, és clar, no sé què surt allà ben bé, suposo que l'informe i tot això i... I és clar. Va posar una cara de sorpresa i, osti, què t'ha passat i... m'has deixat ben parada i tot això i... però no, no. N'he pogut parlar amb claredat a tot arreu. (...) Que t'escoltin i això és... encara que això, per exemple la capçalera, si hi hagués anat el primer dia i, bueno, el parte i... ja està, la baixa i això, doncs... no ho sé, hagués quedat fotut.*

*P06: Sí que una de les doctores que estaven a urgències li va dir al meu metge de capçalera, que és una bellíssima persona, una bellíssima persona, li va explicar: he tingut una teva pacient i ha passat això i això. I em va trucar i em va voler veure de seguida.*

*P01: Sap lo que em va passar però no n'hem tornat a parlar més. Ella em demana i m'ho demana, em demana: com estàs? sobre... el tema. I dic més bé, més bé, la veritat estic més bé.*

*P07: Però més... o sigui, ella no m'ha preguntat mai, o sigui, com estàs, però en el sentit de com estàs... com et sents, no? Perquè jo crec que ella ja considera que jo ja estic anant, no? Amb... amb les persones. Llavors aquest "com estàs?", no l'ha fet, és: com estàs què et passa avui, no? La de capçalera és més com... per lo que... al dia, no? O sigui, avui tens un refredat, ataquem el refredat. Avui tens un accident, veurem què fem, no?*

**Quan hi ha una bona coordinació entre APS i salut mental la valoració és bona i sobretot es valora positivament la implicació de MAP.**

*P06: Bueno, jo com que tinc un metge esplèndid, jo tinc un metge esplèndid, llavors quan vaig anar aquest estiu que vaig tenir un altre episodi d'angoixa un altre cop que no tornava a caminar, això va ser a principis de juliol, vaig anar amb el metge de capçalera i el metge de capçalera de seguida va trucar, vaig anar-hi i va dir trucaré a la psiquiatra i ens fiquem en contacte ella i jo aviam què fem. I la psiquiatra li va donar unes pautes i jo poc a poc vaig anar deixant... perquè dormia tot el dia, és que estava adormida tot el dia, i a poc a poc vaig anar deixant el lorazepam que me'n van donar molt. Però sí, hi ha hagut sempre la psiquiatra parla amb el capçalera, suposo que vosaltres esteu en contacte...*

#### 4.2.2.2 Coordinació entre serveis

**La coordinació** entre diferents nivells assistencials i serveis diferents **pot ser complicada i encara més si comprèn diferents zones geogràfiques d'atenció**. El fet de pensar en tornar a explicar-ho tot fa que no es demani ajuda malgrat no estar bé. **Quan existeix aquesta coordinació, la valoració és molt positiva.**

*P03: Sí, em va passar pel cap perquè jo ja hi havia estat en serveis de salut i... em va anar bé, però... era com que em feia pal tornar a explicar-ho tot... Saps què vull dir? Com que ja estava malament, era com que em feia molt de pal tornar a haver-ho d'explicar tot... a veure què, en aquell moment és que... més que em donava pal és que... passava de tot. És que em donava igual, la veritat és que em donava igual, jo mateixa em donava igual.*

*P04: I dic, home ja ho faria, però és que estem pendents de lligar, diguéssim, l'atenció del psiquiatre en aquell moment a mi em va ser molt gratificant, perquè en un moment em va dir: no et preocupis que ho arreglem. Hi havia la meva germana i això, i dic, el tema està que teníem de lligar-ho amb la treballadora social, allò que has d'estar... Però, bé, molt bé, no?*

A nivell **d'integració d'assistències** afloren dos aspectes importants: la duplictat de visites i tràmits que suposa el **seguiment que fan les mútues laborals** i l'ús de les **modalitats d'atenció pública i privada**.

*P03: Lo del fet de la mútua, jo ho sé que ho han de fer. Però el fet de la mútua... jo penso que això hauria d'estar coordinat d'altra manera perquè el pacient: ara al capçalera, ara a la mútua, ara... vale? Penso que hauria d'estar més unificat entre lo que és el sistema, vale? perquè el pacient no hagi de...*

*P07: També he de dir, clar jo he fet, clar servir les dues medicines, que per desgràcia això està més a l'ordre del dia, també entenc que hi ha moltes persones, hi ha moltes mancances, llavors jo reconec que, no me n'he amagat mai, i reconec que he hagut de fer servir les dues medicines (...) Però clar, sempre acabes necessitant també molt el cantó públic, no? Perquè clar, hi ha moltes coses que llavors si no consten, si no... Que clar, això... seria difícil, no? Però poder inclús lligar això, seria ja lo idoni, no? Allò de dir la privada i la pública, no? Seria poguer-ho lligar. I... és una manera de fer que molts pacients i malalts, no... no estiguin tots concentrats amb un mitjà, o sigui amb un... públic per exemple, però que alliberin molt, però que alhora estiguin connectats. Perquè en el fons la persona és la mateixa, no?*

#### 4.2.2.3 Coordinació a salut mental

Es demana més freqüència de visites però tenint en compte que **és important que no coincideixin el mateix dia**. De totes maneres, la sensació és que **les intervencions estan ben coordinades**.

*P02: És clar, com que, com que m'han anat visitant per diferents llocs, jo ho he trobat bastant, bastant normal, perquè inclús algun dia allò que em tocaven dues de cop i ja anava de bòlit, allò que surts cansat al matí de la psicòloga perquè surto rebentat, i llavors havia d'anar a la mútua de treball... Com estàs? Ostí! I arribava al vespre, i bueno, com si hagués fet... 300 km caminant.*



*P03: Molt bé. T'han demanat com et sents, com no et sents. Mmmm... ho notaves que estàveu obertes però va, vols explicar? No, molt bé, molt bé. Està molt bé.(...) La coordinació és brutal. No, no, en aquest sentit molt bé. De seguida, clar, vosaltres mirareu l'informe i de seguida sabeu qui és qui i totes, i aneu coordinadíssimes, i tant, sí.*

## 4.2.3 Informació, comunicació i educació

Les persones participants van explicar les seves percepcions sobre l'acompliment d'aquest principi segons el qual és essencial que les persones ateses estiguin plenament informades i que aquesta informació cal que sigui transmesa amb professionalitat i empatia.

### 4.2.3.1 Informació proporcionada durant el procés

**En general la informació rebuda es valora com a bona al llarg de tot el procés d'atenció i que s'ha anat rebent la informació tal i com es podia anar comprenent.** A vegades, però, no s'acaba de comprendre la informació rebuda.

*P04: El primer xoc o el primer moment, la informació és molt bona, vull dir que no t'amaguen res, que estàs aquí i llavors et diuen: mira, hi ha això, hi ha això altre... no, jo tinc, bueno, jo tinc, em considero privilegiat amb el tracte que he tingut, no vull dir que els altres no el tinguin, eh? Vull dir...*

*P03: No perquè ja et dic, jo m'he sentit cuidada, informada i en tots els aspectes m'he sentit bé. Inclús estant malament, jo ho observava això, i ho, inclús estant malament, eh? o sigui que bé, estic bé, ara estàs bé i ho pots valorar, no? Però no, inclús estant malament ja ho valorava com a positiu.*

*P08: Jo el que me'n recordo és que em deien: bueno, ara et farem aquesta prova, ara et farem aquesta altra. Però... entenc que jo tampoc estava en les millors condicions de que m'expliquessin a veure què passava, eh? Però en aquell moment... Clar, em deien suposo el que veien que jo podia entendre. Com que estava una mica entre aquí i allà... Em naven dient sí, ara et farem aquesta prova i ara l'altra. Llavors sí, quan vaig estar a la UCI em van dir: mira, t'ha passat això i t'hem fet això, això i això, i et podria passar, o et podria haver passat això. Quan jo ja estava més clara de cap.*

*P02: I allà la manera que em va tractar la doctora i això ja... li vaig començar a explicar coses que no havia explicat mai. I me'n recordo ben bé, que diu: és que això és depressió. Hi havia la meva dona allà, això és depressió i forta i tal i. Quan em va dir això vaig pensar: com pot ser que... si només anava a fer això no, no... Depressió ja... ho relaciones amb tot el dia al llit o que no vulguis sortir de casa i ja està però... veus que són altres coses que també, que pots tenir una depressió de cavall i pot semblar que no la tinguis i que et surti de cop.*

*P05: No, la veritat que no he tingut massa, massa... A veure, la psicòloga em parla que... la depressió... Bueno, no sé ara com, com deia. Però que és com un peix que es mossega la cua, em deia. Estàs bé, després malament, i tal. Però mmm... com et diria? Una cosa concreta, que*

*diguis: mira, a tu et pot passar això, per això, tens aquesta enfermetat, tens la altra i tal... I que em diguessin per quins motius exactament em podria haver passat... Pues, no.*

#### 4.2.3.2 Coneixement de l'atenció a salut mental

L'atenció a la salut mental és un món desconegut i **l'estigma i el tabú que s'hi associen poden ser una barrera per demanar ajuda. Les persones participants posen en valor el fet d'haver estat informades sobre on anar a demanar ajuda**, però reflexionen que no tothom disposa d'aquesta informació. Així mateix, dubten si haurien arribat a tenir l'atenció rebuda si no s'hagués produït una CS i **destaquen que una mesura de prevenció real seria que l'atenció arribés abans de produir-se la CS.**

*P04: Doncs ara he tingut la facilitat doncs de demanar ajuda immediatament, no? Poder si no es coneix aquest món, la gent no sap a on anar a parar en aquell moment. És dir: què faig jo ara? No sap que té un servei d'urgències, no sap que té un servei que el poden atendre, no? Llavors sí que és, que és clar, això és un tema ja que s'ha d'anar obrint i la gent com encara té el tema molt tabú, penso, és dir, tu te'n pots anar al dentista, te'n pots anar al digestòleg, al coronari i no passa res. Dius, te'n vas al psiquiatre o al psicòleg, la gent sembla que es freni, no? I tu, el cervell és un òrgan més del cos, és el que... no és mente... corpore sana, mente sana, és al revés: mente sana, corpore sano. Vull dir que... és així, no? Llavors és clar, això, encara penso que fa allò de, de... com està el teu germà? No, mira, està a psiquiatria. Ai! Psiquiatria, ai! I doncs, què... Clar la gent: està boig, ja, ja es fa una derivació de lo màxim extrem d'evasió cerebral, no? És una mica aquest el tema, no? (...) Hi ha gent que està fotuda realment, llavors la societat no entén aquest moment de... jo, per exemple, soc un, un dels que abans deia, que quan algú tenia una depressió, deia: el que li convé a aquest és que li vingui una guerra. M'entens? Perquè totalment... I ara me'n faig creus! És dir, abans era impensable... I és clar, la societat va una mica amb aquest rol, eh?*

*P07: On trucarà? I la meva pregunta és: si hagués vingut aquí, què hauríem fet? Si jo arribo aquí, i vinc i dic: no, és que em vull suïcidar, què hauríem fet? Sense tenir hora, sense saber qui em deriva, sense saber... Saps? M'entens? Sí que és cert que després de fer... perquè és això, tot aquest dispositiu, va haver de passar algo molt greu perquè jo tingués aquest dispositiu. L'hauria tingut abans? Jo crec que no. Jo no hauria pogut anar amb un grup. Per què hauria hagut de ser un grup d'autolítics? Per què no podia ser un grup que ja estigués passant coses, i potser no hauria hagut d'acabar amb un grup d'autolítics sinó que hauria... m'entens? No l'hauria tingut si no hagués fet això!*

**A urgències s'informa bé que després hi haurà un seguiment al servei de salut mental però hi ha desconeixement sobre els criteris d'hospitalització psiquiàtrica i de les opcions de tractament a nivell privat.**

*P02: I això que deies, sí, llavors em van derivar ben bé i ho sabíem ben bé lo que havíem de, de fer. Primer amb tu i llavors em van donar hora amb la, amb la psiquiatra.*

*P02: Coneixo també un noi que té depressió i el van tenir, el van tenir internat aquí, ingressat. No vaig saber ben bé el perquè jo no hi anava, o com és que es valora això (...) I llavors anava rumiant: tu has tingut aquest fort, i en canvi ell ha acabat aquí i a tu t'han enviat a casa? Això...*

*no sé ben bé... no sé com funciona i això.(...) Sí, perquè també hi vaig pensar-hi, quan estàvem aquí, de dir, aviam si et fan passar alguns dies aquí o... o això.*

*P02: I... i una amiga nostra ens va dir: hi ha aquesta noia que ho fa aixís, que la conec, que està bé, i... i com que ens ho va aconsellar, perquè tampoc sabíem, és que no, en aquell moment perquè és això, i ha coincidit que mira, que ha anat bé. No haguéssim sapigut a on anar, ni on...*

#### 4.2.3.3 Comprensió de la informació

És important tenir en compte que **quan la persona atesa no està bé, pot ser que no compregui del tot la informació** i que pot arribar a signar consentiments sense haver-ne entès el significat.

*P02: Per exemple els primers dies, em vaig començar a medicar i... i és clar, la doctora em va dir, primer me'n prenia una, llavors em va fer una visita i me'n va fer prendre una altra, de pastilla i... és clar, arribo a casa i: què, què t'han dit? No, que me'n prengui una de més. És clar, al dir "prendre una de més", es va pensar que ja... que no anava pas bé la cosa ni res. Això era al cap de dos o tres mesos. I jo li vaig intentar explicar, però és clar. (...) La doctora ja em va dir ben bé: és per potenciar-ho, no perquè estiguis... Va fent l'efecte però no te'n podien donar dues o tres de cop aixís per... anem mirant aviam com reaccions i això. Llavors ho vas entenent, però aquell dia mateix de... una pastilla més, arribo a casa amb el paper: oïta, hem d'anar a buscar més. I llavors et tornes a sentir culpable de dir: goïta, tornes a arribar aquí amb la notícia de que t'has de medicar més i... i aviam si no ha servit per res tot això.*

*P03: Perquè el metge que em va dir: "bueno, ara d'aquí a una estoneta mirariem de preparar una habitació, tal i qual...". Bueno. O no el vaig escoltar prou, que jo lo de traslladar-me en una habitació ja va ser: surto d'aquí. O no el vaig escoltar jo prou, o clar, jo vaig entendre que em traslladaven a una habitació normal. (...) Recordo que em va fer signar uns papers, però no me'ls vaig llegir. Aleshores si... si ell només em va dir allò i jo no vaig llegir els papers, pues clar, jo esperava el canvi amb una habitació normal. (...) No, voluntari ja et dic, perquè jo vaig signar els papers que ni me'ls vaig llegir, o sigui que voluntari.*

#### 4.2.4 Confort físic

L'experiència de les persones participants entorn a aquest principi, que recalca que cal garantir que l'entorn físic de la persona atesa treballi al seu favor i no en contra, i que el malestar físic o mental que pot patir la persona atesa pot resoldre's amb la comunicació o l'alleujament del dolor, es va recollir en aquest tema, on van sorgir aspectes lligats als protocols de seguretat establerts.

#### 4.2.4.1 Mesures ambientals a urgències

**El box d'urgències destinat a les urgències psiquiàtriques té unes característiques de seguretat concretes**, amb un sistema de tancament de porta i càmera de videovigilància. **Això genera impacte sobre les persones ateses** i pot dificultar la demanda d'ajuda quan apareix alguna necessitat. També s'expliquen altres mesures com la contenció mecànica per evitar autolesions.

*P03: De com em van atendre no recordo que em tractessin malament. Jo em sentia malament perquè em trobava en un puesto, clar, te dones compte de que tens les càmeres, de que hi ha aquella porta que... clar, dius... hòstia! Tampoc no he fet res!*

*P04: El que sí que trobo, diguéssim, una mica... xocant és el fet que quan estàs, diguéssim, incomunicat, eh? El fet, d'és clar, que no... a mi, diguéssim, lo que més em preocupava era el fet del lavabo, no? Que tenia... al no haver-hi servei a dins, evidentment, no? Llavors vas trucant i no, no venen i... i llavors, no sé, que hi hagués un servei per fer un riu, perquè sinó t'ho has de fer allà a sobre i... llavors l'habitació queda... però això és un tema ja més de... un tema més, diguéssim personal que no... (...) jo vaig haver d'orinar a terra, però és clar... Has de fer pipí aquí... el fas a terra, però és clar... no et queda cap més remei, no?*

*P06: Em van començar a venir com lapsus de la situació que vaig viure de... què vaig fer... què... que vaig estar a l'hospital lligada, bueno, lligada. Per mi allò va ser... molt greu, bueno, lligada, no? (...) El record és com molt de flaix, molt flaix de dir-me que em lligarien, recordo que em deien que em lligarien (...) Perquè em vaig voler empassar el llençol. Perquè jo vaig veure que allò no havia funcionat... no m'havia funcionat, ja tornava a estar igual, que no havia funcionat...(plora) I després me'n recordo d'estar lligada i que no podia ni menjar, però no sabia ben bé ni on era ni...*

#### 4.2.4.2 Mesures ambientals a la unitat d'aguts de psiquiatria

**Al moment de l'ingrés totes les mesures de seguretat, amb el trasllat des d'urgències i l'ingrés a una unitat tancada, són impactants per la persona.** Malgrat entendre la necessitat d'hospitalització, hi ha mesures i condicions de la unitat que dificulten que la persona s'hi senti bé i la por a repetir l'ingrés pot condicionar la demanda d'ajuda en un futur.

*P03: I quan em van venir a buscar amb la cadira de rodes "no, no cal, si jo vaig bé", "No, no, que és protocol, t'hem de dur així". Vale. Però en el moment que se'm van col·locar dos securates a darrera, saps? I ja quan arribes a dalt, que anava amb me germana i em fan despedir, i que ella no podia entrar allà, travessar aquella porta...(...) Em vaig desmuntar molt, molt, molt. Ho recordo molt. Que allà em vaig desmuntar a tope. Després ho he entès tot, vale, quan he estat millor. Però en aquell moment jo no entenia res.*

*P03: Bueno, moments molt... sobretot que en els primers dies no et pots ni comunicar, ni res de res, i osti, es fa molt dur. Això es fa molt, molt, molt dur. Jo sí, jo penso que vosaltres teniu... que és la manera com s'ha de fer. Jo no entenia com allò em podia anar bé. De cap de les maneres. Estar allà tancada, no poder parlar, ni poder veure a ningú dels meus, ni res de res, no ho entenia de cap de les maneres. Li deia, li deia a, un auxiliar: "però vols dir que això m'anirà bé en a mi?"*

*Això no em pot anar bé de cap de les maneres!", "que sí, tranquil·la, ja ho veuràs, en poquets dies si tot va bé podràs parlar...". Clar, però fins que no arriba aquell dia es fa molt dur.*

*P05: Bueno, sí, he estat alguna vegada, una vegada em varen ingressar a l'hospital en aquella planta que et tanquen amb clau (...) La de psiquiatria. Sí, allà he estat ingressat. (...) Malament. Malament. Encara em poso pitjor, sí. Em tanquen allà, amb gent. Quan jo, a lo millor, quan em sembla me'n vaig cap a casa i estic sol, allà sempre amb gent, i que has de fer coses, i les has de fer a la força: no, no, que avui et toca a tu fer això, i tal... (sospira) Em posava malament jo allà... I a vegades, pues... intentava al màxim possible d'aparentar bé i fer forces per trobar-me bé i que em deixessin marxar. (...) Això em passava igual que quan venia aquí, també, aquí a l'hospital de dia. També em trobava malament. Tot lo que és estar amb gent, em posava nerviós, no tenia ganes de fer res, a vegades m'entraven ganes de plorar... bueno ganes, que plorava. I... i mira.*

*P03: Està bé perquè tens el teu espai per compartir, tens el teu espai per estar més solet si vols, vale que estàs acompanyada amb una persona, però bueno. Poder això, lo d'estar acompanyada, és que clar, això segons amb qui et toca... també seria important, no? De individualitzar les habitacions, sí. No sé, perquè hi ha persones i persones, però clar, jo lo que et dic, jo m'ho faig molt meu, i pateixo lo d'aquella persona. I jo personalment amb la persona que em va tocar, buff... la vaig veure moltes vegades malament... i, i clar.(...) Clar, ella et demana i... i tu clar, no la vols deixar de recolzar amb lo que puguis, i pues d'altra banda si estàs sola amb una habitació això ja no passaria, no (...) Que haurien d'estar més separats. Lo que jo penso i hagués preferit. (...) Jo vaig presenciar escenes que, després penso: joder, també es podria haver presenciat amb alguna que pateix el meu cas, la mateixa dolència que tu però no va ser així, i jo vaig presenciar escenes que buff... hòstia! Es fan dures, es fan dures.*

#### 4.2.4.3 Altres aspectes ambientals i de seguretat

**Malgrat hi ha mesures i protocols de seguretat establerts que poden sorprendre, les persones ateses comprenen la seva aplicació.** També valoren altres aspectes ambientals que poden ser positius en la recuperació com el fet que hi hagi bones vistes a l'habitació.

*P02: I me n'he adonat el primer dia quan, quan em van portar llavors a urgències que també, ja em pensava que estava tot, que em portarien a casa i ja està. I és clar, cap a urgències i fet un desastre. Però un desastre, desastre. (...) Em va fer una mica de cosa que entressin... els mossos em van acompanyar fins a l'entrada. El fet de que estessin allà ja em va... mmm... bueno, llavors ja hi he anat pensant que podia ser que la gent d'allà pensés que era per qualsevol cosa, però jo només pensava: oita, aquest ha volgut fer això, venen aquí i ho sap tothom aquí de la sala d'espera.*

*P08: Sí que me'n recordo que em va fer molta gràcia, bueno gràcia, que a la UCI em van posar coberts de plàstic, perquè clar, com que venia d'on venia, doncs van pensar: al tanto, posem-li coberts de plàstic no sigui que... que d'allò.*

*P08: I el dia següent feia un dia d'aquells macos, eh, ni boira ni res, un dia súper serè, súper maco. I clar, jo estava allà al llit, tenia la persiana mig pujada i al matí clar, vaig veure... era de les que donava cap allà al Collsacabra i tot això, i vaig veure com sortia el sol. I és la imatge que tinc com més gravada, de dir: ostí, per què has volgut marxar? Saps? Podent veure això... Vull dir ja només em vull aixecar cada dia, per molt merda que sigui, sí que estava just acabant de sortir, eh? Vull dir no havia fet ni tot el procés ni molt menys del que faria ni del que aprendria*

*més endavant, però el primer que em va venir el cap va ser: és que ja em despertaria cada dia només per veure això. I es una de les coses... sí. Clar, allà a la UCI també estàs allà a sota i no daixò, però aquell dia que vaig veure... no sé, era com... (...) Hòstia, no ens deixem perdre això que tenim, no? I és una tonteria veure sortir el sol, eh? Vull dir que ja veus tu. Però en aquell moment ho valeres molt, saps? Sí, sí, sí. És una de les imatges que tinc molt, molt al cap, eh?*

## 4.2.5 Suport emocional i l'alleujament de la por i l'ansietat

En aquest tema es van recollir les percepcions de les persones participants respecte al suport emocional rebut i si havien rebut connexió i comprensió per part dels professionals que els van atendre.

### 4.2.5.1 Estigma associat a la salut mental

Els participants expressen **neguit i por abans de la primera visita a salut mental sobretot pel desconeixement i estigma associat a aquest tipus d'atenció. El fet de tenir alguna referència positiva sobre aquesta atenció per part de l'entorn ajuda a alleujar aquesta ansietat.** Una vegada s'inicia el seguiment, s'esvaeixen els dubtes i es reconeix el malestar previ pel qual no s'havia consultat.

*P02: Sí bueno, de seguida ja em van derivar cap aquí, bueno, quan sents "Salut Mental" també ja... (...) però, aquí sempre ho tenia mirat com gent que tenien problemes amb droga i... i això, i sempre allò penses, ostres... (...) I aquí hi ha vegades ho relacionava amb això i... però llavors no, de seguida ja, és una altra cosa, ja ho he assumit perfectament lo que hi ha i això.*

*P07: Llavors jo venia amb por, perquè no sabia què em trobaria, venia amb molts dubtes... perquè jo també en tenia molts, jo era un mar de dubtes, no? Llavors jo venia amb molts dubtes... (...) Llavors, bueno, vem... vaig fer la primera visita i és que automàticament clar, faig una visita i se m'obren quatre portes... és que en el meu cas, clar, és com... (...) en el meu cas, jo veia que hi hauria un seguiment. I aquesta va ser la clau. Per mi, eh? En el meu cas, aquesta va ser la clau.*

*P02: Però... llavors la meva germana em va dir, diu, quan vaig dir el nom teu i... "ah, que és molt maca, que va estar amb el meu fill" i tal i qual i això, i... i només això i vaig pensar: calla, doncs ja tens alguna referència, també. Ja no és allò de... (...) Perquè això sempre... Temes de doctors i això sempre m'ha fet, he sigut bastant... m'ha fet impressió. I... però si tens una mica de confiança dintre amb algú, i això, doncs ja és... canvia. Però després ja t'ho dic, ja bé i això.*

*P07: Llavors clar, ve lo del grup i entens també moltes coses que ningú t'ha explicat perquè bueno, perquè bueno, perquè bueno, perquè poder no n'hem parlat tant obertament, no? Llavors comences a entendre que vivies en uns límits d'estrès que tu ja veies que no eren normals, però que tampoc sabies... no... on vaig? No? Estic estressat, aviam on vaig no?*



#### 4.2.5.2 Importància del vincle

Es destaca la importància de tenir un bon vincle amb el professional que està atenent a la persona, sobretot quan es fa referència als problemes de salut mental. A tots els nivells d'atenció es valora positivament tenir una bona connexió amb la persona que l'atén.

*P06: Però jo penso que aquí la figura, jo penso que la figura és el meu metge de capçalera. És molt humà, té una implicació brutal amb els pacients. És que és molt bon metge, sobretot és que és molt humà. A mi em va voler veure i vem fer una xerrada d'una hora i mitja. I sabia que s'estaven esperant els... Em va veure abans de que comencés les... Una hora i mitja. Em va fer de psicòleg total.*

*P03: De fet, jo el de capçalera el tinc a un municipi, el metge de capçalera, i jo visc a un altre municipi. Però tinc tant feeling amb ell que no m'he canviat. Per mi és molt important.*

*P04: No sé, poder el tema de... quan has de visitar-te amb el psiquiatre, que vens d'urgències, el no coincidir amb el teu, que no tots tenen la, sense criticar ni molt menys, cadascú té la seva manera d'actuar, no? Llavors, no sé, hi ha psiquiatre que poder es veu més superficial, no? Més, més per sobre, i hi ha psiquiatre que es veu més proper.*

*P07: Llavors el fet aquest, no? d'arribar aquí, veure que aniria amb un assistent, veure que tenia un telèfon, que tenia un contacte... Clar, va ser molt important també connectar amb la persona, això també, per mi, també és una de les claus. Clar, tots aquests factors, en a mi ja van fer, clar, que jo... bueno, no? Estigués... bueno, diguem a l'expectativa, no? Però, sense intentar fer passes enrere, no? Perquè, com a mínim, ja hi havia algú que... que estava allà, que.. que hi seria... no? que... i llavors que li podia explicar*

**Quan no s'estableix un bon vincle pot resultar en sentir la relació terapèutica com a freda i que s'arribi a deixar el tractament.**

*P03: Per això és tant important el feeling per mi. Molt, molt. Perquè jo per exemple amb aquell noi... em sento que no puc ser jo, amb el de la mútua. I per mi és molt important poder-me sentir jo. Poguer pues, ja que s'està parlant, que s'està parlant de mi, que em pugui sentir oberta pues amb el que em demaneu, que és per ajudar-me, jo tot això ho tinc molt assumit. Però clar, segons com et diguin les coses... Et fan reaccionar d'una o d'una altra manera també.*

*P06: Que... si tu em demanes si em va bé o no... No sabia què dir-te. No sé fins a quin punt em dona eines. Clar, mentre estem allà a dintre, tot ha de ser positiu, i tot endavant, i ho has fet bé, i... Quan surto d'allà... saps? Em falta algo... no sé. Algo més... no sé, no et sabia dir-te què perquè jo no soc professional ni... (...) No sé, potser trobo a faltar... no sé, no? Et dona la sensació que ets un número o que ets com... clar surt un i entra un altre, entens què vull dir? És com... No sé, no és com una relació estreta, ja sé que és el psicòleg, no, però... ja està. Ja hem fet la xerrada i ara ja... (...) Penso que és tot com una mica... un pèl fred, no?*

*P01: Sí, sí. Sí, sí. Bueno, jo suposo que aquella dona, em va visitar dos cops, i suposo que tampoc em coneixia gaire. Ni jo amb ella. Com per opinar. Però no em, no em sentia a gust per com, per contestar-li segons què. T'has de sentir còmode per parlar d'una cosa tan seria. I amb aquesta persona, mira, no, no, no hi havia... No sé què va ser, però ja a l'acte d'entrar.*

P07: Sí que recordo que a la segona teràpia vaig deixar-hi d'anar, però no per res, sinó perquè quan hi anava, o sigui, no em transmetia, o sigui, només em deia: no facis això, no facis això i no facis allò altre. I per què creus que no ho fas això? (...) I clar, no... O sigui, li vaig explicar i llavors ell em va donar: vale, doncs no ho facis. O, bueno no ho facis! No ho facis... (...) I recordo això, que vaig anar a dues sessions, perquè a la segona ho vaig deixar, perquè vaig veure que no... que no, que no, que no... no era la resposta o no era la manera que jo creia que... que jo li estava demanant ajuda, llavors, clar, era com: vale, tens aquest problema, ataca'l així. Ja està. Bueno... sí, ataca'l així però... t'has parat a pensar que potser darrera d'aquest problema n'hi ha 40 més? Saps? I... buf.. vaig veure que no i... ho vaig deixar.

#### 4.2.5.3 Altres aspectes comunicatius i de suport

Altres aspectes comunicatius que apareixen són **preferències individuals com el contacte físic**, i la importància **que els professionals sàpiguen quan i com dir les coses per tal d'afavorir i no empitjorar el procés de recuperació**.

P01: Això sí, això sí. Poder, poder, que és clar, jo com que no soc metge ni m'hi entenc, però com a persona que m'hi he trobat, poder, poder... molt carinyo. Necessites que la gent et, t'apapatxi, saps? De... I més els professionals, saps? Lo únic. Però és clar, de vegades amb el meu home en parlem i diu: home, no poden pas estar així fent això a tothom! Que tu perquè vas sola i et veus lo teu, però hi va molta gent i està així això! Clar! (...) Perquè a mi m'agrada el contacte físic, i que m'abracin, saps? I que... no sé. Ai, ai, sí reina... (està acariciant la mà) Saps? A mi m'agrada, de tota la vida. Sense haver, sense estar així. Amb el meu home no. Jo sí. I això ho trobava com a faltar. (...) Tot i que he estat molt bé, ja t'ho he dit eh jo? Però com que jo soc així que m'agrada, m'agrada això que m'apapatxin i que... saps?

P01: Llavors m'ho vaig agafar malament. Home, una persona que fa això és perquè no està bé! Vaig pensar que era una mica de pregunta, així amb to... per renyar-me. Doncs vaig pensar que no, que no calia (...) Em va dir, em va dir: home, que ja tens una edat, que fas patir als altres... Dic ui, sí, sí. I ho faig expressament (silenci). Si jo no he fet patir mai a ningú. A part de perquè jo soc patidora (...) Perquè et sents encara més malament de lo que estàs. No era el moment. Sí, no era el moment de fer, de fer, de dir-me això. I a més amb el to que m'ho va dir. (...) Que poder era la seva feina i ho havia de fer-ho així, també, no ho sé. Amb això no m'hi entenc (...) Ara que vingui i em renyi ara, com si em vols renyar tu. T'ho acceptaré (rialles). Però en aquell moment no! Si em renyo en a mi mateixa... Pel què he fet... Pel què vaig fer. Perquè jo només prego que no, que no se'm torni a creuar, creuar res al cap. Perquè sí que fas patir molt als altres. Més que tu mateixa. En aquell moment.

#### 4.2.6 Participació de la família i amics

Es va explorar si es va tenir en compte aquest principi que recorda que la persona atesa pot necessitar que la comunicació es transmeti a família i amics implicats en els tractaments per afavorir la recuperació.



#### 4.2.6.1 Informació a urgències i hospitalització

Es valora positivament que **la família hagi anat rebent la informació i hagi estat un procés compartit**. Quan la persona no està en condicions es va informant a la família. Tanmateix, quan hi ha desavinences a nivell familiar, pot ser complicat decidir qui rep la informació.

*P01: Sí, al meu home sí. Al meu home sí. Allà, el van treure allà al passillo, el van fer... sortir a parlar amb ells... I, és que dormia jo tota l'estona i obria els ulls: tot blanc. Devia ser, jo que sé! Drogada, o encara de l'efecte de les pastilles que em vaig prendre...*

*P08: Sí. Sí perquè de fet jo me'n recordo que sempre quan venia la psiquiatra o així, sí que quan parlava amb mi els meus pares no hi eren, però després ella anava a parlar amb ells o el que fos, vull dir que en aquest sentit... sí, sí. Va ser un procés molt de tots, eh també, i ells estaven molt allà, vull dir... I també ja si... que ja els hi devien anar dient, però sinó ells ja preguntaven o... o el què fos.*

*P05: La família... ai, la família... No ho sé, perquè l'únic que m'explicaven eren problemes, quan em despertava. Que si la teva filla, que si la meva filla, que si les teves germanes... I problemes. En ves d'explicar-me i... i que pogués estar tranquil... la meva filla: que si les teves germanes, les meves germanes: que si la teva filla... Es volien rifar a veure qui és la que portava la veu de mando, diguem, i ara jo poso el meu telèfon a l'història, anava l'altra, la germana, no: li treus el de la filla i poses el meu. Després anava la filla i deia: no, li treus... i tot eren problemes. I, bueno, el problema és que ni es parlaven.*

#### 4.2.6.2 La importància de les necessitats familiars

**Cal tenir en compte a la família a l'hora de decidir la modalitat de tractament** ja que no tothom té un entorn familiar que pugui assumir el retorn a casa després de l'atenció a urgències.

*P02: També depèn de com estiguis tu i això, és... ja t'ho dic, gent que estigui sola i això... s'hauria de valorar molt aviam com tenen l'entorn i tot això perquè... ho veig complicat que... tens que tenir una força de voluntat que no crec que tinguis en aquell moment, sobretot al principi, perquè puguis sortir-te'n eh? Perquè... vaja, és que no coordines res ni... ni res, eh? Per això que... Els casos aquests aixís, valorar la... l'entorn, la família... tot això.*

Es posa de manifest que **la família pot necessitar també d'atenció especialitzada**. En general es considera que **s'hauria de tenir en compte l'impacte que una CS genera en tota la família** i oferir suport també a nivell familiar, sobretot en el cas de menors d'edat.

*P01: Però jo crec que, jo crec que ell, crec, eh? I ell també m'ho diu que sí, perquè en parlem, amb ell sí que en parlem, crec que ell en aquell moment hauria d'haver anat també al psiquiatre i al psicòleg. (...) Un suport ell també. Que ajuda del que ha passat. Per part d'una i per part de l'altra, per la filla i per la dona. Jo crec que ell també necessitava en aquell moment un... (...) També és veritat, eh, pobre home, la veritat és que sí, però ara quan en parlem sí que ho diu, diu: sí que crec que hauria d'haver anat jo també a demanar jo també una ajuda al menys per sapiguer-te tractar a tu més bé. Pobret, més bé! Si és que més bé no em pot tractar, però bueno...*

P02: *I va ser anar allà i explicar quatre coses i... i ja està. I a més inclús la meva filla hi devia anar un parell de vegades i un altre dia li vam dir: hi vols tornar-hi a anar? I va dir: calla, potser si que hi aniré. I a més ara com que ha començat a treballar en un lloc i això i li feia una mica de cosa... també li ha anat bé. Parlar-ne una mica i tot això. Vull dir que ha sigut una ajuda.*

P07: *Vull dir que, jo penso que en aquell moment, la resposta d'urgències, per mi, en aquell moment, va ser correcta. En aquell moment. Lo que m'hauria agradat poder dir, és... els familiars, en aquell moment també. Perquè clar, jo, hi havia dos fills allà. Llavors hi havia un home. (...) I perquè jo en soc conscient, però si tu estàs parlant d'una mare, d'un home i de nens petits que se'ls han emportat a urgències... jo em pregunto: què haurien fet amb aquests nens? Perquè jo he set aquest cas. Jo hi he set en aquest cas, i tu et quedes allà. I ningú t'atén. I clar, el malalt. Però allà queden uns crios petits, eh? Queda, queda un nen petit, eh? O una nena. Si més no, derivar-los al de capçalera i que puguin parlar. Però que no es quedi. Clar, jo ja ho entenc, no es pot atacar totes les famílies, però, ostres, és que estem parlant d'algo molt greu, eh? I depenent de les edats dels familiars... saps? (...) Jo ho vaig posar, vaig ser jo la que vaig trucar a l'escola, evidentment vaig haver de mig explicar-ho, i llavors que estiguessin alerta. Que si tenien un comportament anormal, ploraven, o estaven més irritables... (...) Llavors recordo això, a l'escola, si estar més pendents d'ells... estar més... algo més. Bueno, si més no sensibilitzes més. I fas saber que ha passat això que és prou important com per, per deixar-ho passar. Perquè a lo millor aquell nen avui no, però al cap de mig any et treu i no saps d'on ha sortit, no?*

#### 4.2.6.3 Visites individuals o familiars a salut mental

Malgrat en general es percep com a positiu **el fet d'entrar de forma individual a les visites de salut mental, es posa de manifest que hi ha ocasions en que la presència familiar a les visites pot ajudar a la persona a estar més tranquil·la i expressar-se millor.**

P01: *No, està bé així. Està bé així. Però bueno, no està malament perquè a veure, jo amb el meu home com que surto d'aquí i li explico, vull dir tant és, tant és que hi sigui com que no (riu). Si hi és, bé, i si no hi és també. Vull dir que... Jo sempre li explico tot i hi ha persones poder que no poden explicar-ho, o no s'atreveixen a ser tant... Tant de dintre amb l'home, no? Ah, però jo sí, sempre, de sempre. Ara i de sempre.*

P03: *No, penso que està bé. Bueno, amb el meu, bueno clar. En el meu cas està bé. En el meu cas bé perquè tant quan he tingut visita com quan l'han tingut ells a part, n'hem parlat. O sigui que no ha sigut necessari estar tots. (...) Clar, jo per mi està bé. Penso que si, clar, jo lo que dic és que jo soc molt transparent i que sincerament vull estar bé, o sigui... Us diré tot el que se'm passa pel cap i tot lo que sento. Però clar, a lo millor hi ha persones que no us ho expliquen tot i la família sí que pot percebre coses que ell, que aquell pacient no us expliqui. A lo millor si que estaria bé fer alguna... per mi ha estat bé, m'explico? Però a lo millor hi ha persones que no ho expliquen tot i si uniu lo que és la família i el pacient: no ja carinyo, però això que t'està preguntant, jo he observat això altre, no sé. Perquè vosaltres pogueu treure més...*

P02: *I, i bueno, l'atenció aquí... Una cosa que sí que et volia comentar de, d'atenció aquí que, i llavors ho vaig acabar entenent i tots... El primer dia que vam venir aquí amb tu, és clar, només vaig entrar jo sol. Ui, la meva dona, això... (...) I jo vaig anar aquí, t'ho vaig explicar i tot, i això, i... ja està. Però és clar, llavors ho entens, i n'hem parlat i ho entens ben bé que... ella no podia entrar el primer dia. Tu no ens coneixes de res, ningú ens coneix de res. Què és problema? Que si la família, que si la feina, que si una malaltia, que si... qualsevol cosa, doncs no pots pas... no pots pas portar a l'altra persona. I llavors ho entenc ben bé. I és lo normal, eh?*

*P02: I llavors amb la doctora ja... un dia m'ho va demanar i... vaig dir que sí, sí, que podia venir, i un dia vam estar tots tres i... i tot això. Però això de confi, confideli... Confidencialitat. Doncs ho entenc perfectament ara. Al principi em va costar per això, perquè... no venia pel cantó de casa, però... I a més també vaig entrar aquell dia com... sol allà que... et poden dir "fes això, fes allò" i tu ho fas, eh? És que... Necessitava companyia. Necessitava algú o aixís.*

#### 4.2.6.4 Comprensió a nivell familiar

Encara que la família estigui informada, **no sempre comprèn del tot el procés en el que es troba la persona atesa. També poden sorgir situacions angoixants** quan els primers dies es demana a la família que estigui pendent de la persona atesa.

*P04: El que passa que jo tinc una mica la sensació de que ells no ho veuen el mateix prisma que tinc jo. És a dir, potser, em dona la sensació, eh? que ells no veuen l'envergadura del meu cas, es pensen que, per exemple, quan vaig estar aquí dos mesos a l'hospital de dia, doncs... bueno, com si fos, com si anés a recreo, com si anés a colònies, com un nen petit... I jo feia un tractament, no? Sí, han vingut sempre, han estat sempre, sort n'he tingut, però per mi que no s'han donat compte de l'aconteixement que comporta tot això, no? És a dir, el fet de venir al servei de rehabilitació tants dies, per ells, ells no veuen que sigui un lloc que estic fent un tractament de millora per superar tot això. Ells veuen que és un lloc que em distrec. A mi em dona la sensació, eh? Alguna vegada que han vingut, doncs bueno, va venir el... quan vaig fer l'ingrés a l'hospital de dia, el meu germà, la psiquiatra: farem això, no farem ingrés a dalt i què et sembla? Dic, molt bé, molt bé. Llavors és clar, no sé què, quina sensació em donava que bueno, sí, que estàs aquí i bé però... clar, dic. Perquè a vegades em truca i dic no, és que allà no, el telèfon el tenim apagat, no el podem tenir perquè estem... I ah, vale, vale. Però és clar, si hi ha alguna cosa... Bueno, per mi que no... no entenen una mica la realitat meva.*

*P02: I vam anar fent aixís i... i si anava a buscar a la meua dona a la feina caminant i arribava un moment tard, ja... bueno, ja hi havia les sirenes posades... entre tota la família. (...) Llavors jo he anat, tenia que anar repetint: que no, que us en fieu, però clar, ja pots anar dient, que... ja pots anar explicant. Però clar, no ets conscient ben bé de... bueno, he arribat cinc minuts tard, no passa res, no... he vingut caminant per aquí a l'avinguda i ja està. O, però... Sí, sí.*

#### 4.2.7 Continuitat i transicions

Es va identificar si es va acomplir aquest principi que demana que els canvis de fases en l'atenció siguin el més fluïdes possibles i que cal mantenir a les persones ateses informades sobre els possibles canvis.

#### 4.2.7.1 Canvis en el professional de referència

**En aquest tema pren especial rellevància el MAP. Es valora positivament que sigui el mateix professional que segueixi l'atenció quan hi ha situacions de complexitat.** També es posa en relleu que, quan a la persona li costa obrir-se, el fet que hi hagi canvi en el MAP pot fer que no es parli de temes com les idees de suïcidi.

*P06: Llavors ell ja portava la meva trajectòria. De fet ell no era el meu metge llavors, i ell em va dir canvia't amb mi perquè tu necessites una trajectòria que el metge no estigui sempre de baixa, perquè clar, tenia una doctora que, és del tot respectable, però havia tingut fills i sempre trobava els substituïts. Sempre trobava els substituïts. I jo clar, ara parla amb un, ara parla amb l'altre... Hi ha gent que potser sí, a mi em costa una mica. I jo penso que la clau ha set el meu doctor de capçalera.*

*P05: No, amb la doctora de capçalera no he parlat mai d'això. (...) De fet, quan passava totes aquestes coses, tenia una altra doctora. Ara és una doctora nova que no sap... bueno, sí sap que tinc depressió perquè suposo que a l'historial ho posa, però, però no, no m'ha dit res. Mai res.*

*P07: Primera, primera: perquè, val dir-ho també, que resulta que tens un de capçalera però el dia que vas no hi és, el dia que no sé què tampoc hi és, llavors també és molt difícil, és molt difícil, o sigui, clar, perquè si t'està atenent el de guàrdia, resulta que és més, és que no t'ho pot fer perquè al final necessita el consentiment de la de capçalera, no? Llavors, resulta que la de capçalera no hi és. Això ja partim d'aquesta base. Però imaginem-se que arriba ella en comptes d'haver de ser jo qui li diu, no? M'ho diu ella... Jo crec que sí que li hagués dit. Però clar, ja hauria hagut de ser més en un to distès. I ficant-se més en la meva... en lo que m'estava passant en a mi, en el meu problema. I clar, això no es va donar mai.*

*P01: Sí, és que primer tenia un metge i llavors tenia aquesta noia. Primer tenia un doctor que m'agradava molt, aquest poder sí que m'hagués enviat! Però... amb aquesta noia poder és clar, feia també poc que ens coneixíem, no? Però bueno, sí... (si li hagués demanat sobre idees de suïcidi) Li hagués dit. (...) Amb aquestes coses soc molt oberta, jo. Li hagués dit: sí, sí. Mira, és que ja estic buscant.*

*P04: No, almenys no ho recordo, i mira que el doctor... em cuidava molt, eh? Vull dir que era una persona que era un gran metge de família i... no, en aquest aspecte no. (sobre si li haguessin preguntat directament per idees de suïcidi) Segurament que sí perquè en aquest aspecte soc molt sincer, soc molt sincer, sí. (...) No, el tema està que el doctor es va jubilar, i amb la capçalera, que tinc ara, no tinc massa, diguéssim, diguéssim no és com el doctor que parlàvem moltes coses, que ja portava també a la meva mare, que coneixia la història familiar... coneixia tot, tot el tema, no? I ara bàsicament, poques vegades vaig, a la capçalera vaig just, allò just per la revisió que toca general i poca cosa més.*

**D'altra banda es valora positivament el canvi de professional referent quan hi ha una lògica per la intensitat d'atenció que pot fer en un altre centre.**

*P04: I és clar, a nivell de psicologia molt bé, molt bé, amb el psicòleg, ara m'he canviat allà perquè van veure que potser era millor fer-ho allà amb la psicòloga per la senzilla raó que em veu cada dia i llavors, jo com que ho tinc cada divendres allà al servei de rehabilitació comunitària... perfecte.*

#### 4.2.7.2 Freqüència de visites

Hi ha consens en la demanda **d'una major freqüència de visites al servei de salut mental, sobretot al principi**. També cal tenir en compte que la persona pot estar més despistada i tenir obllits de visites, i valoren la importància que no es demorin massa les visites.

*P04: És a dir, si hi hagués entremig una més també ho veuria bé. (...) Ara des de... clar, entre una cosa i l'altra ha estat... al mes diria. Al mes... diguéssim solapat, psiquiatre, psicòleg, eh? Diguéssim, no passen dos mesos sinó amb el mateix període d'un mes, les dues visites i al cap d'un mes les dues visites perquè m'entenguis, eh? Més o menys, eh? Cinc setmanes, o això.*

*P01: Home, al principi em sembla que va tardar tres mesos a tornar-me a visitar... És que ara no me'n recordo. Suposo que deu estar apuntat a tot arreu. Però... és que ara no sé si et dic mentida, jo. Per les dates i això... (...) Sí perquè hi ha coses trobo que jo vaig estar molt bé. Però evidentment com a tot arreu sempre hi ha coses millorables. (...) Sí, jo trobo que amb una, per exemple, amb una persona que està mig decent, no, però de la manera que per exemple jo estava malament perquè, que intentés una cosa així és perquè estava malament, llavors vaig pensar que una persona que està així necessita una mica més d'atenció, més sovint. L'atenció quan estàs, ja és molt, no pots demanar més, però potser més sovint.(...) Sí, sobretot al principi. (...) Quan estàs així tan malament? Cada setmana! Quan estàs tant malament, ja ho dic jo no pas per sempre, però quan estàs així tan malament... (...) Més que tot, més que tot llavors pel medicament. Jo amb aquell medicament estava que no estava, és que no era jo, eh? No era jo, per res. No era jo per res. I m'ha costat que el meu cos acceptés aquest medicament, eh?*

*P02: Jo d'aquesta manera he anat, he vist que he anat bé, però gent que potser té una família que hi han problemes, o que està sol i això... osti... no ho sé però... un cop a la setmana potser... encara que sigui una cosa curta o aixís... Al principi sobretot. Llavors poder-ho anar, anar espaiant.*

*P08: Crec que era un cop cada dos mesos o així. Amb la psiquiatra, eh? Amb la psicòloga era poder un cop cada mes o així (...) La teràpia sí que era un cop cada setmana i això, l'experiència, bueno, sí que vaig trobar a faltar potser com... més seguit. És a dir, així com la teràpia era un cop a la setmana, clar entenc que per nivell d'infraestructures o el que sigui no... però jo, com a pacient, que en aquell moment, doncs estava en aquella situació, doncs sí que hagués trobat a faltar... no més seguiment, perquè seguiment ja se me'n feia, ja et dic, des de la infermera, psicòloga, psiquiatre i grup, però sí que més seguit, potser. Així com la teràpia, ja et dic, un cop a la setmana, doncs la psiquiatra o la psicòloga, poder més que la psiquiatra, doncs sí, poder un cop més... en aquell moment més recent, eh? (...) El primer any, eh, potser fins i tot... No cada... els primers mesos potser cada setmana, potser després ja un cop al mes. Sí que vaig notar això, massa... molt espaiat. Sort en aquest sentit, això sí veus, de la teràpia. Perquè clar, us vèiem, tant a tu com a la psicòloga, i vulguis o no ja comentes, ja parles i... encara que no es parli d'un problema teu ja parles de l'altre que potser a tu també et serveix... I en aquest sentit sí que ho feia... Em va servir molt com a... Si no hi hagués hagut la teràpia ho hauria trobat a faltar, eh? Ja et dic, no seguiment, perquè seguiment en tenia des de moltes bandes, però com més... més seguit, més sovint les visites. (...) A part de, bueno, de les visites més continuades no... Al principi, eh? Sobretot això, que el moment era com més... més recent, més tendre, doncs sí. (...) Cada setmana, cada dues potser. I una visita com que ja n'havia fet, eh? de llargues. Però una visita això, llarga. Sí.*

*P02: Cada dos mesos, mes i mig... o això. És allò que és clar... poder escurçar-ho una miqueta més... si no tens ajuda de fora ha de ser... És complicat. I a més a més, jo a casa he tingut*



*recolzament i tot i és una ajuda, però sincerament, gent que tingui problemes a casa, o que estigui sol... Que se'n pugui sortir d'un intent de suïcidi amb l'atenció molt a llarg plaç, no...*

*P02: Bueno, una vegada em va passar que em vaig equivocar de dia al principi, i se'm va caure el món a sobre perquè... Llavors ja vaig pensar, bueno, ara et donaran d'aquí a dos mesos més. I sé que et vaig trucar, no sé on vaig trucar primer, i llavors em van derivar aquí, i em van fer un forat i tot això. I me'n recordo que la doctora em va dir: ostres, trobava estrany que no vingúes!*

**L'escassa freqüència de visites dificulta el poder realitzar un tractament psicoterapèutic de forma correcta.** En algun cas s'acaba optant per fer seguiment amb psicologia a nivell privat.

*P07: Perquè clar, no és gaire lògic que tu expliquis un problema i fins d'aquí a tres mesos no em vegin! Clar, llavors, és que aquí hi ha un abisme, eh? O sigui aquí hi ha un... un gran... (...) I llavors, sobretot els espais de visites. O sigui, clar, si jo tinc un problema i fins d'aquí a tres mesos no ens tornem a veure... Clar, s'entén, no? que hi ha com un... no? Llavors, o una de dues: o em dones entre aquests tres mesos algun lloc o alguna cosa que jo pugui fer, on em pugui explicar, on em pugui realitzar, on pugui fer alguna cosa... o això és impossible que funcioni. Impossibile. O sigui, ho tinc claríssim això, eh? Amb mi, i amb tota la resta de poblacions, ho tinc claríssim. Amb l'entesa que el malalt farà tot el què s'hagi de fer, eh? per intentar-se posar bé i intentar que tot funcioni. Però... aquestes mancances tan grans d'aquests espais... ostres, no. No i menys amb coses tan, tan greus, que tot és greu no? perquè al fi i al cap una cama, no? és greu... Però és que el cap també és molt greu, no? I a més a més és molt el motor, no? Llavors jo tiro molt del meu cap, per exemple. I com jo moltes persones. Llavors... no? És allò... si falla el cap... com que falla bastant tot, saps? O sigui que... en aquest sentit això.*

*P02: Només les visites aquestes i això, però ja t'ho dic, és clar, lo que vam pensar al principi va ser que aquí serien visites més... molt espaciades. (...) No, però, aquí... Home, si no vas amb un psicòleg, és allò que et dic, potser una mica més aquí sí que... una mica més de visites.*

#### 4.2.7.3 Atenció posterior a urgències

**La informació que pot venir a urgències en qualsevol moment proporciona tranquil·litat a la persona atesa.** La vivència és que **el fet d'estar en programa facilita l'atenció a urgències** i hi ha la sensació que la informació flueix i que hi ha una continuïtat i rapidesa en l'atenció.

*P02: És clar, vulguis o no també em vaig sentir més, més tranquil pel fet de poder venir (...) Tenia una llibreta allà amb telèfons, i què es pot fer i això. Encara ho tinc guardat, bueno, ho tinc guardat tot.*

*P08: Sí perquè de fet, algun altre cop que havia vingut a urgències d'aquí doncs sí que... clar, si hi havia algun metge de guàrdia o així doncs, clar, ja anava amb ell i deien: ah, vale. Vull dir ja... sabien més o menys. Sí que em feien explicar alguna cosa però... però que més o menys sí. Si havia d'anar amb algú que no era el meu metge doncs ja s'havia llegit el meu... sí, sí.*

*P07: En el moment en que jo vaig veure que hi havia un telèfon diari, que hi havia un contacte... diari, que... havent fet això, si anava per exemple a urgències, com que ja venies des d'aquí, no? És com allò d'una etiqueta, no? Et presentes allà i és com: ostres, espera't, eh? Perquè és aixís,*

*però és trist, però és que és aixís, no? Ostres, espera't, que aquesta ve... No és que els altres siguin menys que, vale? Però... el tracte potser fa que canviï, no?*

*P08: Bé. Bé perquè aquí ja, quan vem arribar aquí, crec que primer vem anar aquí. Ja li van dir ves directament allà a urgències, perquè aquí no tenien cap mitjà tampoc per portar-me cap allà, que de fet està aquí al costat, i un cop allà també doncs molt ràpid. En aquest sentit... i suposo que, clar ja els hi devien dir, o ja devien entrar el nom, o el que sigui, i van veure que ja dallò, doncs devien dir: aquesta passem-la ràpid. No, però bé. El primer cop sí que molt ràpid, i el segon doncs també, vull dir no...*

## 4.2.8 Accés a l'atenció

Les persones participants van explicar la seva experiència sobre l'accés als serveis de salut, que segons el principi hauria de ser el més accessible possible i lliure d'estrès, còmode i útil.

### 4.2.8.1 Rapidesa d'accés a salut mental una vegada s'ha produït la CS

**Una vegada s'ha produït la CS l'accés a salut mental des d'urgències es defineix com a fàcil i ràpid.**

*P02: Llavors ja em van donar hora de seguida, de seguida amb tu i al cap de pocs dies em sembla que era, i va ser bastant ràpid tot això. Però la primera atenció allò va ser... bé. (...) Em sembla que menys d'una setmana. No t'ho puc dir ben bé però menys d'una setmana sí que va ser, va ser bastant ràpid.*

*P07: Clar, jo en el meu cas, vaig ser molt agafada a temps, no? És allò: tu ho fas, i al cap de, no? al cap de quinze dies, no? ja estàs anant a la infermera i és que al cap de quinze dies amb la meva bona voluntat ja estàs anat amb un grup i amb la voluntat de tots, no? Llavors en el meu cas, va ser com molt, com molt una cosa rere l'altra, no? Clar, llavors potser aquí també, clar, hi ha, no? una diferència de depèn de qui (...) Em van donar una hora de visita, clar, en a mi, per mi ha set...<sup>[SEP]</sup> (...) Em sembla que ja em va venir directe des d'urgències, crec que ja em va venir directe i crec que ja se'm va dir: tens hora amb una infermera i tal, no? Atendrà el teu cas i tal. I... i bueno, jo anava, bueno, aviam ara, no? A veure ara, bueno, aviam això.*

**Bona vivència de la facilitat de derivació al programa, sobretot respecte a saber que hi haurà un acompanyament i una atenció especialitzada. La derivació al programa es descriu com una esperança.**

*P07: Però en a mi en el meu cas, no és tant la medicació sinó el sapiguer que jo ja tenia un dispositiu obert: havia d'anar amb una infermera, havia d'anar amb un assistent social, havia de fer tot un seguit de passos, i a mi això, a mi en el meu cas, és lo què en a mi, aquest acompanyament, aquest... el sapiguer que hi havia... que ja s'estaven movent coses, per mi és molt més vital. (...) Llavors... i perquè jo, és això, sempre he volgut obrir portes, llavors en el moment en que jo veia que se'm podia obrir una porta i podia fer algo, és com... bueno, aviam,*

no? Tornem a estar a l'espera, a veure què passarà ara, no? I llavors automàticament és com que ja et poses en... en modo... diguem per estar bé, saps?

P08: Sí que és veritat que quan em va passar això, al cap de dues setmanes o d'una setmana fins i tot, ja tenia la primera visita, eh? Vull dir que sí que llavors és molt ràpid. Però com que et sents això, com penjant d'un fil i no saps ben bé a veure cap agon... Tu estàs bé, però clar, no saps a veure, saps? cap a on tirar. I et sents com més... Et sents com més agafada. O més acompanyada.

#### 4.2.8.2 Derivació a salut mental des d'atenció primària de salut

Previ a la realització de la CS, **des d'APS s'havia derivat a la persona a salut mental si aquesta ho havia demanat. L'espera per ser visitat és llarga** i és vista com a poc àgil i com un risc a empitjorar que contrasta amb la rapidesa amb que es programa una visita quan s'ha produït la CS. De vegades també s'intenta tractar des d'APS abans de derivar a salut mental.

P01: Sí, sí, però no em va... si em va portar aquí va ser perquè jo li vaig demanar ajuda. Però sí, sí, que en parlàvem. I llavors va arribar el moment que jo li vaig dir, escolta, dic, mira, anem parlant i tot això, però jo, m'agradaria anar amb un psiquiatre. Perquè em trobo queestic... Que noestic bé. Necessito ajuda (...) Dic, jo crec queestic en un punt que necessito que m'ajudin. No ho puc fer jo sola. Que a mi m'agrada fer-me les coses jo sola. (...) Sí, jo vaig considerar, bueno, que ja tardava massa, que jo si havia tingut algun baixón sempre havia set baixón i sempre: vinga, va, endavant, i... i jo mateixa endavant! No? I ja em durava massa aquest baixón, dic uff! Això no és un baixón, això ja és una malaltia. I al meu home li vaig dir: "I si vaig a un psiquiatre?" Jo no he set mai de que al psiquiatre només hi van els bojos, no, eh? Jo sempre he set molt de que les persones si necessiten s'hi ha d'anar i ja està. I... i bueno, sí, sí, ho vaig demanar-ho i sí, sí, de seguida.

P07: Però ella, jo anar allà i: no sé què, i explicar-me, i tal, i m'ha passat això, i dir-me: ostres, doncs què et sembla si fem això, què et sembla... No. Ella això no ho va fer mai. És més, quan jo li vaig dir, per exemple, la època de l'anorèxia, em va derivar a un psicòleg. Però vaig ser jo la que li va dir, perquè primer et van allà, et miren el pes, fan una mica d'estudi... Però no veus si exactament, si... saps? Si això per l'història que tens... No arriben a aguditzar tant no? De si per l'història que tens: hòstia, al tanto que aquesta... saps? Clar, jo també entenc que hi ha molta gent, hi ha molt tipus de gent...

P08: Però pel problema aquest... sí que abans, poder feia mig any o així abans, que jo notava que ja no estava, no sé, que no estava bé. I vaig anar-hi. I li vaig dir: escolta, noestic bé. Què passa? No ho sé, noestic bé. I que potser això, amb l'alimentació no acabava de dallò... I em va derivar al psiquiatre després ella. Va dir: això, és de psiquiatre.

P07: És a dir, quan a tu et sembla que aniràs a caure, o que vols caure, o que sí però que estàs en una fase molt, molt, molt inicial i tens la capacitat i els recursos per fer tots els passos. Perquè tu primer truques aquí, et deriven al de capçalera, el de capçalera et deriva a l'especialista, l'especialista et veu, espera que farem això, et torna a veure... i van passant molts mesos. Llavors quan estàs parlant ja de coses més... més greus, aquest protocol, per mi, no funciona. No, no...



P08: *El que sí que una cosa que em va fer, bueno, em va fer enfadar, és perquè a part d'aquesta visita amb el psiquiatre, jo quan vaig anar amb la doctora de capçalera i li vaig explicar tot això, clar, jo no sabia ben bé ni què era ni res, però jo li comentava el què em passava i el que sigui. I no em va donar hora fins al cap poder de tres mesos, era. (...) I vaig anar fent. Però si... si hagués estat pitjor, si hagués estat en un altre moment, saps? Potser al cap de tres mesos ja no hagués calgut que hagués anat al psiquiatre, m'explico? Perquè ja ho hagués fet abans. Que sí que després un cop va passar, hòstia, va anar tot súper ràpid, al cap d'una setmana ja tenia visita després ja, ja va estar. Però el primer moment aquest, si que, que ho vaig notar, de dir: hòstia! I si realment... No és que i si realment, és que li està passant alguna cosa! Per tant, mirem a veure què és. Saps? Si que ho vaig trobar a faltar això. No en aquell moment, eh? Sinó ara vist amb distància... i hòstia! Perquè encara estava potser molt al principi, però hagués estat més malament, i la, la doctora et diu: bueno, sí, d'aquí a tres mesos. Oh, d'aquí a tres mesos... Clar, és això, no saps mai a veure com, com reaccionaràs tu.*

P06: *No, al psicòleg no. Al metge de capçalera. El meu metge de capçalera tampoc hi era, llavors tenia una mútua i vem anar per la mútua. Em van donar un medicament que encara em va deixar pitjor, mitja pastilla, vaig anar un altre cop al metge de capçalera de la mútua i me'n va donar unes altres, l'escitalopram. I... a partir de llavors vaig començar a prendre antidepressius.*

#### 4.2.8.3 Proactivitat en el sistema

Malgrat la derivació s'acaba produint, **hi ha la sensació que des d'APS s'haurien d'haver avançat i oferir aquesta derivació abans. APS és la porta d'entrada**, que poden anar atenant a les persones per episodis puntuals i que s'hauria de detectar quan hi ha unes quantes visites per analitzar què està passant perquè **la pròpia persona segurament no n'és conscient.**

P01: *Bueno... Jo crec que a lo millor, aquí no, però lo que m'has dit abans de la doctora de capçalera, per exemple, com que ja havíem parlat que jo estava malament i això, poder s'hauria d'haver avançat a... a mi (...) Sí, però clar, ella tampoc és psicòleg, ni psiquiatra, però bueno, és metge. I a més jo considero que és molt bona metge aquesta noia. Però trobo que amb això s'hauria d'haver avançat una mica. P01, doncs mira, si estàs així, va, fem això, ves amb un psicòleg. Ja no psiquiatre, ves amb un psicòleg. Saps? O... Mira, et faré anar aquí. Si és bé, i si no és també. Que a lo millor tampoc ho poden fer si no és que ho demanes tu. Clar, com que ara tot la seguretat social està tan cardada que... (riu) (...) Que no estaria de més. Que no estaria pas de més que, com veien a una persona com jo estava així, ja la portin directament amb una...*

P04: *Però és clar, sí que hi hauria d'haver una mica d'informació, a nivell sigui... fins i tot de metge de família, que és més fàcil. És a dir, bueno, vas amb el metge de família, com dèiem com estàs, psicològicament estàs bé? Derivem? És a dir, una mica de lligam perquè és clar, no estàs amb aquest tema fins que et passa algo. Clar, és un tema tabú, eh? Un tema tabú en el que... Però sí, no sé quina és la mecànica o l'instrument que faria falta per poder-ho tractar però seria bo a nivell, ja et dic, començar per nivell de família. És a dir, si mai teniu problemes de depressió, o us trobeu angoixats o alguna cosa, sabeu que en podem parlar i llavors podem derivar. No esperar tinger que anar... que passis a urgències de cop, sense haver tingut una assistència de professionals especialitzats, clar, doncs això.*

P06: *Clar, perquè la gent quan té això on primer va és a l'ambulatori. A aquesta porta d'entrada hi hauria d'haver gent especialitzada i que portessin un registre de la gent. Que igual hi ha set*

*metges, però que arribés tot amb una informació de qui ha vingut per un atac d'angoixa. Quan es ve una, dues, tres vegades... que sortís un avís. Ep! Aquí passa algo. Entens? Penso que és un sistema perquè algo hi ha, ve per alguna cosa. T'ho dic jo que els he patit. I des del primer que no vaig entendre per què em passava.*

**Des dels serveis de salut s'hauria d'alertar quan es detecta algun problema de salut mental, com per exemple unes autolesions.**

*P07: Vas a un quiròfan, et veuen que estàs tot ben ratllat... i ningú fa res. Hòstia, però quantes vegades entres a un quiròfan i veus gaires persones que s'han autolesionat? Segurament de cent, potser en veuràs... cada... cada dos-centes, bueno, espero que no sigui... que el promig sigui el raonable, però, no ho crec. No crec que cada persona que entra a un quiròfan tu el vegis. I ningú va dir mai res.*

#### **4.2.8.4 Accessibilitat dels professionals**

**Es valora positivament la disponibilitat i accessibilitat oferta des d'APS, tanmateix no sempre s'utilitza.**

*P02: Una vegada al mes per anar a portar la baixa, i també que, si vols qualsevol cosa truca aquí, que estic aquí, que tal, que et passin directament, no esperis que, que a recepció et digui ja et trucarem o això, no, no, digues que, truques aquí i ja està.*

*P01: Em sembla que me'n va fer prendre, i llavors vaig anar allà enrabiada i li vaig dir: no ho vull! Estic atontada tot el dia, jo no puc estar treballant aixís. Jo no podia estar, vale, poder sí que t'ajuda, però t'ajuda per dormir (riu) però no per viure la vida, no! Jo no podia estar treballant, no era cosa que em fes mal però, a veure, si estava atontada tot el dia, dic no. No, no, no. I la vaig deixar. Diu: ves-te-la deixant a poc a poc i si necessites algo, doncs vine. No hi vaig pas anar.*

**Oferir accessibilitat a salut mental aporta tranquil·litat quan les visites són espaciades.**

*P03: Però és que jo penso que igual, perquè la psiquiatra jo penso que ja està, a mi m'ha anat bé tal com m'ho han espaiat, perquè tant la psiquiatra, sempre m'han dit lo mateix: que encara que no tingui hora, puc venir. Que puc trucar, que puc venir. Que sempre miraran de fer un raconet. O sigui que tens, saps que tens aquella via d'escape encara que no tinguis la visita propera.*

*P03: Jo és que per mi aquí funcioneu molt bé. Molt bé. Lo de donar les eines de poder... o sigui, ens obriu les portes! Siguí l'hora que sigui, com aquell qui diu. És la veritat, tenim les portes obertes sigui l'hora que sigui.*

*P05: Però quan tinc problemes d'aquests, sí, vaig a, a lo millor vaig allà al centre i, que li diguin a la psiquiatra que estic allà i a veure si pot adelantar la visita o si em pot visitar aquell mateix moment... I això sí que ho faig.*

## 4.2.9 Altres aspectes a tenir en compte en la prevenció del suïcidi

A banda dels principis d'atenció centrada en la persona, es van recollir altres aportacions que van fer les persones ateses que són importants a tenir en compte en la prevenció del suïcidi.

### 4.2.9.1 Parlar de la CS per demanar ajuda

**Parlar sobre la CS amb professionals ha estat útil i serà un recurs a utilitzar** en un futur si és necessari..

*P01: Jo, en parlo. N'he parlat amb vosaltres, que m'ha anat molt bé, he parlat amb el meu home, que encara a vegades, si surt a la conversa, o algú treu la conversa, encara en tornem a parlar, però no gaire, no et pensis, no, just que no vull arribar, no vull tornar a pensar amb allò. (...) Sí. Perquè ara ja ho sé lo que soc capaç de fer. Llavors quan em trobés en una situació així tan fosca, tan, tan... Tan extrema, demanaria ajuda, sobretot al meu home. (...) Sí, sí, sí, sí, sí, i més ara havent passat l'experiència aquesta, t'asseguro que si tinc un baixón, mig baixón, ja em teniu aquí un altre cop. A demanar ajuda. (...) Sí, jo amb l'experiència que he tingut ja et dic jo que no, que ho faria. Perquè m'he sentit molt bé, aixís, m'he sentit molt que m'heu ajudat.*

És important tenir en compte que hi ha **altres aspectes que poden ajudar a detectar que una persona pot estar en risc de suïcidi com canvis en la manera de comportar-se.**

*P04: Jo penso que, primer intentar d'entendre'l per què fa allò. Entendre'l. És a dir, no ho fa perquè sí, és dir, no ho fa per una alarma tonta, és dir, ho fa perquè no es troba bé, no està bé en aquesta societat, pels motius que tingui cada pacient. Però entendre-ho una mica, és dir, veure-ho a venir. I el tracte, quan una persona ja ho ha fet una vegada, un intent... ep! És clar, estem al tanto què passa, no? Què passa aquí, a veure com està... fins i tot, m'imagino que, el meu cas, que soc una persona molt, molt riallera, molt oberta, inclús sociable, s'ha de notar molt el canvi meu...*

Una altra opció d'ajuda quan una persona està en risc de suïcidi, és el fet de **saber que altres persones s'hi han trobat abans i se n'han sortit.**

*P08: Que hi hagin campanyes, o que hi hagi... nivell potser això, més d'intercanviar experiències, de, encara que sigui amb gent que li hagi passat fa més temps... Sí. Més a nivell, com de la teràpia, no? Més pròxim, més... sí. Sí, sí. Que és evident, eh? No és donar exemple, perquè no estàs donant, de dir: mira, si et passa això, ja saps quina via és la ràpida. No. No en aquest sentit donar l'exemple, sinó també donar l'exemple de: ei, estàs aixís i estàs dallò però, u, aquesta no és la manera, i dos, si has decidit per tirar per, per aquesta banda, doncs... recondueix la situació. Saps? I es pot reconduir. Vull dir, no acabes tarat, ni molt menys, per sempre ni... Saps?*

#### 4.2.9.2 Judicis de valor sobre la CS

La pròpia persona fa **valoracions amb judicis de valor negatius pel fet d'haver realitzat la CS**. Això es tradueix a no voler que a l'entorn social es conegui aquest fet. També es pot entendre com una manera de demanar ajuda.

*P01: No home no, ja no. Ara estic contenta d'haver-ne sortit, francament. I penso que quina tonteria vaig fer. Això sí. Però és clar, les coses com que no passen sempre el què vols, ni res, però bueno, en aquell moment vaig ser... feble, vaig ser molt... dèbil.*

*P01: Sí. No vull que ningú sàpiga que he fet això. A part del meu home, a part de l'entorn que sí que ho saben, i els professionals. I no vull. No. Perquè llavors sempre seria la familiar que... no. (...) La, la, la que s'havia, es vol suïcidar, la que, has d'estar molt al tanto, la... no. I la gent que em parlí, lo que senti, i lo que digui i lo que m'hagi de dir, que m'ho digui sense pensar que, que, o que em pot fer mal o que, o que em pot, que em puc arribar per lo que em digui amb això...*

*P04: I, i la veritat és que quan et trobes en aquest espai, que no sé com es podria definir, en part de covardia, una part de manca total de seguretat, una situació que dius jo aquí no hi faig res, no, no serveixo per res... Llavors et ve aquest declive, diguéssim d'intent. El que jo també no sé si és, a voltes, si també alguna vegada ha estat un, un símptoma per demanar... per dir: eh! Que sóc aquí. Més que anar a buscar potser el fons de la qüestió, de dir: jo marxo d'aquest món, potser en algun moment ha estat, aquests moments de la pastilla concretament (...) aquell va estar bàsicament suposo un moment de reclam.*

*P04: Vergonya fins i tot al baixar del cotxe i travessar just per anar a casa, pensava: què explicaràs, què diràs, no? Quin motiu argumentaràs per haver arribat aquí, perquè sembla que donguis, que hakis donat la culpa als teus germans, als teus fills, pel fet aquest, no? I, bueno, un sentiment de vergonya, de tancament, de donar moltes voltes al cap, de costar-me tornar a sortir...*

**L'entorn jutja la CS, és un tema tabú i estigmatitzat a nivell social. Malgrat això es conceptualitza la CS com una sortida al patiment, però persisteix la por a aquest judici extern.**

*P08: Sí, fa com una mica de por, eh? Bueno, de por... Por per mi no, eh? Però fa com... No, no se'n parla. Es parla molt dels accidents, no? de tràfic o que si... si ha sigut atropellat, si no sé què... Però hi ha molta gent que passa per aquesta situació, sigui intent de suïcidi o siguin altres problemes mentals. Saps? Si que a vegades fa... hi ha com una mica de recel, eh? En aquest sentit, jo no m'hi he vist, és a dir, no, no ho he patit, perquè en aquest sentit amb les persones que ho he explicat, doncs superbé, però sí que no són temes que es parlin molt còmodes o molt...*

*P07: Jo no m'he sentit maig culpable, eh? Jo no m'he sentit mai culpable. No m'he sentit mai, perquè penso que havia fet moltes coses. Crec que havia fet moltes coses. No em vaig deixar a la primera, ni a la segona, no. Que no vull dir amb això que la gent que ho fa el primer dia, ja, o sigui, són culpables de... no? Però és que jo penso que no, no és una cosa d'un dia. Jo penso que no és una cosa d'un dia, perquè sinó seria un assassinat. O sigui, jo penso que no és una cosa d'un dia, això. Llavors jo, en el meu cas, no m'he sentit mai culpable. Perquè jo ho havia donat tot. Tot, tot, eh? O sigui tot. Era com un experiment amb potes, jo ho havia donat tot, llavors... no em podia sentir culpable. Mira, és de les úniques vegades que crec que no m'he sentit culpable (riu). És que crec que és de les úniques vegades que ningú, ningú m'ha fet, o*

*sigui, per molt que m'ho hagin dit, perquè això també m'ho han dit, i també m'ho he hagut de menjar, de, el fet de, de, bueno, no sé, de que ho dius a algú, no? I aquest algú et diu: i no vas pensar amb el teu home i els teus fills? No? Aquest fet, és l'únic que no m'ha fet mal. Que no m'ha fet sentir culpable, perquè penso que havia, potser sí que m'hi hauria de sentir, però és que havia esgotat totes les possibilitats, jo ja no els estava fent feliç perquè jo ja no era feliç perquè el meu cos ja no em donava. Llavors, estar a casa com un vegetal, era el mateix que no ser-hi. O sigui, era exactament el mateix. No... no aportava res, al contrari: crits, malestar... és que no aportava res, és que més aviat era tot al contrari. Per això, per això va passar el que va passar, lògicament.*

*P02: I... però penses, ostres, com és que poguessis fer això d'aquesta manera aixís i pensant-ho... per una part egoisme per part teva i l'altra... mira, deixes de patir... deixaràs a tothom tranquil que, que veus que potser ets el... no el culpable, ets, no sé que... que també podien tirar sense tu perquè no... no hi ha ningú imprescindible en res i... i ho veus que pots, inclús ja ho comentava amb la psicòloga, em donava la sensació com si feia, com si fes nosa, saps? Allò que... És molt, molt, molt, molt raro tot. (...) No, no, penses més aviat que els alliberaràs d'una cosa. I llavors he acabat prenent consciència al cap dels mesos i això. Al principi ja ho comences a veure, però tampoc te n'acabes de donar compte del patiment. (...) Hi pensava i, és que és molt fort però és que... com si, com que ho hagués decidit i amb això ja estava tot tranquil. (...) Sí, però és que inclús abans de, de fer qualsevol cosa i tot, i llavors penses: bueno, quina sang freda has tingut o què?*

*P02: Sempre m'ha fet por això, eh? Aviam qui ho sap. M'ha fet molta molta molta, molta angoixa. Cada vegada menys, però... (...) Per això i perquè em mirin... I ara molt menys però sentir-te que et miren i que... osti, ja saps lo que va passar que... (...) Però quan veus que ho sap altra gent i això... Hòstia, fot. Sobretot amb més gent, el dia que hem anat a algun lloc o aixís... m'ha fet molta, molta impressió. (...) I això ja t'ho dic, que ho sàpiga la gent és... cada vegada menys però, saps, saps qui trobar al carrer a algú i... que saps que ho sap del cert i quasibé ni saludarte... Osti, ja un dia em vaig fer amb un de, que coneixem molt i això, de, de la feina i... és que va passar olímpicament de mi. Llavors, em va saber tant greu, però tant... Hòstia, però... Allò com si no fossis ningú, eh? Allò aquell dia sí que va, em va deixar uns quants dies osti que... (...) Llavonsens bueno, allò típic que et diuen: Va, ja saps com és aquell. Dic sí, sí, però... Hòstia, almenys dir "Tot bé?" Bueno, és que tampoc saben què dir-te. Però allò de "Va tot bé?" doncs, mira. Llavors allò típic que: Ui, on vas a aquestes hores, que estàs de baixa? Que fas vacances? Passo una temporada una mica xunga. Ja, els hi dic això, i ja està*

#### 4.2.9.3 Informació i sensibilització

**Es posa de relleu la importància que hi ha en disposar d'informació sobre salut mental, drogodependències i risc de suïcidi.** Es constata que hi ha molta desinformació sobre la salut mental i que això fa que es mal interpretin alguns problemes de salut mental.

*P03: Perquè és que a més a més, és que a més a més ara llegeixes i t'informes sobre casos de, que hi ha de criatures amb TDAH i això que llegeixes que pot dur a la depressió i inclús al suïcidi... I dius, hòstia, penso que seria importantíssim. Per tots, no? Però, de pensar que ja hasta la mateixa canalla pot arribar a aquest punt? Penso que seria molt, molt important, sí. (...) Penso que hi hauria d'haver-hi més informació, informació sobretot per això, no? Per lo que et dic. Per, per tothom, val, a mi ja m'ha passat i ja sé, ja saps que hi ha símptomes, ja saps que... Però per la primera vegada que li passa a una persona... Vale? Poder no sap que són símptomes que t'arriben a portar a lo pitjor, és que, penso que això si estàs bé no se't passa pel cap que*



*faries mai algo així. Mai! I... sobretot això. I és que lo de la canalla de veritat que em va impactar molt, això dels nens. És súper important, no? Com detectar, com fer, com... detectar que hi ha depressió en un nen, com...*

*P04: Jo penso que se n'hauria de parlar més, com s'hauria de parlar més també del tema de les dependències, de... de drogues, a nivell de joves, de... diguéssim són camins diferents, però l'autòlisi sí que s'hauria de mirar de no fer-ho molt, molt alarma social, però sí doncs fer de tant en tant un toc a la prevenció, la prevenció del suïcidí, no? És a dir, a part de que a la primavera i a la tardor són alterants, són més estadístiques que hi ha més suïcidis, sí que s'hauria de posar en coneixement, via televisió, ràdio, premsa escrita... haver-hi una cosa que digués: ei! ull que... no sé, és clar és un tema una mica delicat, no? Perquè si amb una persona li ventes: el suïcidí com una, diguéssim, com un lloc de risc... potser li encens la bombeta perquè faci el pas, no?*

*P05: Home, segurament que sí, perquè jo crec que quan una persona té depressió i la gent s'entera, sembla que, que ja puguis fer algo dolent. Perquè moltes vegades se sent: un home que ha matat a la dona, ha matat els fills, estava depressiu i després s'ha tirat d'un quart... d'un pis. Jo penso, jo tinc depressió, i jo penso que no sé, que això no, no. No està bé, perquè aquesta persona no crec que sigui la depressió que li hagi fet. Perquè jo crec que si de veritat estigués malament, es faria mal ell, i no faria mal a les persones que estima. (...) No se'n parla bé. Una persona amb depressió no ha de ser agressiu per res. Si ets agressiu, ja és la teva naturalesa. Jo penso que perquè tinc depressió, excepte aquell dia que el meu fill em va començar a cridar a casa meu i jo li deia que callés, que li vaig aixecar el puny, que no l'hagués picat, és clar. Però crec que si tens depressió, et faries tu mal abans de fer mal a un altre. Jo no faria mal, no crec que perquè tingui depressió aniré a fer mal a una persona, solament perquè em doni un atac de depressió. No, no crec, això no. Jo sempre he dit que jo quan m'enfonso i això, lo que em ve ganes és de morir, i aquestes persones que maten a la dona i als fills i després es maten ells... per què no et mates primer i deixes a la dona i als fills? Si de veritat es troba tan malament...*

**Es posa en relleu i es critica la facilitat d'accés a informació sobre mètodes per suïcidar-se que hi ha a la xarxa.** Destaquen que quan una persona no està bé no es bo que tingui aquesta informació tan accessible.

*P06: Jo vaig buscar-ho per internet. Hi ha una pàgina que et diu com et pots suïcidar, sí. Sí, sí. Tu busques com suïcidar-te, jo ho vaig buscar, ho havia buscat fa molt temps, eh? Molt temps, quan estava amb el meu exmarit, un dia que vaig marxar del llit perquè no aguantava més... Vaig buscar. Sé que hi ha un verí que funciona molt bé, però clar, això no t'ho venen a les farmàcies.*

*P01: Doncs, ah... feia temps que per internet buscava una manera de suïcidar-me que no patís. (...) Doncs feia temps. Anava mirant a internet buscant coses. T'ho diuen clar, eh? I t'ho expliquen tot, és lo que no he entès jo tampoc això. Perquè hi ha molta gent que no està bé aixís amb la seva vida, per exemple, o... No sé, amb lo què els hi ha tocat viure, o... tota la vida. (...) Què tinc de fer per suïcidar-me. Per no patir. (...) S'hauria de restringir total. Total. Perquè jo crec que les persones humanes si tu vols treure't la vida no cal que et posin el camí pla. Trobo que això a internet està de més. Perquè també hi ha canalla, eh, que se suïcida perquè tenen, tenen molt camí a internet. Això em fa, em va fer qüestionar, vaig pensar... i aquí t'ho expliquen tot! Hi ha això, i això, i això i la manera més... (...) Massa, i hasta canalla! Tu, jo quan mirava allò a internet, quedava parada! Però com és possible, de la manera que tenen la canalla facilitat per, per internet posin això? Tant que s'hi miren la gent i, per lo d'internet, i en canvi posen una cosa per, no sé, la canalla a col·legi... (...) Massa! Massa, perquè una persona quan està així que estàs aixís tan malament, només falta que t'ho posin en bandeja! Quan estàs així tan... tan apurada.*

# V. DISCUSSIÓ

---

*Sometimes life is more than pain, to me  
I feel the power of my grief.  
Death would be such a relief.  
All the secrets that I hide, would die, with me.  
Edge of Sanity – Black Tears (Purgatory Afterglow)*

Amb aquesta tesi es pretenia avaluar el funcionament del Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida del Consorci Hospitalari de Vic en termes de repetició de la conducta suïcida, vinculació del servei de salut mental i fer-ne una valoració qualitativa per part de les persones ateses al programa.

Sobre el primer objectiu general marcat a l'estudi, que era **descriure els episodis de conducta suïcida i les característiques sociodemogràfiques i clíniques de les persones ateses al PGCCS**, observem que la cohort la conformen majoritàriament dones, en gairebé un 72% i, a més, trobem diferències entre homes i dones en altres característiques sociodemogràfiques i clíniques com són l'estat civil, el nucli de convivència, la procedència i la presència o absència de diagnòstics com el TCA, el trastorn depressiu persistent o la fibromiàlgia, entre altres. La diferència de gènere en la conducta suïcida és un fet àmpliament descrit a la literatura, on en països occidentals les dones presenten més episodis de conducta suïcida no mortal que els homes (Fox et al., 2018), i ja fa més de dues dècades que Qin (2000) en el seu estudi trobava diferències en els factors de risc entre homes i dones.

Si ens fixem en les principals diferències sociodemogràfiques trobades en el present estudi, en l'edat s'ha trobat una diferència consistent en que els homes tenien de mediana 5 anys més que les dones. En un estudi europeu sobre diferències de gènere en intents de suïcidi (Freeman et al., 2017), no es van trobar diferències d'edat significatives a nivell global però en un dels subtipus de conducta (*Deliberate Self Harm* -autolesió deliberada-) sí que es va trobar que els homes eren de mitjana 3 anys més grans que les dones. Amb l'edat augmenta el risc de mort per suïcidi, i aquest fet sumat a la major freqüència de mort per suïcidi en homes (Fox et al., 2018; Fung & Chan, 2011), podria explicar la troballa d'aquesta diferència.

Respecte a l'estat civil, no hi ha hagut cap home vidu a la cohort i la majoria dels homes atesos, un 40,7%, eren separats, mentre que pràcticament la meitat de les dones de la cohort eren casades i tan sols un 25,5% eren separades. En un estudi a Corea del Sud, s'associava el fet d'estar separat amb una major proporció d'intents de suïcidi, però no es va especificar per sexe (J. L. Kim, Kim, Choi, Lee, & Park, 2016), i en una metaanàlisi es va trobar que el risc de suïcidi en persones no casades és més gran que per les casades, i que el risc de suïcidi en persones separades, tant en homes com en dones, és més elevat que per les solteres, però que a partir dels 65 anys no hi ha relació entre risc de suïcidi i estat civil per les dones mentre que pels homes es manté aquest risc (Kyung-Sook et al., 2018). També s'ha



vist que els problemes de parella s'associen positivament i de forma significativa amb episodis d'ideació i intents de suïcidi (Robustelli, Trytko, Li, & Whisman, 2015).

A nivell de convivència, dos terços de les dones vivien amb família pròpia mentre que els homes vivien molt més sols, en un 37,2%, que no pas les dones, essent un 11,4% de les dones ateses les que vivien soles. En un estudi realitzat a nivell europeu (Burón et al., 2016), el percentatge de persones que realitzaven un intent de suïcidi i que vivien soles era d'un 19,9%, molt semblant al 18,6% global del nostre estudi, però la gran proporció d'homes que viuen sols al nostre estudi no es troba al de Burón. Aquest fet caldria tenir-lo en compte ja que la sensació de soledat, bé sigui objectiva amb el fet de viure sol o subjectiva amb una percepció de manca de suport social, augmenta el risc de suïcidi (Calati et al., 2019), i també s'ha vist que el fet de viure sol augmenta el risc de repetició de la CS al mes i als sis mesos de ser donat d'alta (Kawahara et al., 2017).

Respecte a la procedència, un 18,6% de les persones ateses eren originàries de fora de l'estat espanyol. A la comarca d'Osona, el percentatge de població estrangera durant el període d'estudi va ser de 13,4% de mitjana ( $DE\pm 0,55$ ). A més, hi va haver diferències importants per sexe, essent la població estrangera un 22,7% de les dones ateses i un 8,1% dels homes atesos. Aquesta diferència encara és més marcada si tenim en compte que, del total de persones estrangeres que vivien a la comarca durant el període d'estudi, un 52,6% de mitjana eren homes ( $DE\pm 0,35$ ). Respecte al lloc de procedència no hi va haver diferències entre homes i dones, i la majoria de persones estrangeres ateses, en un 42,1%, procedien de Marroc, que és un percentatge semblant al de població estrangera procedent del Marroc a la comarca d'Osona durant el període d'estudi, que va ser del 41,7% de mitjana ( $DE\pm 3$ ) (Idescat, 2020c), essent el primer país de procedència de població estrangera a Osona. Sorpren, però, que el segon país és Ghana, representant 9,7% de mitjana ( $DE\pm 1,13$ ) de la població estrangera a Osona durant el període d'estudi, mentre que al programa tan sols una persona atesa era d'aquest país, significant un 1,8% de la població estrangera atesa al PGCCS. Entre els factors de risc que pot tenir la població migrada i les minories ètniques hi ha les barreres en el llenguatge, la preocupació per la família que ha quedat al país d'origen i la separació familiar, a més de possibles circumstàncies precipitants com poden ser la manca d'informació sobre el sistema de salut, la pèrdua d'estatus, la pèrdua de xarxa social i l'aculturació (Forte et al., 2018). A nivell de diferències per sexe, a Europa s'ha vist que les dones joves immigrants procedents de Turquia, est de l'Àfrica i sud de l'Àsia són un grup de risc (Spallek et al., 2015) i que les dones immigrants no europees, a l'igual que al nostre estudi, tendeixen a tenir més del doble d'intents de suïcidi que els homes immigrants del mateix grup (Bursztein Lipsicas et al., 2013).

No es van trobar diferències entre homes i dones a nivell laboral; les persones ateses estaven en situació activa en un 42,8%, en situació de jubilació o percebent una pensió en un 22,9%, i un 34,3% no tenien feina. Cal destacar, però, que un 19,6% de les persones ateses no tenien feina ni percebien prestació d'atur. A l'estudi europeu de Burón (2016) el percentatge de persones a l'atur era un 12% i en el seu cas sí que trobaven diferències per sexes.

Tampoc es van trobar diferències en tipus de municipi, la meitat de la població de la comarca viu en municipis de més de 10.000 habitants, similar al 53,9% de la cohort en municipis d'aquest tipus (Consell Comarcal d'Osona, 2018; Idescat, 2020b).

Si ens fixem en les circumstàncies precipitants de la CS, es van trobar diferències en algunes d'elles. El factor principal per les dones van ser els problemes familiars en un 46,8%, mentre que pels homes aquest factor va significar un 27%. El factor principal en els homes van ser els problemes sentimentals amb un 30,3%, sense massa diferències amb les dones, que va ser un 26%. Altres diferències en factors precipitants entre homes i dones al nostre estudi van ser factors econòmics i laborals més freqüents en homes que no pas en dones, confirmant l'associació de més risc de suïcidi per problemes ocupacionals en homes (Hawton, 2000) així com més circumstàncies precipitants associades a problemes de consum de tòxics en homes que concorda amb més diagnòstic de consum en homes que en dones que detallarem posteriorment.

A nivell clínic, una part molt important de la cohort, un 80%, ja tenia un diagnòstic de trastorn mental abans de produir-se la CS i posteriorment ascendeix al 95%. Aquestes dades concorden amb l'àmpliament citat factor de risc de suïcidi que és la presència de trastorn mental (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Crida l'atenció, però, que tan sols un 70,6% havien estat atesos alguna vegada per professionals de la salut mental i, en el moment de produir-se la CS, només un 41,5% estaven essent atesos al servei de salut mental. Dues tercers parts d'aquests van ser visitats durant el mes anterior a produir-se la CS. En altres estudis la proporció de persones ateses alguna vegada a salut mental i en seguiment en curs arriba al 71,3% i 62,5% respectivament (Kawahara et al., 2017). La meitat de la cohort va ser visitada a APS el mes anterior a produir-se la CS, que són dades inferiors al 69% de visita a serveis de salut durant el mes anterior que es troba en altres estudis (Kammer et al., 2020) però segueix mostrant que una part important de la cohort estava en seguiment a APS en el moment de produir-se la CS i posa en relleu la importància que té l'atenció primària en la detecció del risc de suïcidi (Boffin, Van Casteren, & De Ridder, 2019; Leavey et al., 2016).

Després de produir-se la CS augmenta la proporció de trastorns afectius i els trastorns relacionats amb factors d'estrès, sobretot pel diagnòstic de trastorn adaptatiu, un diagnòstic

amb gran associació al fet d'haver realitzat una CS (Fegan & Doherty, 2019). Es van trobar diferències segons sexe, amb un major nombre de diagnòstics en els homes que, encara que significatiu a nivell estadístic, no aporta massa diferència a nivell clínic (1,6 diagnòstics de mitjana en els homes respecte 1,4 diagnòstics de mitjana en dones), i sobretot en tipus de diagnòstic. Així, a la nostra cohort no hi va haver cap home amb diagnòstic de trastorn depressiu persistent ni de TCA, mentre que un 7,7% i un 5,3% de les dones tenien aquests diagnòstics respectivament. Al contrari, no hi va haver cap dona amb diagnòstic de joc patològic mentre que un 7,3% dels homes el tenien. En dones joves la presència de TCA s'ha vist com un factor de risc de suïcidi important, així com els símptomes depressius (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Respecte a les diferències en trastorn depressiu persistent i joc patològic, hi podria haver un biaix de gènere a l'hora d'establir alguns diagnòstics i també s'han trobat diferències de gènere en molts dels trastorns depressius (Otten et al., 2021; Riecher-Rössler, 2017; Salk, Hyde, & Abramson, 2017). També es va trobar una gran diferència en els trastorns relacionats amb substàncies, amb un 43,9% dels homes de la cohort amb aquesta problemàtica (sobretot alcohol i cocaïna) i tan sols un 12,9% de les dones. La principal diferència que es va trobar va ser en l'alcohol, amb un terç dels homes i un 9% de les dones, seguit de la cocaïna (20% homes i 5% dones) i cànnabis. Aquesta diferència també es va mantenir en la detecció de presència de tòxics en orina en l'atenció a urgències (positiva en un 53,4% dels homes respecte un 32,9% de les dones en que es va sol·licitar la determinació), amb un 39,9% de consum d'alcohol i un 19% de cocaïna en homes respecte a un 20,3% d'alcohol i un 9,1% de cocaïna en dones. En relació a les diferències trobades entorn a l'addicció, malgrat sembla que les dones s'han mostrat més vulnerables biològicament a l'escalada en el consum de drogues (Quigley et al., 2021) cal tenir en compte que les interaccions entre les influències biològiques, ambientals, socioculturals i de desenvolupament condueixen a altres diferències en els patrons de consum entre homes i dones i expliquen una major proporció d'homes amb trastorn per consum de substàncies (Becker, McClellan, & Reed, 2017; National Institute on Drug Abuse, 2021). No es van trobar diferències de sexe en altres trastorns mentals, però val la pena destacar que, malgrat no assolir significació, només un 4,9% dels homes de la cohort tenien diagnòstic de TLP en contraposició al 12,4% de les dones.

Un 36% de la cohort presentava algun tipus de condició orgànica associada, similar a altres estudis (M.-H. Kim et al., 2020; Persett, Grimholt, Ekeberg, Jacobsen, & Myhren, 2018), essent els problemes múscul-esquelètics la principal alteració. Les diferències trobades entre homes i dones van ser en la fibromiàlgia i alteracions endocrines, en que cap home de la cohort patia aquestes alteracions mentre que una quarta part de les dones amb condició orgànica associada patia fibromiàlgia i una de cada cinc dones amb condició orgànica tenia una

alteració endocrina. En altres estudis també s'ha trobat més prevalença de fibromiàlgia en dones (Wan et al., 2019). Els homes, en canvi, patien més problemes neurològics (27% dels homes amb condició orgànica respecte un 7% de les dones), alteracions cardíaques (19% en homes i 5% en dones) i condició infecciosa crònica (19% en homes i 2% en dones). En homes, els problemes cardíacs i els accidents isquèmics vasculars apareixen en edats més primerenques, això podria explicar-ne la major prevalença en els homes de la nostra cohort (Mauvais-Jarvis et al., 2020). A més, l'edat dels homes del nostre estudi era major que la de les dones, fet que podria afavorir l'aparició d'aquest tipus d'alteracions.

Pel que fa als intents de suïcidi previs, un 35% de la cohort havia realitzat un intent previ, sense diferències entre homes i dones. És una xifra similar a altres estudis catalans, com el 38,96% trobat en un estudi a Barcelona (Farré et al., 2016) i el 39,89% en un de Lleida (Irigoyen et al., 2019). La xifra difereix d'estudis a altres zones, essent superior al 27,81% trobat a Corea del Sud (M.-H. Kim et al., 2020), i molt inferior al 72,67% trobat a Noruega (Persett et al., 2018).

Pel que fa a la història familiar de suïcidi, consta aquest antecedent en un 3,3% de la cohort, una xifra molt inferior a l'aportada per altres estudis com el 19,33% de l'estudi de Giner a França (2014) o el 7,56% de Kim a Corea del Sud (M.-H. Kim et al., 2020). Això pot ser degut a que és una dada que no s'explora al PGCCS i es va revisar si constava en altres visites. Per tant, podria ser un percentatge superior però que no està ben identificat. Atès que és un factor de risc, és important incloure aquest aspecte en la valoració de les persones ateses (Campos, Holden, & Santos, 2018; Qin et al., 2002).

Si ens fixem en el tipus d'episodis, la majoria dels 324 episodis atesos van ser per intent de suïcidi, en gairebé un 90%. Això no significa que siguin la majoria dels episodis que es produeixen però sí els que s'atenen a urgències i possiblement hi ha un nombre indeterminat d'intents avortats/interromputs que no arriben a consultar als serveis de salut. No es van trobar diferències importants entre estacions ni mesos ni dies en que es produeixen els episodis, però sí que observem la proporció més alta en un mes d'estiu (agost) i en dilluns, coincidint amb algunes dades sobre distribució de suïcidis que trobem a la literatura (B. Cavanagh et al., 2016; Galvão et al., 2018; Law & De Leo, 2013; Santurtún et al., 2018).

Respecte a la gravetat dels episodis, en un 18% es va requerir d'hospitalització i en una quarta part dels ingressos es va requerir d'hospitalització a la UCI, indicant gravetat de l'episodi de CS. Un terç dels ingressos van requerir d'hospitalització completa a psiquiatria. És una proporció d'ingressos relativament baixa si comparem amb altres estudis, com per exemple un estudi realitzat a l'estat de Nova York (Kammer et al., 2020), on van trobar que un 63% de

les persones ateses per un intent de suïcidi eren hospitalitzades a conseqüència d'aquest i amb una durada mediana de 4 dies, però no es detalla el servei en el qual ingressen. En un estudi al País Basc (Gabilondo et al., 2020) la proporció d'hospitalització va ser d'un 49%, i en un de Sabadell (Parra-Urbe et al., 2017) d'un 26,7%, però en cap dels dos estudis s'especifica la durada ni els serveis d'ingrés. Pel que fa a hospitalització a psiquiatria, en un estudi a Irlanda es va trobar que un 24% de les persones ateses per un intent de suïcidi eren ingressades a psiquiatria, sense especificar-ne la durada (Doherty et al., 2021). En relació a la durada de l'hospitalització, en el nostre estudi va ser de 20,27 dies de mitjana pels intents amb mètodes violents i 8,87 pels no violents, que és una durada superior a la trobada en un estudi realitzat a Noruega (Persett et al., 2018), que va ser de 14,3 dies de mitjana pels intents amb mètodes violents i de 2,3 dies pels intents amb mètodes no violents.

En relació al mètode utilitzat per a la CS, el més utilitzat fou la SIM amb un 75,6% dels episodis, seguit per l'ús d'instruments tallants o punxants en un 9,9%, coincidint amb el que es descriu a la literatura (Lim et al., 2014). També trobem similituds en altres estudis catalans; així, a l'estudi realitzat a Lleida la SIM va significar el 83,5% i l'ús d'instruments tallants o punxants un 6,5% (Irigoyen et al., 2019), al de Sabadell, un 70,8% van utilitzar la SIM (Parra-Urbe et al., 2017) i al de Barcelona la SIM va ser utilitzada per un 83,6% (Farré et al., 2016). Respecte a les diferències de mètode utilitzat entre homes i dones, trobem més tendència a utilitzar mètodes violents per part dels homes, fet que també concorda amb la literatura (Hawton, 2000; Persett et al., 2018).

En relació al segon objectiu general marcat a l'estudi, que era **analitzar el funcionament del PGCCS i la seva efectivitat en relació a la repetició de la conducta suïcida i la vinculació al servei de salut mental**, trobem diversos aspectes a discutir. Sobre el propi funcionament del programa, la primera visita va ser sobretot presencial. El programa va començar com a telefònic però de seguida es va afegir la presencialitat a la primera visita perquè es va veure que era important aquest aspecte per fer una primera valoració més acurada i afavorir el vincle. Malgrat alguns estudis apunten que no hi ha diferències en aspectes del vincle terapèutic entre la modalitat telefònica i presencial, sí que es troben diferències en la durada de les sessions, essent més curtes en la modalitat telefònica (Irvine et al., 2020). Altres estudis posen en relleu que la modalitat telefònica pot comprometre alguns tipus de relació terapèutica i afirmen que la presencialitat permet un treball més personal i amb una valoració més acurada d'aspectes no-verbals de la comunicació (Turner, Brown, & Carpenter, 2018). Pensem que la doble modalitat de les visites del programa permet aprofitar els avantatges dels dos tipus d'intervenció.

Observem que es compleix el termini de les visites establertes al programa. La visita 1 es realitza als 7 dies de mediana (planificada dins la primera setmana posterior a la CS), la 2 als 40 dies (planificada al mes de la CS), la 3 als 96 dies (planificada als 3 mesos), la 4 als 188 dies (planificada als 6 mesos) i la 5 als 371 dies (planificada a l'any). S'ha de tenir en compte que la diferència es va calcular segons el dia que es va produir la CS i no el dia de l'alta de l'hospital, i que es tracta de visites realitzades de forma efectiva i no les programades. Quan una persona atesa no es presenta a una visita o no respon a una trucada, s'intenta una nova visita tres vegades en dies i hores diferents. Això pot fer que en el cas de les visites presencials es demorin més les visites efectives. Si comparem amb altres programes, la realització de la primera visita al programa és més ràpida que en altres com l'ASSIP de Suïssa, on la primera visita es realitzava als 16,5 dies de mediana (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016). També destaquem que la visita corresponent a l'any es va realitzar en un 65,1% dels casos, que pensem que és una xifra força elevada. En altres programes de gestió del cas, per exemple un altre que es porta a terme a Suïssa (Brovelli et al., 2017), l'última visita es va complir en un 73,7% dels participants, però aquesta es produïa als 3 mesos i no a l'any com en el cas del nostre programa. A més, el grau de compleció del nostre programa va ser molt elevat, amb pràcticament la meitat dels participants que el van completar i gairebé tres quartes parts dels episodis que van complir entre 4 i 5 del total de 5 visites preestablertes. La majoria, un 76%, van realitzar entre 1 i 2 visites presencials i pràcticament la meitat van atendre entre 3 i 4 visites telefòniques. Això contrasta amb altres programes en els que la compleció és inferior, com el *Brief Interventions in Repeat Self Harm* (BIRSH), portat a terme a Anglaterra, amb tan sols un 19% de compleció del programa (Brand & Lascelles, 2017). En altres programes de gestió del cas com un que es porta a terme a Corea del Sud (H. J. Shin et al., 2019) la compleció del programa va ser més elevada, amb un 63,1% de participants que van completar el programa, però la durada d'aquest programa era de 4 setmanes. A més, un 20% dels seus participants van abandonar el programa a la primera visita, contrastant amb el 8,6% dels participants al nostre PGCCS que van assistir només a la primera visita.

En relació a la vinculació al servei de salut mental, cal tenir en compte que la cohort en conjunt va ser atesa al programa, representant algun tipus de vinculació al servei de salut mental, però si observem les xifres d'adherència a altres visites amb professionals de salut mental a nivell ambulatori, els nostres resultats són millors que els trobats a la literatura. Al nostre estudi trobem que un 88,6% de la cohort va assistir almenys a una visita psiquiàtrica de seguiment després de l'alta per la CS. S'ha vist que entre l'11% i el 50% de les persones que intenten suïcidar-se rebutgen el tractament ambulatori o abandonen la teràpia ambulatoria molt ràpidament (Lizardi & Stanley, 2010). Un estudi als Estats Units (Bostwick, Pabbati,



Geske, & McKean, 2016) detallava que un 69,4% de les persones ateses per un intent de suïcidi tenien visita psiquiàtrica de seguiment programada una vegada eren donades d'alta, però no aportava dades sobre si la visita es va arribar a produir o no. En un altre estudi realitzat a Flandes van trobar que un 64,7% de les persones que havien realitzat un intent de suïcidi estaven rebent atenció especialitzada de salut mental (Boffin et al., 2019). La nostra taxa d'adherència també és molt superior a la que descriu Shin (2020) en un estudi realitzat a Corea del Sud en el que tan sols un 20,4% dels pacients van acudir a la visita de seguiment programada després de l'alta i també al 35% que descriu Costemale-Lacoste (2017) en el seu estudi realitzat a París, i al 31,4% en un estudi a Canadà (Hunter et al., 2018). En un estudi realitzat al País Basc es va trobar que l'adherència dels pacients del grup intervenció fou del 73,6% mentre que la del grup control va ser de 65,3% (Gabilondo et al., 2020), ambdues xifres inferiors a l'adherència trobada al nostre estudi, que va ser del 88,6%. En un altre estudi realitzat a Corea del Sud, tan sols un 22,7% es vinculaven correctament al servei de salut mental, considerant en aquest cas la vinculació com a haver realitzat almenys dues visites presencials a aquest servei (D. Kim et al., 2020).

Si observem l'atenció rebuda per part del servei de salut mental, veiem que cada persona va rebre de mitjana 9 visites al llarg de l'any. A les entrevistes qualitatives les persones ateses demanaven més freqüència d'atenció, sobretot al principi, i els resultats confirmen aquesta impressió, ja que en els tres primers mesos només es va rebre una visita de mediana per part dels diferents professionals de la salut mental, excloent les visites que formen part del PGCCS. Pel que fa a l'atenció al llarg de l'any per perfils professionals, la majoria de les persones ateses van ser derivades a visita amb psiquiatria, pràcticament 9 de cada 10, i molt poques amb infermeria, però el percentatge de vinculació va ser més elevat amb infermeria. Una explicació podria ser perquè les infermeres tracten més persones diagnosticades de TMS, que habitualment realitzen un seguiment més estret, i, per tant, hi ha una major continuïtat en el seguiment. També es troba una proporció superior de persones amb diagnòstic de trastorn per abús/dependència de tòxics ateses per infermeria; en aquest cas, el fet d'estar en seguiment per un procés de desintoxicació, la majoria de vegades alcohol, fa que hi pugui haver també un seguiment acurat que afavoreixi la vinculació. El percentatge de vinculació més baix va ser amb psicologia. Una possible explicació és la demora en la primera visita; històricament al servei ha estat la categoria professional amb més llista d'espera i probablement els resultats trobats són un reflex d'aquesta situació, ja que les persones ateses eren derivades a psicologia i, pel retard en tenir una visita, no acabaven realitzant-la, ja fos per resolució de la situació o bé perquè havien cercat ajuda a nivell privat. Aquesta manca de professionals de psicologia al sistema de salut és un fet manifestat i estudiat. En estudis recents s'ha establert que la ràtio mínima necessària de psicòlegs clínics a l'estat espanyol

seria de 12 professionals per cada 100.000 habitants, lluny dels 5,58 professionals per 100.000 habitants que es calcula que hi ha actualment de mitjana (Duro Martínez, 2021; Fernández-García, 2021). El perfil professional amb menys visites de mitjana al llarg de l'any és treball social ja que moltes vegades es tracta de consultes o valoracions puntuals sense requerir seguiment. Tot i així, els homes van tenir més visites amb treball social que les dones. En les circumstàncies precipitants hi havia diferències entre homes i dones, amb un perfil de precipitants més socials com són els econòmics i laborals en homes; això podria explicar aquesta major derivació i seguiment per part de treball social en els homes respecte de les dones.

Durant l'any posterior a la CS tan sols una desena part dels casos van estar inclosos a la teràpia grupal específica per a la CS. Aquest tractament grupal durant l'època d'estudi estava més dirigit a persones amb múltiples intents i això pot explicar que hi hagi hagut poques persones amb aquesta modalitat de tractament. És important tenir en compte el tractament grupal i ampliar-ne la derivació en la mesura que sigui possible ja que se n'ha descrit l'efectivitat en la millora de diversos símptomes associats al suïcidi i, en conseqüència, en la reducció del risc de suïcidi (Sullivan et al., 2021). Pel que fa a l'atenció urgent al servei de salut mental i a les hospitalitzacions psiquiàtriques al llarg de l'any, hi va haver pocs episodis, un 15% i un 8% respectivament, però l'estada de les hospitalitzacions va ser important, amb un mes de mitjana a aguts i dos mesos de mitjana a hospital de dia.

Dues terceres parts de les persones ateses seguien vinculades al servei de salut mental un any després de l'episodi de conducta suïcida, i un 65,1% dels participants van respondre o assistir a la visita 5 del PGCCS que es realitza a l'any d'haver-se produït la CS. És una dada a tenir en compte ja que a la literatura trobem que només un 27% de les persones amb intent de suïcidi estava en tractament al cap d'un any degut a l'escassa adherència al tractament ambulatori que presenta aquesta població (Lizardi & Stanley, 2010). Al llarg del programa, una de les funcions és la re-vinculació al servei de salut mental de les persones que han deixat d'acudir a alguna de les visites, ja que en els contactes de seguiment es re-programen les visites que s'hagin pogut perdre, però amb les dades recollides no és possible saber en quantes ocasions s'ha realitzat aquesta funció. El que sí que es va observar va ser la desvinculació posterior d'un 5,7% dels casos. És a dir, una vegada realitzada la visita 5 i havent finalitzat el programa, aquests casos encara estaven en seguiment ambulatori al servei per part d'altres professionals i van deixar d'atendre a les visites programades, desvinculant-se del servei de salut mental.



Un altre aspecte important en relació al tractament en salut mental fa referència als psicofàrmacs. Abans de produir-se l'episodi de CS tenien prescrit tractament psicofarmacològic un 74,7% dels casos, un 79,3% d'aquests amb antidepressius, i posteriorment a aquest episodi, en un 84% dels casos es van prescriure psicofàrmacs, un 89,3% d'aquests amb antidepressius. És una proporció elevada d'aquest tipus de tractament, però trobem percentatges més alts de prescripció de psicofàrmacs en altres estudis com el de Lleida, on un 97% de les persones ateses per intent de suïcidi tenien prescripció de psicofàrmacs i un 94,3% estaven en tractament amb antidepressius (Irigoyen et al., 2019). En el nostre estudi els canvis trobats en la prescripció abans i després de produir-se l'episodi de CS va ser un augment en la prescripció d'antidepressius, antipsicòtics i altres psicofàrmacs (augment d'un 10%, 8,6% i 3,1% respectivament) i una disminució d'un 9,2% en la prescripció d'ansiolítics. En un estudi realitzat a Canadà (Katz, Randall, Leong, Sareen, & Bolton, 2020), també es va trobar un augment en la prescripció d'antidepressius i antipsicòtics (5,9% i 6,4% respectivament) i una disminució d'un 2,2% en la prescripció d'ansiolítics. En aquest estudi, però, també van trobar una disminució d'un 2,2% en la prescripció d'altres psicofàrmacs a diferència del nostre on aquesta prescripció també va augmentar. En el nostre estudi després d'un any d'haver-se produït l'episodi de CS un percentatge força elevat, un 71,2%, es mantenia en tractament psicofarmacològic, però és un 3,5% inferior al d'abans de produir-se la CS.

En relació a taxes de repetició de l'intent i mort posterior per suïcidi al present estudi trobem millors resultats que a la literatura actual. Respecte a la repetició de l'intent de suïcidi, Liu troba en una revisió recent (Liu et al., 2020) que la taxa de repetició de l'intent als sis mesos era del 15,01%, a l'any del 17,03% i als dos anys del 20,82%. Les dades que observem relatives a les persones ateses al PGCCS mostren una taxa de reintent als sis mesos del 6,9%, a l'any del 12,2% i als dos anys del 17,8%, significant proporcions menors de reintent de suïcidi en les persones ateses al nostre programa. De la mateixa manera també trobem una proporció menor de mort per suïcidi; en les persones ateses al programa no es va produir cap cas de mort per suïcidi ni als sis mesos ni a l'any, mentre que la taxa de la revisió de Liu mostra una proporció de 0,77% als sis mesos i 1,39% a l'any. En una altra revisió, la taxa de mort per suïcidi després d'un intent va ser de 2,8% a l'any i 5,6% als 5 anys (Demesmaeker, Chazard, Hoang, Vaiva, & Amad, 2021). En el nostre estudi es va produir un 1% de morts per suïcidi als dos anys, proporció inferior a les descrites a les revisions. Si comparem les nostres dades amb altres estudis realitzats a l'estat espanyol, la nostra taxa de reintent del 12,2% a l'any és superior a la trobada a l'estudi de Gabilondo al País Basc (Gabilondo et al., 2020) que fou de 9,3% al grup intervenció i de 10,6% al grup control. La nostra taxa de reintent

17,8% als dos anys fou similar al 17,7% de l'estudi de Parra-Urbe a Sabadell (Parra-Urbe et al., 2017) i inferior al 18,9% de l'estudi d'Irigoyen a Lleida (Irigoyen et al., 2019).

Respecte a les variables associades a la repetició de l'intent, al nostre model hi van entrar les variables sexe (menys repetició de la CS en dones), haver tingut un intent de suïcidi previ, estar en seguiment actiu al servei de salut mental al moment de l'episodi índex i haver participat en teràpia grupal durant l'any posterior a l'episodi, totes elles associades a més repetició de la CS. A l'estudi d'Irigoyen a Lleida (2019) també es va trobar que l'haver realitzat almenys un intent previ a la CS índex era un factor associat a la repetició. En el seu estudi les altres variables associades van ser el diagnòstic d'un trastorn de personalitat i una bona adherència terapèutica i no es va trobar associació respecte al sexe, tot i que sí que s'observava menys risc en dones malgrat no assolir significació. Un estudi realitzat a França també va trobar els intents previs com un factor de risc associat al reintent, a més dels trastorns d'ansietat, el trastorn per ús d'alcohol i el consum agut d'alcohol durant l'intent (Demesmaeker, Chazard, Vaiva, & Amad, 2021). En aquests estudis no es feia referència a l'anàlisi del seguiment actiu al servei de salut mental en el moment de la CS ni a l'assistència a teràpia grupal.

En relació a l'objectiu general **d'estudiar les diferències entre les persones que completen el PGCCS i les que no**, es va trobar que les característiques sociodemogràfiques pels dos grups van ser homogènies excepte en edat i situació laboral. Respecte a l'edat, trobem una diferència de 4 anys de mitjana (44,35 anys  $DE \pm 14,21$  vs. 40,42  $DE \pm 14$ ), més grans en el grup que completa el programa. En un estudi realitzat a Seül (J. Shin et al., 2020) també es va trobar una diferència d'edat, 2 anys de mediana més grans entre els que completaven el programa, però en aquest cas sense assolir significació estadística. En relació amb la situació laboral, els dos grups tenien proporcions similars de persones amb situació laboral activa i les diferències es van trobar en el grup de pensionistes (més proporció en els que completen el programa) i els aturats (més proporció en els que no completen el programa). Al no trobar diferències en el grup que està ocupat i que podria tenir una dificultat en assistir a les visites o respondre a les trucades telefòniques pel fet de tenir un horari laboral o d'estudis per complir, no pensem que aquest fet pugui influir en la compleció del programa.

A nivell clínic, el grup que va completar el programa patia més trastorns afectius, concretament trastorn depressiu major, que els que no el van completar. Respecte a l'adherència a les visites psiquiàtriques, aquesta dada difereix de l'estudi de Shin a Seül

(2020) en el que es va observar que les persones amb més adherència a les visites tenien menys diagnòstic de depressió unipolar que les que no s'adherien a les visites.

Els que no van completar el programa tenien més problemes de consum de tòxics, concretament amb la cocaïna. Aquest fet podria explicar la menor adherència al programa i, en conseqüència, també a les visites ambulatories psiquiàtriques. S'ha identificat el trastorn per ús d'alcohol com un factor que pot incidir en l'adherència a les visites psiquiàtriques i també en la repetició de l'intent de suïcidi, però no hem trobat estudis específics en referència al consum de cocaïna en aquest sentit. A l'estudi portat a terme a Seül citat anteriorment (J. Shin et al., 2020) es va identificar el consum d'alcohol com un factor que podia afectar negativament a l'adherència a les visites. També en un altre estudi a Corea del Sud es va trobar que els pacients amb problemes de consum d'alcohol completaven menys un programa de gestió de casos (H. J. Shin et al., 2019). A Catalunya a l'estudi de Parra-Urbe (2017) es va identificar les persones amb trastorn per ús d'alcohol com un grup de més risc pel reintent i la mort per suïcidi. En el nostre estudi no es van trobar diferències significatives respecte al trastorn per ús d'alcohol entre els dos grups, però sí que es va observar un percentatge menor de trastorn per ús d'alcohol entre els que van completar el programa (12,9%) que en els que no el van completar (17,2%). En un estudi a Taiwan sobre un programa de gestió de casos després d'un intent de suïcidi, especificava que els pacients amb història d'ús de substàncies il·lícites perdien el seguiment a l'estudi de forma significativa, però no feia referència a si es van trobar diferències en el seguiment ambulatori (Lin et al., 2020).

És important destacar que no hi van haver diferències estadísticament significatives entre els dos grups respecte a tenir història de seguiment previ al servei de salut mental o al fet d'estar en seguiment a salut mental en el moment de produir-se la CS, fet que podria haver explicat una major adherència al tractament com es va observar a l'estudi de Seül (J. Shin et al., 2020), en el que les persones amb tractament psiquiàtric previ s'adherien més a les visites. En un estudi a Canadà (Hunter et al., 2018) també es va observar que les persones que s'adherien a les visites havien tingut més visites amb professionals de la salut mental els dos anys previs a l'intent de suïcidi.

Tampoc vam observar diferències en el fet d'haver tingut intents de suïcidi previs, fet que a l'estudi de Seül (J. Shin et al., 2020) també afectava l'adherència a les visites, amb un percentatge de persones amb intents previs més gran entre els que s'adherien a les visites. De totes maneres, altres estudis tampoc van mostrar associació entre tenir intents de suïcidi previs i l'adherència al tractament psiquiàtric (Costemale-Lacoste et al., 2017; Hunter et al., 2018; J. Shin et al., 2020).

En referència a la necessitat d'hospitalització psiquiàtrica durant l'any posterior a l'intent, les persones que van completar el programa van presentar menys ingressos i de menor durada. En un estudi a Suïssa sobre el programa ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) van trobar una reducció d'ingressos a psiquiatria durant els 12 mesos posteriors a l'intent, essent un 27% dels participants de l'ASSIP els que van ingressar respecte a un 33% del grup control, amb una reducció del 72% dels dies d'ingrés (Gysin-Maillart et al., 2016). La proporció de participants que van ingressar al nostre estudi fou menor tant pels que van completar el programa (4,8%) com pels que no (11,3%). Això es podria explicar perquè en les nostres dades no es té en compte la primera hospitalització que es va poder produir degut a l'intent de suïcidi, i a l'estudi de Suïssa sí que es té en compte. En el nostre cas, un 17,3% de la cohort va requerir hospitalització degut a l'intent, un 28,3% d'aquests a psiquiatria.

Per acabar, ens vam plantejar l'objectiu **d'aprofundir en l'experiència de les persones ateses sobre l'atenció rebuda després d'un episodi de conducta suïcida** i es va explorar la percepció de les persones ateses sobre els diferents principis de l'atenció centrada en el pacient. En la valoració per part dels participants sobre els diferents principis de l'Atenció Centrada en la Persona de Picker aquests en general es compleixen. Van sorgir diferents aspectes a comentar en relació a l'atenció primària de salut, l'atenció rebuda a urgències i altres serveis de l'hospital, al servei de salut mental i al PGCCS.

La majoria tenen una bona relació amb el seu metge o metgessa d'atenció primària, i remarquen la importància del vincle en tot el procés d'atenció. Tot i això, consideren que la derivació a salut mental pels canals habituals és molt lenta contrastant amb la rapidesa amb que són visitades una vegada s'ha produït la CS. Aquest aspecte s'hauria de tenir en compte, ja que es posa en relleu que per tal de poder fer activitats realment preventives, l'atenció s'hauria de produir abans de la CS, ja que una vegada s'ha produït ja hi ha hagut el risc que la CS produís la mort. També expliquen que des d'APS no se'ls va preguntar per les idees de suïcidi, que moltes vegades ja hi eren presents, i que, en cas de ser preguntats ho haurien revelat. Aquest és un altre aspecte important a tenir en compte en la prevenció i que remarca la importància de l'APS en la prevenció del suïcidi. En aquest sentit hi ha un programa a Irlanda, el Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN), que el porta a terme una infermera i està dirigit a persones que expressen idees de suïcidi a APS, oferint una derivació ràpida al servei de salut mental quan és necessari o la coordinació adequada quan no requereix d'atenció psiquiàtrica, oferint el servei més apropiat segons necessitats. Amb aquest programa es pretén millorar la col·laboració entre APS i el servei de salut mental per abordar els reptes

clínic del maneig de la persona amb risc de suïcidi a primària. (Raymond, Myers, Daly, Murray, & Lyne, 2020).

En relació a l'atenció rebuda a urgències, hi ha dificultat en el record de molts aspectes, però la valoració general és positiva respecte a la rapidesa en l'atenció i la coordinació amb altres dispositius, així com la ràpida derivació posterior a l'atenció especialitzada en salut mental. Pel que fa al tracte rebut, en general la percepció és bona però sí que hi ha algun aspecte a considerar per millorar aquesta experiència. D'una banda, a nivell estructural, les mesures de seguretat que presenta el box d'urgències de psiquiatria generen un impacte en les persones ateses. Un dels aspectes que genera més angoixa és la sensació de no tenir manera de comunicar-se amb els professionals d'urgències una vegada s'ha tancat la porta, creant un sentiment d'indefensió. Un altre és el fet de les restriccions físiques de moviments, malgrat la persona atesa entén la necessitat de protecció de la integritat física, la sensació de vulnerabilitat que genera aquesta intervenció és important. Quan la contenció mecànica és inevitable, és important recordar que les persones amb aquesta experiència expressen un desig de dignitat, respecte, compassió i compromís terapèutic, i que si no es proporciona suport emocional mentre dura la subjecció, es pot desencadenar una espiral d'emocions negatives que condicionin les futures atencions a urgències (Wong et al., 2020). Per altra banda, algun comentari inapropiat en el moment de l'atenció no genera una bona vivència en la persona atesa. En un estudi realitzat en infermeres d'urgències (Vedana et al., 2017), es posa en relleu la dissonància que hi ha entre el que es recomana en l'atenció a les persones amb CS i la realitat disponible en el context clínic, destacant una manca de recursos, guies, protocols i formació específica. Aquesta situació genera sentiments negatius i una sensació d'exposició i incompetència en els professionals, i s'identifica la manca de preparació en l'atenció a persones amb CS com a principal factor relacionat amb reaccions negatives, prejudicis i dificultat per establir una relació empàtica. S'ha vist la importància de facilitar la formació en temes relacionats amb el suïcidi així com el desenvolupament d'habilitats en aquest sentit (Rebair & Hulatt, 2017). La visió que han tingut les persones ateses sobre l'atenció rebuda en altres serveis de l'hospital és bona, però novament apareixen aspectes de millora relacionat amb els protocols i les mesures ambientals de seguretat a la unitat de psiquiatria i un apunt que sorgeix és la necessitat d'estar sol en alguns moments contraposat amb el fet de compartir habitació. També s'expressa la necessitat de tenir en compte que la diversitat de persones ingressades a la unitat de psiquiatria, algunes amb alteracions conductuals importants, poden impactar a la persona atesa. En un estudi realitzat en infermeres d'hospitalització psiquiàtrica (Vandewalle et al., 2019), es detectaven dos tipus de professionals: unes que participaven més en reconèixer i connectar amb la persona atesa i altres que adoptaven en sobremesura els principis instrumentals i pràctiques formals per

comprovar i controlar el risc de suïcidi. A l'estudi es proposa formar ambients en els que les infermeres puguin fer aproximacions interpersonals per avaluar el risc de suïcidi i formar la relació infermera-pacient amb potencial terapèutic, evitant funcions d'observació impersonal i processos de llista de verificació ineficaços. En una revisió sobre les experiències per part de persones amb risc de suïcidi ingressades a psiquiatria es va veure que la percepció de seguretat per part de les persones ateses, a més de la protecció i del control, incloïa la connexió, i que la visió sobre seguretat ha d'anar més enllà de termes tècnics i físics (Berg, Rørtveit, & Aase, 2017). Destaca que el component relacional amb la persona atesa es considera l'aspecte més vital de l'atenció i que caldria incloure'l a les mesures rutinàries com poden ser les avaluacions de risc de suïcidi, la observació constant, la supervisió clínica, etc. Això es podria tenir en compte a la unitat d'hospitalització de psiquiatria per afavorir una millor experiència en l'estada ja que les pròpies mesures estructurals tendeixen a ser únicament restrictives.

La percepció sobre l'atenció rebuda a salut mental és positiva però amb alguns aspectes a tenir en consideració. D'entrada, la freqüència de visites; la percepció és que seria necessària una major intensitat de visites, sobretot les primeres setmanes posteriors a la CS. Expliquen que és un temps amb molta incertesa, en que moltes vegades s'instaura un tractament psicofarmacològic i que seria important rebre més visites al principi. Les xifres trobades a l'anàlisi quantitativ anirien en aquesta línia. La vivència del tractament grupal és positiva, però hi participa un percentatge relativament petit de les persones ateses. També pensen que els familiars podrien necessitar algun tipus d'atenció específica ja que, malgrat se'ls té en compte a l'hora d'informar, no s'explora l'impacte que la CS ha pogut tenir en el familiar i pensen que en alguna ocasió podrien necessitar ajuda professional. És important també que es pugui establir una relació terapèutica que faciliti l'assistència a les visites i ajudi a assolir els canvis que s'han de produir. Aquests resultats van en la línia d'un estudi realitzat a Suïssa que conclou que el principal component per a una atenció centrada en la persona és un professional compromès. Posa en relleu que cal proporcionar suport professional i clínic, però que també cal prendre consciència que en algunes CS la recuperació passa més per les relacions i recursos personals que no per l'atenció sanitària, i es remarca que és important ser autèntics, accessibles, sense emetre judicis i capaços de generar confiança i tenir cura (Michaud, Dorogi, Gilbert, & Bourquin, 2021).

Pel que fa al PGCCS, les valoracions són positives. Es percep de gran ajuda el fet de poder tenir un telèfon de contacte directe i que això ajuda a la persona a sentir-se més segura ja que sap que pot contactar si ho necessita. Malgrat això, es reconeix que de vegades es triga a demanar ajuda quan es necessita. El fet de disposar d'un horari de consulta oberta també

es valora positivament però s'ha tingut poc en compte i s'ha utilitzat poc. Es proposa que hi hagi més visites presencials programades que faciliten que la persona assisteixi. Les visites telefòniques de seguiment es perceben com a reconfortants i que fa que la persona senti que hi ha algú que es preocupa per ella. La sensació en general és que hi ha accessibilitat i coordinació. Els contactes, ja siguin presencials o telefònics, poden afavorir el sentiment de pertinença, que s'ha vist relacionat amb la CS, incidint sobretot en el fet de sentir-se comprès i l'empatia (Shamsaei, Yaghmaei, & Haghighi, 2020).

A banda dels aspectes relacionats amb l'atenció, també van emergir altres aspectes relacionats amb la prevenció del suïcidi com poden ser l'estigma i la importància de la informació, la sensibilització i saber que es pot demanar ajuda. En aquest sentit, s'ha exposat que a nivell social hi ha una manca d'informació entorn a la salut mental en general i a la CS en particular, i que això dificulta que es demani ajuda a nivell professional. A més, pensen que fora del circuit de SM, hi ha desconeixement entorn a on s'ha de demanar ajuda en cas de necessitar-la. Això contrasta amb la facilitat que han detectat per trobar mètodes de suïcidi a internet, fet que critiquen. Aquest estigma també apareix en altres estudis i corrobora que és una barrera important a l'hora de demanar ajuda (Han et al., 2018; Oexle et al., 2019).

## 5.1 Limitacions

Aquest estudi presenta algunes limitacions que cal tenir en compte. Una d'elles és la pròpia naturalesa del disseny de l'estudi quantitatiu que no permet establir una causalitat en els resultats malgrat la disponibilitat de gran quantitat d'informació sobre la cohort estudiada. Abans de la posada en marxa del PGCCS no es portava a terme un registre exhaustiu de persones amb intent de suïcidi, per tant no disposem d'una cohort prèvia a l'àrea d'atenció. El programa es va implantar al centre de forma sistemàtica i, en conseqüència, no disposem d'un grup control per a comparar d'una forma més estreta els canvis que aquest hagués pogut produir.

També hi ha algunes dades que podrien millorar-se com és l'antecedent familiar de suïcidi, que no està inclòs a la valoració inicial del PGCCS i el tractament psicofarmacològic, que tenim dades de prescripció però no de compliment real.

Pel que fa a la part qualitativa de l'estudi, les entrevistes les va portar a terme la persona que condueix el programa, el que pot produir un biaix de desitjabilitat social. Es va plantejar la possibilitat de fer les entrevistes per part d'algun investigador extern al programa, però es va



valorar que el vincle establert podia facilitar l'expressió i la comunicació d'aspectes dolorosos o incòmodes per part de les persones ateses. Una altra limitació és que no es va incloure cap persona estrangera en l'anàlisi qualitatiu, s'hauria de tenir en compte en futures investigacions.

## 5.2 Implicacions per la pràctica

És important posar en valor el paper que pot tenir la infermera de salut mental en els programes d'atenció a la conducta suïcida. Les xifres de repetició de la conducta suïcida i d'adherència al tractament psiquiàtric van ser bones en les persones ateses al programa i no es va produir cap mort per suïcidi durant l'any posterior a l'intent. A més, les persones ateses que van completar totes les visites del programa van mostrar una major assistència a les visites psiquiàtriques ambulatories i un major percentatge de vinculació a aquestes, així com una menor hospitalització psiquiàtrica i menys repetició de l'intent de suïcidi durant l'any posterior a la realització de la CS, tot i que aquesta reducció de repetició de l'intent no es va mantenir als dos anys. És un programa que es podria replicar de forma relativament senzilla a altres territoris. També es podria treballar amb l'adaptació i implantació del programa en població adolescent.

Hi ha diversos aspectes de millora que s'han detectat amb la realització d'aquest treball i que cal valorar incloure a la pràctica. D'entrada es pot ampliar l'avaluació inicial a la inclusió al programa i també cal tenir en compte la necessitat percebuda d'una major freqüència de visites, sobretot les primeres setmanes després de la CS. Aquest augment es podria combinar entre SM i el propi PGCCS. Un altre aspecte important a tenir en compte en la millora de l'atenció és el que fa referència a les mesures estructurals i ambientals de seguretat a urgències. Tal i com s'ha vist, les mesures relacionals i de connexió poden contrarestar l'impacte de les mesures d'observació i control, i es podria treballar en aquest sentit. Es palesa també la importància de l'APS en la prevenció de la CS. Cal valorar augmentar el suport a APS i facilitar l'atenció o derivació d'aquelles persones en que es detecta el risc tal i com s'ha iniciat en altres indrets.



### 5.3 Futures línies d'investigació

Aquest treball posa en relleu alguns aspectes a tenir en compte en futures recerques. D'entrada és important incloure la perspectiva de gènere als estudis sobre conducta suïcida ja que trobem diferències en diferents característiques sociodemogràfiques i clíniques. També destaquem la troballa d'un percentatge molt superior de dones ateses nascudes a l'estranger al que correspondria per població, això fa necessari posar una mirada cultural fent èmfasi al gènere en l'atenció a la CS en futurs estudis. Un altre aspecte important detectat a l'estudi és la millora de resultats en les persones que completen el programa respecte als que no. Una línia interessant de recerca seria explorar quins elements poden afavorir aquesta compleció. Per acabar, seria important que, en cas d'implantar-se en altres territoris o fer canvis substancials en el programa, es plantegi un altre disseny d'estudi que permeti aprofundir en les causalitats dels canvis que es puguin observar.



# VI. CONCLUSIONS

---

*Now I surrender  
I am falling down  
Hoping you will catch me  
Before I hit the ground  
Eivør – Falling Free (Room)*

El present estudi ens permet extreure unes conclusions:

- La perspectiva de gènere en l'estudi de la conducta suïcida té una alta importància. Set de cada deu persones ateses al programa són dones. Hi ha diferències significatives en algunes característiques sociodemogràfiques i clíniques associades a la conducta suïcida com són l'estat civil, el nucli de convivència, la procedència i el diagnòstic.
- Cal tenir en compte els aspectes socials. Una de cada cinc persones ateses viuen soles i el fet de viure soles s'associa a un major risc de repetició de la conducta suïcida. Aquesta circumstància s'agreuja en homes, arribant a ser més d'un terç els homes atesos els que viuen sols.
- L'atenció primària de salut és fonamental en la prevenció de la conducta suïcida. La meitat de les persones havien estat ateses al centre d'atenció primària de salut el mes abans de l'episodi. Les persones ateses remarquen la importància de l'atenció primària de salut en la detecció del risc de suïcidi i que si se'ls hagués preguntat per les seves idees de suïcidi les haurien manifestat.
- El trastorn mental és un factor de risc important per la conducta suïcida. Set de cada deu persones ateses tenien un diagnòstic de salut mental abans de l'episodi, i vuit de cada deu tenien prescrit un tractament psicofarmacològic, però només la meitat d'aquests estaven en seguiment actiu al servei de salut mental. Després de ser atesos a urgències pràcticament tota la cohort tenia un diagnòstic de salut mental i es va establir tractament psicofarmacològic en vuit de cada deu casos atesos. A l'any d'haver-se produït la conducta suïcida mantenien aquest tractament set de cada deu casos atesos.
- L'atenció a salut mental després d'una conducta suïcida es basa en seguiment per part de psiquiatria. La majoria de persones ateses a salut mental, nou de cada deu, eren visitades per un professional de la psiquiatria i només sis de cada deu per psicologia. Menys de quatre i menys de dos de cada deu ho eren per treball social i infermeria respectivament. La millor adherència es va trobar en infermeria i en psiquiatria. Molt poques persones ateses van requerir d'hospitalització completa o parcial al servei de psiquiatria al llarg de l'any.

- Cal tenir en compte l'opinió de les persones ateses a l'hora d'establir un tractament. Aquestes expressaven dubtes a l'hora d'iniciar un tractament psicofarmacològic i que realitzar altres activitats proposades requeria d'un esforç important. En aquest sentit es destacava la importància de tenir un bon vincle amb el professional que l'estava atenent.
- El programa va ser l'únic tractament especialitzat rebut a nivell de salut mental per una part petita de la cohort, tan sols una de cada deu persones ateses al programa no va tenir cap visita al servei de salut mental fora de les estipulades en el marc del Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida.
- L'adherència al programa va ser molt bona, set de cada deu persones ateses va tenir un compliment molt bo del programa, amb 4 o 5 visites realitzades de les 5 visites totals.
- La taxa de repetició de CS va ser inferior a l'aportada per la literatura. No es va produir cap mort per suïcidi durant l'any posterior. Als dos anys sí, també amb xifres inferiors a les de la literatura.
- La compleció del programa és rellevant. Les persones que varen completar el Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida, varen repetir menys la conducta suïcida que aquelles que no el varen completar, i van presentar un menor nombre i durada d'hospitalitzacions a la unitat de psiquiatria i una major adherència al seguiment psiquiàtric ambulatori durant l'any posterior a la realització de la conducta suïcida.
- La satisfacció del programa va ser bona. Les persones ateses en van destacar l'accessibilitat, la coordinació i la rapidesa en l'atenció.
- Les persones ateses van referir una bona vivència del programa, sobretot respecte a saber que hi hauria un acompanyament i una atenció especialitzada. Es demana, però, més freqüència de visites a les primeres setmanes.

- És important tenir en compte l'estigma i el tabú que s'associen a la conducta suïcida i a la salut mental i que poden ser una barrera a l'hora de demanar ajuda. Les persones ateses destaquen la importància de la informació sobre la salut mental i facilitar l'accés a l'atenció en aquest sentit com una mesura de prevenció del suïcidi.

## VII. BIBLIOGRAFIA

---

*Sifting away the debris of hated life  
Cold touch of death begins to chill your spine  
Seeking life beyond your perishment  
Repeating words echoing through your mind  
Slayer – Postmortem (Reign in Blood)*

- Ajdacic-Gross, V. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.043489>
- American Foundation for Suicide Prevention. (s.d.). Risk factors and warning signs. Recuperat 10 agost 2021, de <https://afsp.org/risk-factors-protective-factors-and-warning-signs#warning-signs>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Alcohol use and risk of suicide: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 38(2), 200-213. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1736757>
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, 88, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Armoon, B., SoleimanvandiAzar, N., Fleury, M.-J., Noroozi, A., Bayat, A.-H., Mohammadi, R., ... Fattah Moghaddam, L. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 39(4), 550-569. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1912572>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Becker, J. B., McClellan, M. L., & Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S40213>
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigués, M. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol* (Vol. 1).
- Berg, S. H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
- Berglund, S., Åström, S., & Lindgren, B.-M. (2016). Patients' Experiences After Attempted Suicide: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 715-726. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1192706>
- Berman, A. L., Shepherd, G., & Silverman, M. M. (2003). The LSARS-II: Lethality of Suicide Attempt Rating Scale-Updated. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 261-276. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.261.23211>
- Boffin, N., Van Casteren, V., & De Ridder, K. (2019). Care of general practice patients preceding and following a suicide attempt: Observational study in Flemish general practices. *BMJ Open*, 9(5), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028546>
- 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>



- Brand, F., & Lascelles, K. (2017). Developing, implementing and evaluating a model for an outpatient self-harm service. *Nursing Standard*, 31(37), 46-54. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10229>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brovelli, S., Dorogi, Y., Feiner, A.-S., Golay, P., Stiefel, F., Bonsack, C., & Michaud, L. (2017). Multicomponent Intervention for Patients Admitted to an Emergency Unit for Suicide Attempt: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*, 8(SEP). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00188>
- Burón, P., Jimenez-Trevino, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Corcoran, P., Carli, V., ... Bobes, J. (2016). Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(1), 45-58. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004481>
- Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I. H., Wasserman, D., Apter, A., Kerkhof, A., Michel, K., ... Schmidtke, A. (2013). Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries - An international perspective. *European Journal of Public Health*, 23(2), 279-284. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks029>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC) (Seventh)*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245(August 2018), 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Santos, S. (2018). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 407-417. <https://doi.org/10.1002/jclp.22518>
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8(8). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 476-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.027>
- Carroll, Robert, 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>
- Cavanagh, B., Ibrahim, S., Roscoe, A., Bickley, H., While, D., Windfuhr, K., ... Kapur, N. (2016). The timing of general population and patient suicide in England, 1997-2012. *Journal of affective disorders*, 197, 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.055>
- Cavanagh, J., & Smyth, R. S. (2010). Suicide and self-harm. En *Companion to Psychiatric Studies* (8a ed., p. 693-713). London: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-3137-3.00023-1>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis

- on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347(sep17 1), f5239-f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Cho, S.-E., Na, K.-S., Cho, S.-J., Im, J.-S., & Kang, S.-G. (2016). Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 704-713. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.008>
- Christensen, H., Batterham, P., & O'Dea, B. (2014). E-Health Interventions for Suicide Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 8193-8212. <https://doi.org/10.3390/ijerph110808193>
- Christodoulou, C., Efstathiou, V., Bouras, G., Korkoliakou, P., & Lykouras, I. (2012). Seasonal Variation Of Suicide: A Brief Review. *Encephalos*, 49, 73-79.
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Consell Comarcal d'Osona. (2018). Habitants per municipi de la comarca d'Osona. Recuperat de [https://www.ccosona.cat/images/Habitants\\_totals\\_per\\_municipi.pdf](https://www.ccosona.cat/images/Habitants_totals_per_municipi.pdf)
- Costemale-Lacoste, J.-F., Balaguer, E., Boniface, B., Ivascu, E.-B., Bernardini, C., Metton, J.-P., ... Hozer, F. (2017). Outpatient treatment engagement after suicidal attempt: A multisite prospective study. *Psychiatry Research*, 258(July), 21-23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.062>
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta (GA). <https://doi.org/10.1037/e721362007-001>
- D'Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- Dabkowski, E., & Porter, J. E. (2021). An exploration into suicide prevention initiatives for mental health nurses: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 604-617. <https://doi.org/10.1111/inm.12872>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>
- DeCatanzaro, D. (1980). Human suicide: a biological perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 265-272. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0000474X>
- Demesmaeker, A., Chazard, E., Hoang, A., Vaiva, G., & Amad, A. (2021). Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 000486742110434. <https://doi.org/10.1177/00048674211043455>
- Demesmaeker, A., Chazard, E., Vaiva, G., & Amad, A. (2021). Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort. *The Journal of*

- Clinical Psychiatry*, 82(1), 20m13589. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13589>
- Departamento de Salud, & Osakidetza. (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz.
- Doherty, A. M., Moore, S., Cobercoran, N., & Malone, K. M. (2021). Attempted suicide: Does lethality matter? *Irish Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/ipm.2021.50>
- Domaradzki, J. (2021). The werther effect, the papageno effect or no effect? A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-21. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., ... 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>
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223(July), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.040>
- Duro Martínez, J. C. (2021). Do we know how many professional specialists in clinical psychology work in the spanish national health system? *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 42(2), 81-93. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>
- Eck, M., Scoufflaire, T., Debien, C., Amad, A., Sannier, O., Chan Chee, C., ... Fovet, T. (2019). Suicide in prison: Epidemiology and prevention. *Presse Medicale*, 48(1), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>
- Erlangsen, A., Stenager, E., & Conwell, Y. (2015). Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1427-1439. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1051-0>
- Farré, A., Portella, M. J., De Angel, L., Díaz, A., de Diego-Adeliño, J., Vegué, J., ... Pérez, V. (2016). Benefits of a secondary prevention program in suicide: A 1-year follow-up experimental study compared with a treatment-as-usual control group. *Crisis*, 37(4), 281-289. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000388>
- Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), 266-274. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944>
- Fegan, J., & Doherty, A. M. (2019). Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2967. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162967>
- Fernández-García, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés*, 27(1), 31-40. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>
- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., ... Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- Foster, T. (2011). Adverse Life Events Proximal to Adult Suicide: A Synthesis of Findings from

- Psychological Autopsy Studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540213>
- Fox, K. R., Millner, A. J., Mukerji, C. E., & Nock, M. K. (2018). Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clinical Psychology Review*, 66(June), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.009>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., ... Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Frey, L. M., Fulginiti, A., Sheehan, L., Oexle, N., Stage, D. L., & Stohlmann-Rainey, J. (2020). What's in a word? Clarifying terminology on suicide-related communication. *Death Studies*, 44(12), 808-818. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614111>
- Fu, X.-L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Wu, H., Du, L., ... Shi, Y.-Q. (2021). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, (May), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
- Fung, Y.-L., & Chan, Z. C. (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2109-2124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03649.x>
- Gabilondo, A., Aristegi, E., Gonzalez-Pinto, A., Martin Zurimendi, J., Mateos Del Pino, M., Roca, R., ... Iruin, A. (2020). Prevention of Suicidal Behavior with Telemedicine in Patients with a Recent Suicide Attempt: Is a 6-month Intervention Long Enough? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 211-219. <https://doi.org/10.1111/sltb.12576>
- Galvão, P. V. M., Silva, H. R. S. e., & Silva, C. M. F. P. da. (2018). Temporal distribution of suicide mortality: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 228(August 2017), 132-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.008>
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (2002a). Medicine and Health from the Patient's Perspective. En M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, & T. L. Delbanco (Ed.), *Through the Patient's Eyes* (p. 1-9). Jossey-Bass.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (2002b). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. (M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, & T. L. Delbanco, Ed.). Picker Commonwealth Program for Patient-Centered Care.
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Clements, C., Farooq, B., ... 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)
- Giner, L., Guija, J. A., Root, C. W., & Baca-Garcia, E. (2016). Nomenclature and definition of suicidal behavior. En *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment* (p. 3-17). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26282-6_1)
- Giner, L., Jaussent, I., Olié, E., Béziat, S., Guillaume, S., Baca-Garcia, E., ... Courtet, P. (2014). Violent and Serious Suicide Attempters. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(03), e191-e197. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08524>
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence* 1999 14:2, 14(2), 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>



- Goodfellow, B. (2021). Definitions in Suicide Research. En K. Kølves, Merike Sisask, Peeter Värnik, Airi Värnik, & Diego De Leo (Ed.), *Advancing Suicide Research* (p. 286). Hogrefe Publishing.
- Goodfellow, B., Kølves, K., & de Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353-366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Goodfellow, B., Kølves, K., & De Leo, D. (2020). Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors. *Crisis*, 41(3), 179-186. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000622>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Ed.). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. (2020). *Revisión de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012*.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3), e1001968. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... Clayton, P. J. (2010). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Han, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Randall, R. (2018). Factors Influencing Professional Help-Seeking for Suicidality. *Crisis*, 39(3), 175-196. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000485>
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 97-108. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x>
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hunter, J., Maunder, R., Kurdyak, P., Wilton, A. S., Gruneir, A., & Vigod, S. (2018). Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. *Psychiatry Research*, 259(July 2017), 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.029>
- 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), 44. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2020a). Anuari estadístic de Catalunya. Població a 1 de gener. Recuperat 12 setembre 2021, de

<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=246>

Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2020b). El municipi en xifres. Osona. Recuperat 25 juny 2018, de <https://www.idescat.cat/emex/?id=24#h1ffff>

Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2020c). Població estrangera a 1 de gener. Per municipis. Osona. Recuperat 11 desembre 2021, de <https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=8&geo=com:24>

Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2021). Anuari estadístic de Catalunya. Població per províncies. Recuperat 16 agost 2021, de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=245&t=2012>

Institut d'Estudis Catalans. (s.d.). Diccionari de la llengua catalana. Recuperat 3 agost 2021, de <http://www.diccionari.cat/lexicx.jsp?GECART=0129725>

Institute of Medicine. (2001). Improving the 21st-Century Health Care System. En *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Vol. 12, p. 126-129). Washington: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021a). Deaths according to cause of death. Recuperat 16 agost 2021, de <https://www.ine.es/dynt3/inebase/en/index.htm?padre=1171&dh=1>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021b). Estadística de defunciones según la causa de muerte 2019. Recuperat 13 agost 2021, de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710)

Irigoyen, M., Segovia, A. P., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247(June 2018), 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>

Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., ... Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265(July 2019), 120-131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>

Jiménez Nuño, J., Arrufat Nebot, F. X., Carrera Goula, R., & Gay Pastor, M. (2012). Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.002>

Joiner, T. E., Orden, K. A. Van, Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). The therapeutic relationship. En *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. (p. 145-166). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11869-005>

Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., & Zimmerman, C. (2013). Asylum Seekers, Violence and Health: A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *American Journal of Public Health*, 103(3), e30-e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136>

Kammer, J., Rahman, M., Finnerty, M., Layman, D., Vega, K., Galfalvy, H., ... Stanley, B. (2020). Most Individuals Are Seen in Outpatient Medical Settings Prior to Intentional Self-Harm and Suicide Attempts Treated in a Hospital Setting. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09717-1>

Katz, C., Randall, J. R., Leong, C., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2020). Psychotropic medication

- use before and after suicidal presentations to the emergency department: A longitudinal analysis. *General Hospital Psychiatry*, 63(February), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.10.003>
- Kawahara, Y. Y., Hashimoto, S., Harada, M., Sugiyama, D., Yamada, S., Kitada, M., ... Fujisawa, D. (2017). Predictors of short-term repetition of self-harm among patients admitted to an emergency room following self-harm: A retrospective one-year cohort study. *Psychiatry Research*, 258(July), 421-426. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.077>
- Keefner, T. P., & Stenvig, T. (2020). Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(4), 389-408. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>
- Kim, D., Lee, W. J., Woo, S. H., Kim, S. H., Seo, A. R., Yoon, H., & Choi, S. P. (2020). Factors Affecting Collaborations between a Tertiary-level Emergency Department and Community-based Mental Healthcare Centers for Managing Suicide Attempts. *Journal of Korean Medical Science*, 35(38). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e334>
- Kim, J. L., Kim, J. M., Choi, Y., Lee, T.-H., & Park, E.-C. (2016). Effect of Socioeconomic Status on the Linkage Between Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 588-597. <https://doi.org/10.1111/sltb.12242>
- Kim, M.-H., Lee, J., Noh, H., Hong, J.-P., Kim, H., Cha, Y. S., ... Min, S. (2020). Effectiveness of a Flexible and Continuous Case Management Program for Suicide Attempters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2599. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072599>
- Kim, S. H. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatric Nursing*, 37(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.07.006>
- 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>
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, 197, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
- Larkin, C., Di Blasi, Z., & Arensman, E. (2014). Risk Factors for Repetition of Self-Harm: A Systematic Review of Prospective Hospital-Based Studies. *PLOS ONE*, 9(1), e84282. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084282>
- Law, C., & De Leo, D. (2013). Seasonal Differences in the Day-of-the-Week Pattern of Suicide in Queensland, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), 2825-2833. <https://doi.org/10.3390/ijerph10072825>
- Leavey, G., Rosato, M., Galway, K., Hughes, L., Mallon, S., & Rondon, J. (2016). Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry*, 16(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0824-7>
- Lees, D., Procter, N., & Fassett, D. (2014). Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306-315. <https://doi.org/10.1111/inm.12061>
- Lengvenyte, A., Olié, E., Strumila, R., Navickas, A., Gonzalez Pinto, A., & Courtet, P. (2021).

- Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 22(9), 670-685. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907712>
- Lim, M., Lee, S. U., & Park, J.-I. (2014). Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-54>
- Lin, Y., Liu, S., Chen, S., Sun, F., Huang, H., Huang, C., & Chiu, Y. (2020). Brief Cognitive-based Psychosocial Intervention and Case Management for Suicide Attempters Discharged from the Emergency Department in Taipei, Taiwan: A Randomized Controlled Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 688-705. <https://doi.org/10.1111/sltb.12626>
- Lindgren, B.-M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173-192. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319309>
- Liotta, M., Mento, C., & Settineri, S. (2015). Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 97-109. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.013>
- 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>
- Lizardi, D., & Stanley, B. (2010). Treatment Engagement: A Neglected Aspect in the Psychiatric Care of Suicidal Patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183-1191. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1183>
- Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*, 34(1), 32-41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>
- Mackenzie, C. S., Visperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Nurmi, M. A. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*, 4(2), 233-241. <https://doi.org/10.1037/sah0000138>
- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European Psychiatry*, 25(5), 268-271. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.009>
- 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>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., ... John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J. J., DeMeo, D. L., ... Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565-582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC*



- Psychiatry*, 18(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1663-5>
- McClatchey, K., Murray, J., Rowat, A., & Chouliara, Z. (2017). Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings: A Systematic Review of Post-2007 Reviews. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 729-745. <https://doi.org/10.1111/sltb.12336>
- 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)
- Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-García, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 281-295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000001>
- Meyer, I. H., Blosnich, J. R., Choi, S. K., Harper, G. W., & Russell, S. T. (2021). Suicidal Behavior and Coming Out Milestones in Three Cohorts of Sexual Minority Adults. *LGBT Health*, 8(5), 340-348. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0466>
- Michaud, L., Dorogi, Y., Gilbert, S., & Bourquin, C. (2021). Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLOS ONE*, 16(2), e0247393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247393>
- Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., ... Boudreaux, E. D. (2017). Suicide prevention in an emergency department population: The ED-safe study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563-570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). Sex and Gender Differences in Substance Use. Recuperat 31 desembre 2021, de <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use>
- Navío Acosta, M., & Villoria Borrego, L. (2015). Factores de riesgo de la conducta suicida. En F. S. M. España (Ed.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (p. 117-194).
- Niederkrotenthaler, T., Kirchner, S., Till, B., Sinyor, M., Tran, U. S., Pirkis, J., & Spittal, M. J. (2021). Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine*, 36, 100922. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100922>
- Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(5), 569-581. <https://doi.org/10.1111/sltb.12091>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide

- and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Selby, E., Joiner, T. E., & Ribeiro, J. D. (2014). Comprehensive Theories of Suicidal Behaviors. En *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (p. 286-307). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0016>
- Noh, D., Park, Y.-S., & Oh, E. G. (2016). Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.012>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Oexle, N., Herrmann, K., Staiger, T., Sheehan, L., Rüsck, N., & Krumm, S. (2019). Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study. *Death Studies*, 43(6), 381-388. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286>
- Organització Mundial de la Salut. (2008). *Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut. 10ª revisió* (10a ed., Vol. 1).
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., ... Beutel, M. E. (2021). Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 553071. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.553071>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Palacios-Ceña, D., & Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, 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>
- Patel, V., & Gonsalves, P. P. (2019). Suicide prevention: Putting the person at the center. *PLOS Medicine*, 16(9), e1002938. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002938>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pérez, V., Elices, M., Prat, B., Vieta, E., Blanch, J., Alonso, J., ... Palao, D. J. (2020). The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 268(March), 201-205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>
- Persett, P. S., Grimholt, T. K., Ekeberg, O., Jacobsen, D., & Myhren, H. (2018). Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning -a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1602-5>

- Picker. (2021). Principles of person centred care. Recuperat 5 juliol 2021, de <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
- Pons-Baños, J., Ballester-Ferrando, D., Riesco-Miranda, L., Escoté-Llobet, S., Jiménez-Nuño, J., Fuentes-Pumarola, C., & Serra-Millàs, M. (2020). Sociodemographic and Clinical Characteristics Associated with Suicidal Behaviour and Relationship with a Nurse-Led Suicide Prevention Programme. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8765. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238765>
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior. En M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (p. 7-22). Oxford.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360(9340), 1126-1130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 546-550. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.546>
- Quigley, J. A., Logsdon, M. K., Turner, C. A., Gonzalez, I. L., Leonardo, N. B., & Becker, J. B. (2021). Sex differences in vulnerability to addiction. *Neuropharmacology*, 187(August 2020), 108491. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108491>
- Raymond, C., Myers, S., Daly, R., Murray, D., & Lyne, J. (2020). Care Pathways in a Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN) service. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12798>
- Rebair, A., & Hulatt, I. (2017). Identifying nurses' needs in relation to suicide awareness and prevention. *Nursing Standard*, 31(27), 44-51. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10321>
- Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
- Robustelli, B. L., Trytko, A. C., Li, A., & Whisman, M. A. (2015). Marital Discord and Suicidal Outcomes in a National Sample of Married Individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 623-632. <https://doi.org/10.1111/sltb.12157>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Santos, J., Martins, S., Azevedo, L. F., & Fernandes, L. (2020). Pain as a risk factor for suicidal

- behavior in older adults: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104000. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104000>
- Santurtún, M., Santurtún, A., & Zarrabeitia, M. T. (2018). Does the environment affect suicide rates in Spain? A spatiotemporal analysis. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 11(4), 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.001>
- Schechter, M., Goldblatt, M., & Maltzberger, J. T. (2013). The Therapeutic Alliance and Suicide: When Words Are Not Enough. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 315-328. <https://doi.org/10.1111/bjp.12039>
- Schneider, B. (2009). Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316. <https://doi.org/10.1080/13811110903263191>
- Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghighi, M. (2020). Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: a phenomenological approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1745478. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1745478>
- Shin, H. J., Park, G. J., In, Y. N., Kim, S. C., Kim, H., & Lee, S. W. (2019). The effects of case management program completion on suicide risk among suicide attempters: A 5-year observational study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 37(10), 1811-1817. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.12.034>
- Shin, J., Yang, S., Park, D.-H., Ryu, S.-H., Ha, J. H., Kim, J. W., & Jeon, H. J. (2020). Predictors of Psychiatric Outpatient Adherence after an Emergency Room Visit for a Suicide Attempt. *Psychiatry Investigation*, 17(9), 896-901. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0130>
- Shneidman, E. S. (1969). *On the nature of suicide*. (Jossey-Bass, Ed.) (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Silverman, M. M. (2006). The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Silverman, M. M., & De Leo, D. (2016). Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. *Crisis*, 37(2), 83-87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 123-138. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010123>
- Soomro, G. M., & Kakhi, S. (2015). Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ clinical evidence*, 2015(October 2006), 1-15.
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S. S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review. *The European*



- Journal of Public Health*, 25(1), 63-71. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku121>
- Stenager, E., Stenager, E., & Erlangsen, A. (2021). Somatic diseases and suicidal behaviour. En D. Wasserman & C. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (p. 321-332). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0039>
- Stenbacka, M., & Jokinen, J. (2015). Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors. *BMC Psychiatry*, 15(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0570-2>
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 197, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.054>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
- Sullivan, S. R., Monahan, M. F., Mitchell, E. L., Spears, A. P., Walsh, S., Szeszko, J. R., ... Goodman, M. (2021). Group treatments for individuals at risk for suicide: A PRISMA scoping review (ScR). *Psychiatry Research*, 304(June), 114108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114108>
- Sun, S.-H., & Jia, C.-X. (2014). Completed Suicide with Violent and Non-Violent Methods in Rural Shandong, China: A Psychological Autopsy Study. *PLOS ONE*, 9(8), e104333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104333>
- Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 77-88. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030053>
- Tang, N. K. Y., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36(5), 575-586. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006859>
- Too, L. S., Pirkis, J., Milner, A., & Spittal, M. J. (2016). Clusters of suicides and suicide attempts: detection, proximity and correlates. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000391>
- Troya, M. I., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomitis, L., & Chew-Graham, C. A. (2019). Self-harm in older adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(4), 186-200. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.111>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 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, J., Brown, J. C., & Carpenter, D. T. (2018). Telephone-based CBT and the therapeutic relationship: The views and experiences of IAPT practitioners in a low-intensity service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 285-296. <https://doi.org/10.1111/jpm.12440>
- van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A

- qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2867-2877. <https://doi.org/10.1111/jan.14113>
- Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., de Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Wan, B., Gebauer, S., Salas, J., Jacobs, C. K., Breeden, M., & Scherrer, J. F. (2019). Gender-Stratified Prevalence of Psychiatric and Pain Diagnoses in a Primary Care Patient Sample with Fibromyalgia. *Pain Medicine*, 20(11), 2129-2133. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz084>
- White, R. A., Azrael, D., Papadopoulos, F. C., Lambert, G. W., & Miller, M. (2015). Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open*, 5(6), e007403-e007403. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007403>
- Witt, K., Daly, C., Arensman, E., Pirkis, J., & Lubman, D. (2018). Patterns of self-harm methods over time and the association with methods used at repeat episodes of non-fatal self-harm and suicide: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 250-264. <https://doi.org/S0165032718315313>
- Wong, A. H., Ray, J. M., Rosenberg, A., Crispino, L., Parker, J., McVaney, C., ... Pavlo, A. J. (2020). Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Network Open*, 3(1), e1919381. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19381>
- World Health Organization. (s.d.). Suicide data quality. Recuperat de <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data-quality>
- World Health Organization. (2000). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision*.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Luxembourg: World Health Organization. <https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9>
- World Health Organization. (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. WHO. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.).
- World Health Organization. (2021a). Crude suicide rated per 100.000 population. Recuperat 14 agost 2021, de [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/crude-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/crude-suicide-rates-(per-100-000-population))
- World Health Organization. (2021b). *LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries*.
- World Health Organization. (2021c). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva.
- World Health Organization. (2021d). *World health statistics 2021: monitoring health for the*

*SDGs, sustainable development goals.*

- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-256. <https://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-555. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>
- Yu, J., Yang, D., Kim, Y., Hashizume, M., Gasparrini, A., Armstrong, B., ... Chung, Y. (2020). Seasonality of suicide: a multi-country multi-community observational study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e163. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000748>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... 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)
- Zeppegno, P., Gramaglia, C., di Marco, S., Guerriero, C., Consol, C., Loreti, L., ... Sarchiapone, M. (2019). Intimate Partner Homicide Suicide: a Mini-Review of the Literature (2012–2018). *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 13. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0995-2>
- Zhu, R.-T., Ma, Z.-Y., Jia, C.-X., & Zhou, L. (2021). Completed Suicide With Violent and Non-violent Methods by the Elderly in Rural China: A Psychological Autopsy Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12(June). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624398>





# ANNEXOS

---

*You need help*  
*Look at yourself you need help*  
*You need life*  
*So don't hang yourself*  
**Queen** – *Don't Try Suicide (The Game)*

## ANNEX 1. Codis d'autolesió intencionada de la CIM-11

Font: World Health Organization. (2019). *ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.).

23. External causes of morbidity or mortality - Intentional self-harm	
Intentional self-harm by transport injury event	
PB80	Intentional self-harm by land transport road traffic injury event
PB81	Intentional self-harm by land transport off-road nontraffic injury event
PB82	Intentional self-harm by land transport injury event unknown whether traffic or nontraffic
PB83	Intentional self-harm by railway transport injury event
PB90	Intentional self-harm by water transport injury event with water vessel damaged, disabled or destroyed
PB91	Intentional self-harm by water transport injury event with water vessel not damaged, disabled or destroyed
PB9Z	Intentional self-harm by water transport injury event with damage to water vessel unspecified
PC00	Intentional self-harm by air or space transport injury event with aircraft or spacecraft damaged, disabled or destroyed
PC01	Intentional self-harm by air or space transport injury event with aircraft or spacecraft not damaged, disabled or destroyed
PC0Z	Intentional self-harm by air or space transport injury event with damage to aircraft or spacecraft unspecified
PC2Y	Intentional self-harm by other specified transport injury event
PC2Z	Intentional self-harm by transport injury event, unspecified
Intentional self-harm by fall or jump	
PC30	Intentional self-harm by fall or jump on same level or from less than 1 metre
PC31	Intentional self-harm by fall or jump from a height of 1 metre or more
PC3Y	Other specified intentional self-harm by fall or jump
PC3Z	Intentional self-harm by fall or jump, unspecified
Intentional self-harm by contact with person, animal or plant	
PC40	Intentional self-harm by being struck, kicked, or bumped by person
PC41	Intentional self-harm by being struck, kicked, or bumped by animal
PC42	Intentional self-harm by being stepped on or crushed by person
PC43	Intentional self-harm by being stepped on or crushed by animal
PC44	Intentional self-harm by being bitten by animal
PC45	Intentional self-harm by being scratched or clawed by person
PC46	Intentional self-harm by being scratched or clawed by animal

PC47	Intentional self-harm by being stung or envenomated by animal
PC48	Intentional self-harm by contact with plant
PC4Y	Other specified type of intentional self-harm by contact with person, animal or plant
PC4Z	Intentional self-harm by contact with person, animal or plant, type unspecified
Intentional self-harm by exposure to object, not elsewhere classified	
PC50	Intentional self-harm by being struck by projectile from firearm
PC51	Intentional self-harm by being struck by moving object, not elsewhere classified
PC52	Intentional self-harm by striking against stationary object
PC53	Intentional self-harm by being cut or pierced by sharp object
PC54	Intentional self-harm by being struck by blunt object
PC55	Intentional self-harm by being caught, crushed, jammed or pinched between objects
PC5Y	Intentional self-harm by contact with other specified type of weapon
PC5Z	Intentional self-harm by contact with weapon, type unspecified
Intentional self-harm by immersion, submersion or falling into water	
PC60	Intentional self-harm by drowning or submersion while in body of water
PC61	Intentional self-harm by drowning or submersion following fall into body of water
PC62	Intentional self-harm by injury other than drowning while in body of water
PC63	Intentional self-harm by injury other than drowning following fall into body of water
PC6Z	Intentional self-harm by immersion, submersion or falling into water, unspecified
Intentional self-harm by threat to breathing	
PC70	Intentional self-harm by threat to breathing by suffocation from object covering mouth or nose
PC71	Intentional self-harm by threat to breathing by hanging
PC72	Intentional self-harm by threat to breathing by strangulation
PC73	Intentional self-harm by threat to breathing by external compression of airways or chest
PC74	Intentional self-harm by inhalation or ingestion of gastric contents
PC75	Intentional self-harm by threat to breathing by inhalation or ingestion of liquids
PC76	Intentional self-harm by threat to breathing by inhalation or ingestion of food
PC77	Intentional self-harm by threat to breathing by inhalation or ingestion of other objects or materials
PC78	Intentional self-harm by threat to breathing from low oxygen environment
PC7Y	Other specified intentional self-harm by threat to breathing
PC7Z	Intentional self-harm by threat to breathing, unspecified
Intentional self-harm by exposure to thermal mechanism	
PC80	Intentional self-harm by exposure to controlled fire

PC81	Intentional self-harm by exposure to uncontrolled fire
PC82	Intentional self-harm by exposure to ignition or melting of material
PC83	Intentional self-harm by contact with hot object or liquid
PC84	Intentional self-harm by exposure to steam, hot vapour, air or gases
PC85	Intentional self-harm by exposure to excessive heat
PC86	Intentional self-harm by exposure to excessive cold
PC8Y	Intentional self-harm by exposure to other specified thermal mechanism
PC8Z	Intentional self-harm by exposure to unspecified thermal mechanism
Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of substances	
<i>Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of drugs, medicaments or biological substances</i>	
PC90	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of opioids or related analgesics
PC91	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of sedative hypnotic drugs or other CNS depressants
PC92	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of psychostimulants
PC93	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of cannabinoids or hallucinogens
PC94	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of analgesics, antipyretics or nonsteroidal anti-inflammatory drugs
PC95	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of antidepressants
PC96	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of antipsychotics
PC97	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of antiepileptics or antiparkinsonism drugs
PC98	Intentional self-harm by and exposure to other and unspecified drug, medicament and biological substance
PC99	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of multiple drugs, medicaments or biological substances
<i>Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of substances chiefly nonmedicinal as to source</i>	
PD00	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of alcohols
PD01	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of organic solvents
PD02	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of carbon monoxide
PD03	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of pesticides
PD04	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of corrosive substances
PD05	Intentional self-harm by exposure to or harmful effects of other or unspecified substances chiefly nonmedicinal as to source
Intentional self-harm by exposure to other mechanism	
PD20	Intentional self-harm by foreign body in orifice
PD21	Intentional self-harm by exposure to electric current

PD22	Intentional self-harm by exposure to sunlight
PD23	Intentional self-harm by exposure to radiation
PD24	Intentional self-harm by exposure to high or low air pressure or changes in air pressure
PD25	Intentional self-harm by explosion or rupture of pressurised materials or object
PD26	Intentional self-harm by physical overexertion
PD27	Intentional self-harm by lack of food
PD28	Intentional self-harm by lack of water
PD29	Intentional self-harm by other specified privation
PD28	Intentional self-harm by lack of water
PD29	Intentional self-harm by other specified privation
PD3Y	<b>Other specified intentional self-harm</b>
PD3Y	<b>Other specified intentional self-harm</b>

## ANNEX 2. Taxa estimada de suïcidis de l'any 2019 per països

Font: World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

País	Taxa	País	Taxa
Afganistan	4,1	Comores	5,4
Albània	4,3	Congo	6,5
Alemanya	12,3	Costa d'Ivori	8,9
Algèria	2,5	Costa Rica	8,1
Angola	6,1	Croàcia	16,4
Antigua i Barbuda	0,4	Cuba	14,5
Aràbia Saudita	6	Dinamarca	10,7
Argentina	8,4	Djibouti	9,6
Armènia	3,3	Egipte	3
Austràlia	12,5	El Salvador	6,1
Àustria	14,6	Emirats Àrabs Units	6,4
Azerbaidjan	4,1	Equador	7,6
Bahames	3,5	Eritrea	10,9
Bahrain	8,9	Eslovàquia	12,1
Bangla Desh	3,7	Eslovènia	19,8
Barbados	0,6	Espanya	7,7
Bèlgica	18,3	Estats Units d'Amèrica	16,1
Belize	7,1	Estònia	14,9
Benín	7,8	Etiòpia	5,4
Bhutan	4,6	Fiji	9
Bielorússia	21,2	Filipines	2,2
Birmània	2,9	Finlàndia	15,3
Bolívia (Estat Plurinacional de)	6,2	França	13,8
Bòsnia i Hercegovina	10,9	Gabon	8,4
Botswana	16,1	Gàmbia	4,8
Brasil	6,9	Geòrgia	9,2
Brunei Darussalam	2,7	Ghana	6,6
Bulgària	9,7	Grècia	5,1
Burkina Faso	7,5	Grenada	0,7
Burundi	6,2	Groenlàndia <sup>9</sup>	60,22
Cambodja	4,9	Guatemala	5,9
Camerun	9	Guinea	7
Canadà	11,8	Guinea Bissau	7
Cap Verd	12,9	Guinea Equatorial	7,9
Colòmbia	3,9	Guyana	40,3
		Haití	9,6

<sup>9</sup> Taxa extreta de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Hondures	2,1
Hongria	16,6
Iemen	5,8
Illes Salomó	14,7
Índia	12,7
Indonèsia	2,4
Iran (República Islàmica d')	5,2
Iraq	3,6
Irlanda	9,6
Islàndia	11,9
Israel	5,3
Itàlia	6,7
Jamaica	2,4
Japó	15,3
Jordània	1,6
Kazakhstan	17,6
Kenya	6,1
Kirguizistan	7,4
Kiribati	28,3
Kuwait	2,9
Lesotho	72,4
Letònia	20,1
Líban	2,8
Libèria	4,4
Líbia	4,5
Lituània	26,1
Luxemburg	11,3
Macedònia del Nord	9,4
Madagascar	5,5
Malàisia	5,7
Malawi	5,4
Maldives	2,7
Mali	4,1
Malta	6,1
Marroc	7,2
Maurici	9,5
Mauritània	3,1
Mèxic	5,3
Micronèsia (Estats Federats de)	28,2
Moçambic	13,6
Mongòlia	17,9
Montenegro	21
Namíbia	9,7
Nepal	9

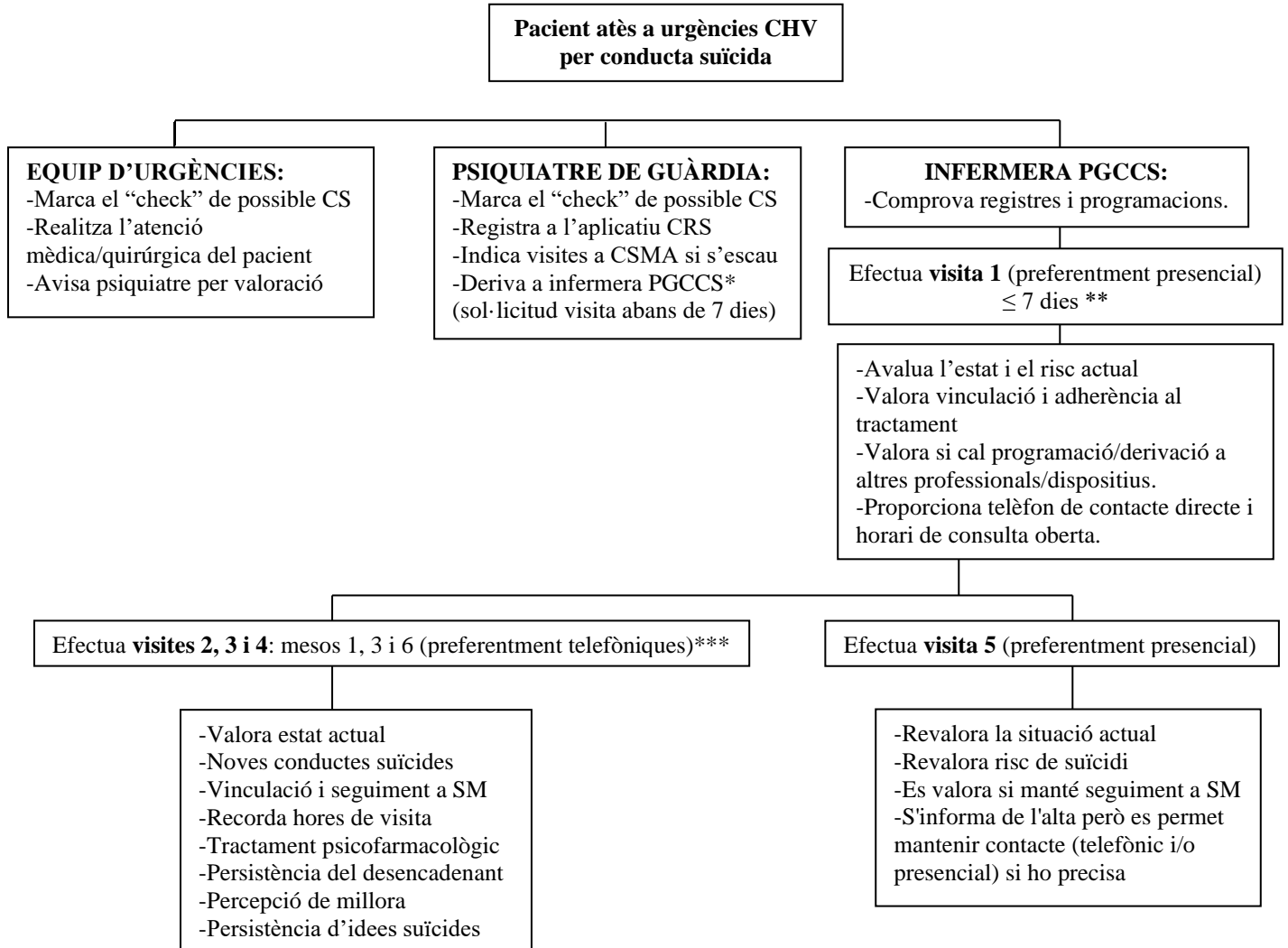
Nicaragua	4,3
Níger	5,3
Nigèria	3,5
Noruega	11,8
Nova Zelanda	11
Oman	4,9
Països Baixos	11,8
Pakistan	8,9
Panamà	2,9
Papua Nova Guinea	2,9
Paraguai	6
Perú	2,8
Polònia	11,3
Portugal	11,5
Qatar	5,8
Regne Unit	7,9
República Àrab Siriana	1,9
República Centreafricana	12,3
República de Corea	28,6
República de Moldàvia	14,7
República Democràtica del Congo	6,7
República Democràtica Popular de Laos	5,4
República Dominicana	4,9
República Popular Democràtica de Corea	9,4
República Única de Tanzània	4,3
Romania	9,7
Rússia	25,1
Rwanda	5,6
Saint Lucia	7,9
Samoa	12,6
Sant Vicent i les Grenadines	1
São Tomé i Príncipe	1,5
Senegal	6
Sèrbia	11,4
Seychelles	8,1
Sierra Leone	6,7
Singapur	11,2
Somàlia	7,9
Sri Lanka	14
Sud-àfrica	23,5
Sudan	3,8
Sudan del Sud	3,8

Suècia	14,7
Suïssa	14,5
Surinam	25,4
Swazilàndia	29,4
Tadjikistan	4,3
Tailàndia	8,8
Timor Oriental	3,7
Togo	8,8
Tonga	3,8
Trinitat i Tobago	8,7
Tunísia	3,3
Turkmenistan	5,7
Turquia	2,4
Txad	6,4

Txèquia	12,2
Ucraïna	21,6
Uganda	4,6
Uruguai	21,2
Uzbekistan	8
Vanuatu	18
Veneçuela (República Bolivariana de)	2,1
Vietnam	7,5
Xile	9
Xina	8,1
Xipre	3,6
Zàmbia	7,3
Zimbabwe	14,1



## ANNEX 3. Diagrama d'actuació al Programa de Gestió de Casos de Conducta Suïcida




\*Tots els episodis d'intent de suïcidi. El psiquiatre de guàrdia decidirà si s'activa inclusió al PGCCS en casos de violència autodirigida interrompuda i d'ideació de suïcidi.

\*\*Si no acudeix, es truca i reprograma dues vegades més. Si no s'aconsegueix contactar en les 3 ocasions en què se'l programa i truca, s'informa a APS de la no vinculació.

\*\*\*Es programa trucada 2 dies més. Si no respon en cap ocasió, es deixa constància al curs clínic i es programa pel proper seguiment protocol·litzat.

## ANNEX 4. Document utilitzat per a recollir les dades


 HCN      
 Núm. Protocol:

1836
   
 Data recollida enquesta:   /   /   
  
dia mes any

**PROGRAMA DE GESTIÓ DE CASOS DE TEMPTATIVES AUTOLÍTIQUES**  
**Projecte tesi Judit Pons**  
**UVIC-UCC**

**Dades sociodemogràfiques**

**Sexe:**  Home  Dona
   
**Data de naixement:**   /   /   
  
dia mes any

<b>Estat civil</b> <input type="checkbox"/> Casat (i equivalents) <input type="checkbox"/> Solter <input type="checkbox"/> Separat <input type="checkbox"/> Vidu o vídua	<b>Nucli de convivència</b> <input type="checkbox"/> Família origen <input type="checkbox"/> Família pròpia <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Residència	<b>Població de residència</b> <input type="checkbox"/> < 1000 habitants <input type="checkbox"/> 1000 a 9999 habitants <input type="checkbox"/> >= 10000 habitants
--	--	---

<b>Situació laboral</b> <input type="checkbox"/> Actiu <input type="checkbox"/> Incapacitat laboral temporal <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Atur <input type="checkbox"/> No treballa <input type="checkbox"/> Estudiant	<b>País d'origen</b> <input type="checkbox"/> Espanya <input type="checkbox"/> Altres _____
---	---

**Dades CS**

**Data CS**   /   /   
  
dia mes any

<b>Mètode</b> <input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides <input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació <input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments <input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques <input type="checkbox"/> Altres _____	<b>Tipus</b> <input type="checkbox"/> Intent de suïcidi <input type="checkbox"/> Violència autodirigida <input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants <input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats <input type="checkbox"/> Ofegament o submersió <input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius
--	--


**Tòxics al moment**
  
 No objectivitat  No  Sí →
   
 OH  Cannabis  
 Opiacis  Cocaïna  
 Altres \_\_\_\_\_

<b>Requereix ingrès</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí →	<b>Total dies</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →	<b>Servei</b> <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Altres especialitats <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Observació <input type="checkbox"/> Sòcio-sanitari <input type="checkbox"/> Hospital de dia
--	---	--

<b>Registat CRS</b> <input type="checkbox"/> No procedeix <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Factor Precipitants</b> <input type="checkbox"/> Econòmic <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Consum <input type="checkbox"/> Sentimental <input type="checkbox"/> Treball <input type="checkbox"/> Miscelània _____
---	---

Page 1 of 6





1836

**Dades clíniques posteriors CS**

**Diagnòstic de Salut Mental post:**  No  Sí **número de diagnòstics**

**Tipus de diagnòstic**

<p><b>Trastorns afectius</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorn depressiu major  <input type="checkbox"/> Altres trastorns depressius  <input type="checkbox"/> Trastorn distímic  <input type="checkbox"/> Trastorn bipolar</p> <p><b>Trastorns d'ansietat</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorn adaptatiu  <input type="checkbox"/> TEPT  <input type="checkbox"/> Altres _____</p> <p><b>Trastorns per abús/dependència de tòxics</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Cocaïna  <input type="checkbox"/> Opiàcis  <input type="checkbox"/> Múltiples substàncies  <input type="checkbox"/> Alcohol  <input type="checkbox"/> Cannabis</p>	<p><b>Trastorns psicòtics</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Esquizofrènia  <input type="checkbox"/> Trastorn esquizoafectiu  <input type="checkbox"/> Altres _____</p> <p><b>Trastorns personalitat</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> T. Límit de la personalitat  <input type="checkbox"/> T. De personalitat no específica  <input type="checkbox"/> Altres _____</p> <p><b>Altres trastorns mentals</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorn de la conducta alimentària  <input type="checkbox"/> Trastorn de control d'impulsos  <input type="checkbox"/> Retard mental/CI límit  <input type="checkbox"/> Joc patològic  <input type="checkbox"/> Altres _____</p>
--	---

**Tractament psicofarmacològic posterior**  No  Sí ➔

<input type="checkbox"/> Antidepressius	<input type="checkbox"/> Ansiolítics
<input type="checkbox"/> Antipsicòtic	<input type="checkbox"/> Altres

---

**Vinculació prèvia a serveis sanitaris**

**Seguiment a Salut Mental previ**  No  Sí ➔

Desvinculat  
 Alta  
 En curs

Psiquiatria ABS  
 CSMA

**Lloc de seguiment**  CSMIJ  Centre privat  
 CASD  Centre altra zona

**Última atenció**  /  /

dia mes any

**Última visita programada no assistència**  /  /

dia mes any

Psiquiatria  
 Psicologia

**Professionals**


T. Social  
 T. Ocupacional  
 Infermeria

**Última visita ABS**  /  /

dia mes any

Page 3 of 6



  
 1836

**Repetició de la CS i supervivència**

---

**Tractament psicofarmacològic a l'any**  No  Sí ➔

Antidepressius  
 Antipsicòtic

Ansiolítics  
 Altres

**Assistència posterior al PGCTA**  No  Sí ➔

Presencial  
↓

Telefònica  
↓

---

**Data èxitus**   /   /

dia                      mes                      any

**Mort per suïcidi**  No  Sí

↓

**Mètode**

- Sobreingesta medicamentosa
- Penjament
- Instrument tallant o punxant
- Ajeure's davant d'objecte en moviment
- Gasos vehicle motor
- Substàncies corrosives
- Arma de foc
- Precipitació
- Altres \_\_\_\_\_

---

**Assistència posterior a urgències per episodi d'intent de suïcidi o violència autodirigida interrompuda**

No  Sí ➔ **número assistències**

↓

**1**

**Data CS**   /   /

dia                      mes                      any

**Tipus**

- Intent de suïcidi
- Violència autodirigida

**Mètode**

- Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides
- Penjament, estrangulació i sufocació
- Saltar o ajeure's davant objecte en moviments
- Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques
- Altres \_\_\_\_\_

- Instruments tallants o punxants
- Precipitació de llocs elevats
- Ofegament o submersió
- Armes de foc o explosius

Page 5 of 6

Repetició de la CS i supervivència	
<p><b>2</b> 1836</p> <p><b>Data CS</b>    <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dia                      mes                      any</p> <p><b>Mètode</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides</p> <p><input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació</p> <p><input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments</p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques</p> <p><input type="checkbox"/> Altres _____</p>	<p><b>Tipus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intent de suïcidi</p> <p><input type="checkbox"/> Violència autodirigida</p> <p><input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants</p> <p><input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats</p> <p><input type="checkbox"/> Ofegament o submersió</p> <p><input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius</p>
<p><b>3</b></p> <p><b>Data CS</b>    <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dia                      mes                      any</p> <p><b>Mètode</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides</p> <p><input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació</p> <p><input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments</p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques</p> <p><input type="checkbox"/> Altres _____</p>	<p><b>Tipus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intent de suïcidi</p> <p><input type="checkbox"/> Violència autodirigida</p> <p><input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants</p> <p><input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats</p> <p><input type="checkbox"/> Ofegament o submersió</p> <p><input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius</p>
<p><b>4</b></p> <p><b>Data CS</b>    <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dia                      mes                      any</p> <p><b>Mètode</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides</p> <p><input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació</p> <p><input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments</p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques</p> <p><input type="checkbox"/> Altres _____</p>	<p><b>Tipus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intent de suïcidi</p> <p><input type="checkbox"/> Violència autodirigida</p> <p><input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants</p> <p><input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats</p> <p><input type="checkbox"/> Ofegament o submersió</p> <p><input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius</p>
<p><b>5</b></p> <p><b>Data CS</b>    <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dia                      mes                      any</p> <p><b>Mètode</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides</p> <p><input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació</p> <p><input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments</p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques</p> <p><input type="checkbox"/> Altres _____</p>	<p><b>Tipus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intent de suïcidi</p> <p><input type="checkbox"/> Violència autodirigida</p> <p><input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants</p> <p><input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats</p> <p><input type="checkbox"/> Ofegament o submersió</p> <p><input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius</p>
<p><b>6</b></p> <p><b>Data CS</b>    <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">dia                      mes                      any</p> <p><b>Mètode</b></p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides</p> <p><input type="checkbox"/> Penjament, estrangulació i sufocació</p> <p><input type="checkbox"/> Saltar o ajeure's davant objecte en moviments</p> <p><input type="checkbox"/> Emmetzinament amb amb substàncies corrosives i caústiques</p> <p><input type="checkbox"/> Altres _____</p>	<p><b>Tipus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Intent de suïcidi</p> <p><input type="checkbox"/> Violència autodirigida</p> <p><input type="checkbox"/> Instruments tallants o punxants</p> <p><input type="checkbox"/> Precipitació de llocs elevats</p> <p><input type="checkbox"/> Ofegament o submersió</p> <p><input type="checkbox"/> Armes de foc o explosius</p>

## **ANNEX 5. Tractament grupal de la CS**

### **DEFINICIÓ:**

El tractament grupal de la Conducta Suïcida del CHV és un programa de tractament psicoeducatiu, actiu i estructurat que es basa en un model d'afrontament i adquisició d'habilitats. Va entrar en funcionament l'octubre de 2010.

### **CARACTERÍSTIQUES DEL GRUP:**

- Grup tancat de 10-12 pacients amb persistència d'ideació de suïcidi.
- Actualment consta de 17 sessions de 90 minuts cadascuna amb una freqüència setmanal (amb anterioritat eren 30 sessions de 60 minuts).

### **Criteris d'inclusió:**

- Pacients majors d'edat i no incapacitats legalment
- Pacients en seguiment a CSMA
- Pacients amb un episodi de conducta suïcida (a les primeres edicions un dels requisits era haver presentat més d'un intent de suïcidi, l'últim durant els 12 mesos anteriors a la derivació)

### **Criteris d'exclusió:**

- Diagnòstic principal de dependència de tòxics
- No voluntarietat de canvi per part del pacient
- Síntomes psicòtics aguts
- CI < 80



**OBJECTIUS:**

- Adquirir autocontrol
- Modificar estils de pensament
- Millorar l'autoestima
- Aprendre resolució de problemes
- Prevenir noves conductes suïcides

**METODOLOGIA:**

- Tècniques psicoeducatives.
- Entrenament en resolució de problemes.
- Tècniques pel maneig d'ansietat.
- Entrenament en habilitats socials i assertivitat.
- Tècniques d'autocontrol.
- Tècniques de reestructuració cognitiva.
- Tècniques de prevenció de recaigudes.

**ESTRUCTURA:**

- Presentació i acollida al grup (1 sessió)
- Mòdul 1: ANSIETAT (3 sessions)
- Mòdul 2: CONTROL D'IMPULSOS (2 sessions)
- Mòdul 3: RESOLUCIÓ DE PROBLEMES/ASSERTIVITAT (3 sessions)
- Mòdul 4: REESTRUCTURACIÓ COGNITIVA (7 sessions)
- Clausura del grup (1 sessió)

## ANNEX 6. Consentiment informat per a participar a l'estudi



**FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT DE L'ESTUDI:** Avaluació d'un Programa de Gestió de Casos de Tentatives Autolítiques en la Prevenció del Suïcidi.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Judit Pons Baños.

Ens dirigim a vostè per informar-lo de l'estudi d'investigació pel qual se li demana la seva participació. Es tracta d'un projecte vinculat a la realització de la tesi doctoral de la sra. Judit Pons Baños.

El projecte pretén analitzar l'eficàcia del programa en termes de vinculació i de prevenció dels reintents, així com explorar la percepció d'ajuda rebuda per part dels pacients.

En primer lloc, es realitza un anàlisi global de la vinculació i reintents dels pacients que han estat inclosos en el programa i, en segon lloc, s'aprofundeix en la percepció que han tingut els pacients en la participació del programa.

En el context d'aquesta investigació li demanem la seva col·laboració per realitzar-li una entrevista ja que vostè ha estat atès/a en el programa.

La participació en aquest estudi és voluntària i en qualsevol moment pot retirar-se de l'estudi, i/o negar-se a respondre a alguna pregunta en particular. També té dret a una còpia d'aquest document.

**Riscos:** No existeix cap tipus de risc afegit pel fet de participar en aquest estudi.

**Beneficis:** Els beneficis que s'esperen obtenir amb aquest estudi són identificar aspectes de millora en la prevenció del suïcidi.

Si accepta participar en aquest estudi, la sra. Judit Pons Baños li farà una entrevista que durarà un màxim de 90 minuts i serà gravada en àudio. L'enregistrament es realitza únicament per poder realitzar la transcripció i, quan aquesta s'hagi realitzat, s'eliminarà l'arxiu.

Tots els participants tindran assignat un codi que no permetrà vincular directament al participant amb les respostes donades, com a garantia de confidencialitat. Les dades que s'obtidran de la seva participació no s'utilitzaran amb un altre fi diferent de l'explicitat en aquesta investigació.

Les dades dels participants es tractaran en tot moment de forma anonimitzada, de manera que no es puguin vincular directament ni indirectament a la persona a la que corresponen. Es custodiaran de forma segura sota la responsabilitat directa de l'investigador principal.

Ens posem a la seva disposició per resoldre qualsevol dubte que la mateixa hagi suscitat. Podeu contactar al telèfon 685436101.



## CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, ....., major d'edat, amb DNI  
..... actuant en nom i interès propi DECLARO QUE:

He rebut informació sobre el projecte *Avaluació d'un programa de gestió de casos de temptatives autolítiques en la prevenció del suïcidi* del que se m'ha lliurat el full informatiu annex a aquest consentiment i pel qual es sol·licita la meva participació.

He entès el seu significat, se m'han aclarit els dubtes i m'han estat exposades les accions que es deriven del mateix.

Se m'ha informat de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de les dades dels participants en el projecte.

La meua col·laboració en el projecte és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant el present consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meua persona en cap cas.

En cas de retirada, tinc dret a què les meues dades identificatives siguin cancel·lades del fitxer de l'estudi.

Per tot això, DONO EL MEU CONSENTIMENT A:

1. Participar en el projecte *Avaluació d'un Programa de Gestió de Casos de Temptatives Autolítiques en la Prevenció del Suïcidi*.
2. S'enregistri en àudio l'entrevista que es realitzarà a efectes de poder realitzar la transcripció posterior.

....., a ..... de ..... de .....

[SIGNATURA PARTICIPANT]

[SIGNATURA IP]

## ANNEX 7. Guió per a l'entrevista

Agraïment per la participació. Recordatori que si hi ha alguna pregunta que l'incomodi, pot no respondre.

### *Pregunta introductòria*

- Què recorda del dia que va realitzar l'intent de suïcidi? Quins aspectes creu que l'haurien ajudat aquell dia a evitar l'intent?

### *Preguntes de transició*

- Com va ser la seva atenció a urgències? Quins aspectes de la seva atenció allà el van ajudar? Quins s'haurien pogut millorar?
- Com va ser la relació amb la seva família els dies posteriors? Va sentir que va rebre suport per part d'ells? I amb els amics? I amb els companys de feina?
- Amb quins professionals de salut ha tingut relació durant aquest any (especialitzada, capçalera, altres)? En quins aspectes pensa que l'han ajudat? Què pensa que s'hauria pogut millorar?
- Què en pensa del seguiment que s'ha portat a terme durant aquest any? Quin aspecte li ha estat més útil (contacte telefònic, consulta oberta...). Què pensa que es podria millorar?

### *Pregunta final*

- Hi ha alguna altra cosa que pensi que seria important tenir en compte per millorar l'atenció?
- Vol expressar algun altre aspecte que no s'hagi comentat?

## ANNEX 8. Aprovació de l'estudi per part del comitè d'ètica



### Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi

Dr. Eduardo Kanterewicz, President del Comitè Ètic d' Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES)

Faig constar

Que d'acord amb els antecedents documentals que existeixen en els arxius del CEIC,

#### **JUDIT PONS BAÑOS**

consta en qualitat d'investigador/a principal del projecte:

**Avaluació d'un programa de gestió de casos de tempatives autolítiques en la prevenció del suïcidi**

Codi CEIC 2017944

Codi Propi PR175

Va ser aprovat per aquest CEIC el 27/06/2017.

Promotor **CONSORCI HOSPITALARI DE VIC**

**Eduardo Kanterewicz**



Vic a 10 de juliol de 2017

## ANNEX 9. Article publicat

International Journal of  
*Environmental Research  
and Public Health*

Article

**Sociodemographic and Clinical Characteristics Associated with Suicidal Behaviour and Relationship with a Nurse-Led Suicide Prevention Programme**Judith Pons-Baños <sup>1,2,3</sup> , David Ballester-Ferrando <sup>4,\*</sup> , Lola Riesco-Miranda <sup>1,2</sup>, Santiago Escoté-Llobet <sup>1,3</sup>, Jordi Jiménez-Nuño <sup>5</sup>, Concepció Fuentes-Pumarola <sup>4</sup> and Montserrat Serra-Millàs <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychiatry and Mental Health, Consorci Hospitalari de Vic, 08500 Vic, Spain; judit.pons@uvic.cat (J.P.-B.); lola.riesco@uvic.cat (L.R.-M.); sescote@chv.cat (S.E.-L.); mserram@chv.cat (M.S.-M.)

<sup>2</sup> Faculty of Health Sciences and Wellbeing, University of Vic—Central University of Catalonia, 08500 Vic, Spain

<sup>3</sup> Interinstitutional Research Group, Department of Mental Health and Social Innovation, 08500 Vic, Spain

<sup>4</sup> Health and Healthcare Research Group, Department of Nursing, University of Girona, 17003 Girona, Spain; concepcio.fuentes@udg.edu

<sup>5</sup> Vic Forensic Medicine Department, Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Catalonia, 08500 Vic, Spain; jordi.jimenez@xij.gencat.cat

\* Correspondence: david.ballester@udg.edu; Tel.: +34-972-418771

Received: 8 October 2020; Accepted: 24 November 2020; Published: 25 November 2020



**Abstract:** Suicidal behaviour is a major public health problem that needs to be tackled by all health agents including mental health nurses. Aims: The purpose of this study was to analyse the relationship between demographic and clinical characteristics and different kinds of suicidal behaviour with a nurse-led suicide prevention programme. Methods: The design was a cross-sectional study, performed in the region of Osona (Catalonia) in the five-year period 2013–2017. Suicidal behaviour was classified as suicidal ideation, interrupted self-directed violence, suicide attempt or completed suicide. Results: The sample included 753 patients (of whom 53 completed suicide) who experienced 931 suicidal behaviour episodes. Men represented only 38.4% of the sample but 81.1% of completed suicides. Mental disorders were associated with suicidal behaviour in 75.4% of the sample. Two thirds (66.4%) of the individuals (0.8% ( $n = 4$ ) of whom completed suicide) were participants in a nurse-led suicidal behaviour case management programme. Conclusion: The main risk factors were being a woman for suicidal behaviour and being a man and being older for completed suicide. Mental disorders, widowhood and retirement were also associated with completed suicide. The completed suicide rate was lower among participants in the nurse-led programme.

**Keywords:** preventive health services; psychiatric nursing; risk factors; suicidal ideation; suicide; attempted; suicide; completed

**1. Introduction**

Suicidal behaviour is a public health problem that results in 800,000 deaths worldwide each year; in addition, for every adult who completes suicide, another 20 are estimated to have attempted suicide [1].



Mental health nurses may be instrumental in preventing suicidal acts by patients as they are in a position to recognize and respond to expressions of mental distress that are possible warning signs of suicidal behaviour [2]. Nurses can therefore play an essential role in suicide prevention programmes, especially in outpatient services, as relational factors underpin the communication of suicidal behaviour or intentions and the prevention of repeated suicide attempts [3].

### *Background*

Suicidal behaviour occurs along a continuum that reflects the severity of suicidal tendencies, ranging from fleeting and unplanned suicidal ideation to completed suicide. In the interest of advancing research worldwide, experts have pointed to the importance of reaching a consensus on definitions [4,5].

Certain demographic characteristics are associated with completed suicide. In terms of age, suicide rates are higher among middle-aged and elderly men, although rates are also increasing among teenagers in high-income countries [6]. In teenagers and young adults, the worldwide reported lifetime prevalence rates for suicidal ideation and suicidal behaviour are 12.1%–33% and 4.1%–9.3%, respectively [6]. Regarding sex, suicide rates worldwide are higher for men than for women, with some exceptions, e.g., China [6]. In Europe, while completed suicides by men outnumber suicides by women by 3.47, suicidal ideation and attempt rates are higher among women [7].

Risk factors for completed suicide include socioeconomic factors [8], with a number of studies pointing, in particular, to a significant association between completed suicide and unemployment [9]. Economic recessions have also been reported to have a negative impact on suicide rates [9–12]. Poor quality relationships and interpersonal conflicts are other contributing factors, as they play an important role in precipitating suicidal behaviour, while the loss of a partner through divorce/separation or widowhood is also associated with an increase in completed suicides [8,13]. With regard to the impact of migration, it has been reported that migrants from high to low suicide-risk countries are at a greater risk of completing suicide than the host population and vice versa [14].

Psychiatric comorbidity is one of the most important risk factors for completed suicide, most especially mood disorders, borderline personality disorder and substance use disorders [15]. Despite the fact that the prevalence of mental disorders in completed suicides is widely believed to be 90% [16], some studies have pointed to worldwide rates of 80%, with great variability depending on the geographical area [16,17].

Another major factor associated with completed suicide is previous attempts, as individuals with a history of suicide attempts have a five- to six-fold greater risk of trying again [18]. Studies have shown an estimated repeat-attempt incidence of 16.3% at one year, 16.8% at two years and 22.4% at five years, and of suicide of 1.6% at one year, 2.1% at two years, 3.9% at five years and 4.2% at ten years [19]. It is estimated that people who have made a previous suicide attempt are 66 times more likely to complete suicide than people with no such history [20].

Follow-up and community support have been effective in reducing suicide and suicide attempt rates among patients who have been recently discharged from hospital [21]. People who attempt suicide are recommended to be followed up using suicide prevention strategies, despite scarce and varying evidence on the chain of care and follow-up interventions [22]. The fact that the risk of completed suicide peaks immediately after hospital discharge following a suicide attempt only underscores the need for provision of early and effective follow-up care [23].

Community-based case management has been shown to be an effective intervention that reduces healthcare costs. Mental health nurse-led case management, in particular, controls patient symptoms and ultimately improves outcomes, cost effectiveness and patient satisfaction, even for individuals who have attempted suicide [24]. Mental health nurses have, in fact, been shown to assess suicide risk in a manner comparable to psychiatrists [25]. Follow-up through a nurse-led case management programme may therefore be beneficial for individuals with suicidal behaviour.

This study aimed to identify the sociodemographic and clinical characteristics of individuals with suicidal behaviour in the Osona region of Catalonia in terms of suicidal ideation, interrupted self-directed violence, attempted suicide and completed suicide, and to analyse what differences there were, if any, between non-participants and participants in a nurse-led prevention programme.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Sample and Data

The period of study was 2013–2017 and the study centre was the Vic Hospital Consortium (CHV), a public health consortium whose catchment area is the Osona region of Catalonia (population 156,572) [26].

The sample for this five-year cross-sectional descriptive study was composed of all completed suicides recorded for our region and individuals with suicidal behaviour (suicidal ideation, interrupted self-directed violence, attempted suicide) attended to in our hospital emergency room.

The data for all cases included in this study were collected by a research team nurse, who drew data from medical records for individual patients from the hospital registry and from a forensic registry. The hospital registry includes all suicide attempts and interrupted self-directed violence incidents attended to in the emergency room, and also any cases of suicidal ideation that the duty psychiatrist recommends for follow-up care. The forensic registry, created in 2006 by means of a collaboration agreement between CHV and the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Catalonia (Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya-IMLCFC), includes data on completed suicides [27].

### 2.2. The Suicidal Behaviour Case Management Programme

The CHV Suicidal Behaviour Case Management Programme (SBCMP) is led by a mental health nurse, who provides care (face-to-face and by telephone) over 12 months to adult patients with suicidal behaviour referred by the emergency room. Patient participation is voluntary. In an initial face-to-face visit, held in the week after hospital discharge, the therapeutic relationship is initiated and health and other aspects related to the patient's suicidal behaviour are evaluated, along with adherence to treatment, persistence of precipitating factors and current suicide risk.

Patients are provided with a direct-contact telephone number and an open schedule for consultations so that they can contact the nurse in person as often as necessary.

Visits with the patient cover aspects as follows [28]:

- Coping, i.e., assisting a patient to adapt to perceived stressors, changes or threats that interfere with their role in life;
- Crisis intervention, i.e., crisis counselling aimed at helping the patient cope with crises and resume a state of functioning comparable to or better than the pre-crisis state;
- Anxiety reduction, i.e., minimizing apprehension, dread, foreboding and uneasiness related to an unidentified source of anticipated danger;
- Counselling, i.e., interactively helping the patient by focusing on needs, problems or feelings (their own and of significant others) and enhancing or supporting problem solving and interpersonal relationships;
- Cognitive restructuring, i.e., challenging a patient to alter distorted thought patterns and view the self and the world more realistically;
- Preventing substance abuse (alcohol or drugs).



Scheduling of visits with other health professionals is also reviewed and new visits are scheduled as necessary and/or the patient is referred to other units. At one, three and six months after the suicidal behaviour that led to inclusion in the SBCMP, monitoring telephone calls are routinely made to check adherence to treatment and persistence of precipitating factors and to re-evaluate suicide risk.

The SBCMP concludes after 12 months with a face-to-face visit in which the usual aspects are evaluated. The episode is considered closed at this point, although the patient is encouraged to re-consult as needed using the usual channels and SBCMP channels (direct telephone and open consultation).

### 2.3. Variables

Four main categories of data were collected, namely, suicidal behaviour, sociodemographic data, clinical data and participation/non-participation in the SBCMP.

1. Suicidal behaviour was classified [29,30] as follows:

- Suicidal ideation: thinking about, considering, or planning suicide;
- Interrupted self-directed violence: taking steps to injure oneself but stopped by the self/another person prior to fatal injury;
- Suicide attempt: a non-fatal self-directed potentially injurious act performed with the intention to die, possibly but not necessarily resulting in injury;
- Completed suicide: self-inflicted death with evidence of an intention to die.

Note that profiles that reflected more than one episode of suicidal behaviour were classified according to the most serious episode, i.e., in the following order: completed suicide > suicide attempt > interrupted self-directed violence > suicidal ideation.

2. Sociodemographic data analysed were age, sex, country of birth, civil status, occupational status, family composition and rural/urban residence.

3. Clinical data collected were history, number and type of mental disorders, referrals to the mental health service in the previous year, suicidal behaviour in the previous year and presence of toxic substances in urine. Hospitalization details were also recorded, including length of stay and department.

4. SBCMP participation/non-participation, i.e., whether the included patient participated or not in the SBCMP.

### 2.4. Ethical Considerations

The research was performed according to the principles of the Declaration of Helsinki. The study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of the Osona Foundation for Healthcare Research and Education (FORES) on 14 April 2016 (code 2016906/PR137).

### 2.5. Data Analysis

Qualitative variables were expressed as frequencies and percentages, and quantitative variables as means and standard deviations (SD). Contingency tables were created for the bivariate and multivariate analyses. Qualitative variables were compared using the chi square test and, when the expected count was less than five, Yates' correction or Fisher's exact test was used to readjust the variables. Quantitative and qualitative variables were compared using analysis of variance (ANOVA). Univariate and multivariate logistic regression analyses identified the variables most associated with completed suicides. The data were analysed using SPSS v.22 (IBM, Armonk, NY, USA), for a confidence interval (CI) of 95% and statistical significance of  $p \leq 0.05$ .

### 3. Results

#### 3.1. Characteristics of Suicidal Behaviour Episodes

Recorded during 2013–2017 were 931 suicidal behaviour episodes: 562 (60.4%) suicide attempts, 259 (27.8%) suicidal ideation episodes, 57 (6.1%) interrupted self-directed violence episodes, and 53 (5.7%) completed suicides. The mean (SD) episode rate was 119.79 (24.48) and the mean (SD) suicide rate was 6.82 (0.85) per 100,000 inhabitants/year [26].

The most frequently used methods were self-poisoning (83.1%;  $n = 467$ ) for suicide attempts and asphyxia by hanging/strangulation/suffocation (43.4%;  $n = 23$ ) for completed suicides (Table 1).

**Table 1.** Completed suicide and attempted suicide methods.

	Attempted Suicide <i>n</i> (%) <b>562 (100)</b>	Completed Suicide <i>n</i> (%) <b>53 (100)</b>
Asphyxia (hanging/strangulation/suffocation)	7 (1.2)	23 (43.4)
Self-poisoning	467 (83.1)	2 (3.8)
Cutting/stabbing	59 (10.5)	2 (3.8)
Jumping from a tall place	9 (1.6)	9 (17)
Jumping/lying before a moving object	3 (0.5)	8 (15.1)
Firearms/airguns/explosives	1 (0.2)	4 (7.5)
Drowning	2 (0.4)	3 (5.7)
Other means	14 (2.5)	2 (3.8)

#### 3.2. Sociodemographic Characteristics

Suicidal behaviour was manifested by 753 individuals, 464 (61.6%) of whom were women. While the mean (SD) age of the sample overall was 43.44 (16.72) years (median 45; range 12–95), the mean (SD) age of the sub-group of individuals who completed suicide was 57.89 (17.51) years (median 54; range 27–91).

Of the 753 individuals manifesting suicidal behaviour, 116 had experienced more than one episode and the mean (SD) number of episodes was 2.53 (1.1).

Immigrants represented 14.6% ( $n = 110$ ) of the sample. By continent, nearly half were from America (42.7%;  $n = 47$ ), over a third were from Africa (37.3%;  $n = 41$ ) and the remainder were from other European countries (17.3%;  $n = 19$ ) and Asia (2.7%;  $n = 3$ ). By nationality, Moroccans accounted for a third of the immigrants (32.7%;  $n = 36$ ), followed by Colombians (13.6%;  $n = 15$ ) and Ecuadorians (8.2%;  $n = 9$ ).

In terms of civil status at the time of the suicidal behaviour, 37.5% ( $n = 282$ ) were in a stable relationship, 28.4% ( $n = 214$ ) were separated/divorced, 26.2% ( $n = 197$ ) were single and 6.2% ( $n = 47$ ) were widowed.

Nearly half of the sample were employed (46%;  $n = 335$ ) and the remainder were either unemployed (28.7%;  $n = 209$ ) or retired (25.4%;  $n = 185$ ). Around half of the patients lived with a formed family (52%;  $n = 383$ ), just under a quarter lived with their family of origin (24%;  $n = 177$ ) or alone (22.7%;  $n = 167$ ) and 1.2% ( $n = 9$ ) lived in a residence (Table 2).

Civil status analysed by type of suicidal behaviour revealed that widowed persons accounted for nearly a fifth of those who completed suicide (18.8%;  $n = 9$ ), but for only a small proportion of cases of ideation (5.7%;  $n = 12$ ), self-directed violence (4.4%;  $n = 2$ ) and suicide attempts (5.5%;  $n = 24$ ). However, Yates' correction rendered this result non-significant.

**Table 2.** Sociodemographic characteristics according to type of suicidal behaviour.

		Suicidal Ideation n (%) 209 (100)	Interrupted Self-Directed Violence n (%) 45 (100)	Suicide Attempt n (%) 446 (100)	Completed Suicide n (%) 53 (100)	Test	p <sup>†</sup>
Age, mean (SD)		45.62 (14.4)	44.78 (16.09)	40.57 (16.69)	57.89 (17.51)	F = 20.29	<0.001 <sup>a</sup>
Sex	Man	91 (43.5)	24 (53.3)	131 (29.4)	43 (81.1)	F = 22.74	<0.001 <sup>b</sup>
	Woman	118 (56.5)	21 (46.7)	315 (70.6)	10 (18.9)		
Immigrant	No	188 (90)	40 (88.9)	366 (82.1)	49 (92.5)	F = 3.36	0.018 <sup>c</sup>
	Yes	21 (10)	5 (11.1)	80 (17.9)	4 (7.5)		
Stable relationship	Yes	71 (34)	19 (42.2)	172 (39.3)	20 (41.7)	F = 0.78	0.505
	No	138 (66)	26 (57.8)	266 (60.7)	28 (58.3)		
Occupational status	Employed	99 (47.4)	21 (46.7)	200 (46.7)	15 (31.9)	F = 4.5	0.004 <sup>d</sup>
	Unemployed	63 (30.1)	15 (33.3)	124 (29)	7 (14.9)		
	Retired	47 (22.5)	9 (20)	104 (24.3)	25 (53.2)		
Family composition	Formed family	108 (51.7)	24 (53.3)	229 (52.3)	22 (50)	F = 1.73	0.160
	Family of origin	38 (18.2)	12 (26.7)	123 (28.1)	4 (9.1)		
	Living alone/in residence	63 (30.1)	9 (20)	86 (19.6)	18 (40.9)		
Urban/rural	Rural	107 (52.2)	17 (39.5)	195 (45.2)	27 (52.9)	F = 1.46	0.22
	Urban	98 (47.8)	26 (60.5)	236 (54.8)	24 (47.1)		

<sup>†</sup> Tukey post-hoc test differences: <sup>a</sup> suicide attempt vs suicidal ideation ( $p = 0.001$ ), completed suicide vs suicidal ideation ( $p < 0.001$ ), completed suicide vs interrupted self-directed violence ( $p < 0.001$ ), completed suicide vs suicide attempt ( $p < 0.001$ ). <sup>b</sup> Suicide attempt vs suicidal ideation ( $p = 0.002$ ), suicide attempt vs interrupted self-directed violence ( $p = 0.006$ ), suicide attempt vs completed suicide ( $p < 0.001$ ), completed suicide vs suicidal ideation ( $p < 0.001$ ), completed suicide vs interrupted self-directed violence ( $p = 0.018$ ). <sup>c</sup> Suicide attempt vs suicidal ideation ( $p = 0.038$ ). <sup>d</sup> Completed suicide vs suicidal ideation ( $p = 0.003$ ), completed suicide vs interrupted self-directed violence ( $p = 0.025$ ), completed suicide vs suicide attempt ( $p = 0.003$ ).

### 3.3. Clinical Characteristics

Three quarters of the overall sample had a mental disorder (75.4%;  $n = 568$ ), half had been seen by a mental health professional in the previous year (50.3%;  $n = 379$ ) and 7.6% ( $n = 57$ ) had experienced an episode of suicidal behaviour in the previous year (Table 3).

**Table 3.** Clinical characteristics according to type of suicidal behaviour.

	Suicidal Ideation n = 209 (100%)	Interrupted Self-Directed Violence n = 45 (100%)	Suicide Attempt n = 446 (100%)	Completed Suicide n = 53 (100%)	Test	p <sup>†</sup>
Previous mental disorder, n (%)	164 (78.5)	29 (64.4)	345 (77.4)	30 (56.6)	F = 5.07	0.002 <sup>a</sup>
Previous diagnoses, mean (SD)	1.30 (0.498)	1.34 (0.484)	1.24 (0.461)	1.37 (0.615)	F = 1.26	0.288
Mental health referral in the previous year, n (%)	117 (56)	17 (37.8)	223 (50)	22 (41.5)	F=2.4	0.067
Suicidal behaviour in the previous year, n (%)	7 (3.3)	1 (2.2)	46 (10.4)	3 (5.9)	F = 4.13	0.006 <sup>b</sup>
DISORDERS, n (%) <sup>‡</sup>						
Mood	90 (43.1)	11 (24.4)	135 (30.3)	13 (24.5)	F = 4.82	0.002 <sup>b</sup>
Psychotic	2 (1)	1 (2.2)	16 (3.6)	4 (7.5)	F = 2.43	0.064
Anxiety/adaptive	54 (25.8)	13 (28.9)	114 (25.6)	5 (9.4)	F = 2.47	0.06 <sup>c</sup>
Personality	27 (12.9)	5 (11.1)	51 (11.4)	4 (7.5)	F = 0.41	0.747
Substance use-related	31 (14.8)	7 (15.6)	73 (16.4)	13 (24.5)	F = 0.97	0.402
Other	9 (4.3)	2 (4.4)	39 (8.7)	2 (3.8)	F = 1.93	0.123

<sup>†</sup> Tukey post-hoc test differences: <sup>a</sup> completed suicide vs suicidal ideation ( $p = 0.005$ ), completed suicide vs suicide attempt ( $p = 0.005$ ). <sup>b</sup> Suicide attempt vs suicidal ideation ( $p = 0.009$ ). <sup>c</sup> Completed suicide vs suicide attempt ( $p = 0.049$ ). <sup>‡</sup> Each patient may have more than one disorder.

Hospitalization was necessary for a fifth of the episodes (21.1%;  $n = 196$ ). Mean (SD) stay was 17.90 (25.91) days (median 9), with half of the patients admitted to an acute psychiatric unit (49%;  $n = 96$ ), a quarter to an observation unit (26%;  $n = 51$ ) and 11.7% ( $n = 23$ ) to an intensive care unit (ICU). In 43.4% ( $n = 404$ ) of the episodes, patients underwent urine testing for substance use, with nearly half (43.3%;  $n = 175$ ) testing positive: 24.75% ( $n = 100$ ) for alcohol, 13.12% ( $n = 53$ ) for cocaine, 11.9% ( $n = 48$ ) for cannabis and 4.2% ( $n = 17$ ) for other substances.

3.4. Characteristics Related to the SBCMP

Two thirds of the sample (66.4%;  $n = 500$ ) were included in the SBCMP at some point, mainly after the first recorded episode (93.6%;  $n = 468$ ). Small numbers of patients were treated twice (6%;  $n = 30$ ) and three times (0.4%;  $n = 2$ ) in the SBCMP. Of the patients treated in the SBCMP, 0.8% ( $n = 4$ ) completed suicide.

Of the patients who had experienced more than one episode ( $n = 116$ ), the proportions who completed suicide were 4.1% ( $n = 4$ ) for participants in the SBCMP and 5.3% ( $n = 1$ ) for non-participants in the SBCMP (no significant difference) (Table 4).

**Table 4.** Sociodemographic and clinical characteristics according to inclusion in the Suicidal Behaviour Case Management Programme (SBCMP).

		Not Included in SBCMP <i>n</i> (%) 253 (100)	Included in SBCMP <i>n</i> (%) 500 (100)	Test	<i>p</i>
Age, mean (SD)		42.9 (20.7)	43.72 (14.3)	F = 55.82	0.572
Sex	Man	120 (47.4)	169 (33.8)	F = 13.2	<0.001
	Woman	133 (52.6)	331 (66.2)		
Civil status	Single	94 (39.2)	103 (20.6)	F = 34.86	<0.001
	Married	82 (34.2)	200 (40)		
	Divorced	46 (19.2)	168 (33.6)		
	Widowed	18 (7.5)	29 (5.8)		
Occupational status	Employed	118 (51.1)	217 (43.6)	F = 24.23	<0.001
	Unemployed	39 (16.9)	170 (34.1)		
	Retired	74 (32)	111 (22.3)		
Mental disorder	No	77 (30.4)	108 (21.6)	F = 7.08	0.005
	Yes	176 (69.6)	392 (78.4)		
Number of mental disorders, mean (SD)		1.21 (0.44)	1.3 (0.5)	F = 14.95	0.039
Recorded episodes	1	234 (92.5)	403 (80.6)	F = 18.22	<0.001
	>1	19 (7.5)	97 (19.4)		

3.5. Factors Associated with Completed Suicides

Logistic regression was based on comparing patients who died by suicide with the remaining patients. Univariate regression was performed with the statistically significant variables. A multivariate model based on forward selection (adding age, sex, civil status, occupational status, family composition, urban/rural residence and mental disorder variables) pointed to associations between suicide and being male, being older and a lower probability of having a mental disorder (Table 5).

**Table 5.** Raw and adjusted odds ratio (OR) values for factors associated with completed suicide.

		OR (CI 95%) Raw	OR (CI 95%) Adjusted
Age		1.057 (1.038–1.075)	1.055 (1.033–1.078)
Sex	Woman	1	1
	Man	7.936 (3.920–16.067)	6.798 (3.008–15.363)
Civil status	Stable relationship	1	
	Separated/divorced	0.443 (0.184–1.068)	
	Single	0.850 (0.405–1.781)	
	Widowed	3.103 (1.31–7.311)	
Occupational status	Employed	1	
	Unemployed	0.739 (0.296–1.844)	
	Retired	3.333 (1.710–6.499)	
Family composition	Formed family	1	
	Family of origin	0.379 (0.129–1.188)	
	Living alone/in residence	1.869 (0.976–3.582)	
Rural/urban residence	Rural	1	
	Urban	1.270 (0.72–2.25)	
Mental disorder	Yes	1	1
	No	2.546 (1.439–4.506)	2.375 (1.185–4.759)

#### 4. Discussion

Our study yields new data in relation to research into suicidal behaviour, with some of our results confirming, and others diverging from, the findings of previous studies.

Regarding suicide methods, our results corroborate other studies that have reported that methods used for suicide attempts are less potentially lethal than for completed suicides. The most frequently used method for suicide attempts by our patients was self-poisoning (83.10%) followed by cutting (10.5%), corroborating findings elsewhere regarding self-poisoning (82.4%) and cutting (7.1%) [31]. The most frequently used methods for completed suicides were asphyxia (43.4%) and jumping from tall places (17%), coherent with national data for Spain [32]. However, our results diverge from Spanish data thereafter, as suicide by jumping/lying before a moving object was the third most frequent method (15.10%) in our study, but ninth in Spain, whereas suicide by self-poisoning occupied third place for Spain [32]. One possible explanation for this difference is that the study region (Osona) has a railway line but no underground rail system.

In terms of age, our results largely corroborate the literature for high-income countries [6,33], which points to a statistically significant difference of some 17 years in the mean age of people who complete suicide compared to those who attempt suicide. In our study, the median age of those who completed suicide was 54 years, higher than the 49.5 years reported elsewhere [34]. In our regression, the odds ratio (OR) for age was 1.06 (1.033–1.078), indicating that the suicide risk increased with each additional year (note that there were no completed suicides by teenagers in our sample).

Regarding sex, our findings confirm the “sex paradox” reported in previous studies [33]; thus, while women accounted for most suicide attempts (70.6%) in our sample, men accounted for most completed suicides (81.1%); moreover, our suicide rate for men was much higher than the 74.6% reported for Spain [35]. Our results—except for interrupted self-directed violence, where we found men to be in the majority (53.3%)—corroborate the results of a review for developed countries [7] that found that women were in the majority in all types of suicidal behaviour except for completed suicide. Future studies with a larger sample would enable us to determine whether cases of interrupted self-directed violence are more similar to cases of completed suicide than to cases of suicide attempts and suicidal ideation.



In relation to immigrants, our study confirms findings reported elsewhere that suicide rates among immigrants are no higher than for the general population [14]. Immigrants in our study accounted for 14.6% of suicidal behaviour overall, a proportion very similar to the 13.35% (0.54% mean (SD) immigrant population in the catchment area [36]; the percentage of completed suicides by immigrants was lower (7.5%), whereas the percentage of suicide attempts was higher (17.9%). Suicide rates for immigrants from Morocco, Colombia and Ecuador were similar to rates in the countries of origin (crude all-age suicide rates per 100,000 population of below 5.0 for Morocco and 5.0–9.9 for Colombia and Ecuador [1,21]).

In relation to civil status, the fact that 18.8% of patients who completed suicide were widowed corroborates the literature. However, we found no association between separation/divorce and completed suicide [13,37], with ORs of 0.44 (0.18–1.07) and 0.85 (0.41–1.78) for being separated/divorced and single, respectively, relative to being in a stable relationship. These results contradict those of two reviews, one that pointed to a negative association between being in a stable relationship and completed suicide [8] and another that reported, for singles, an increased risk of both completed suicide and suicidal ideation but not of suicidal intention [38].

We found statistically significant differences regarding occupational status, with retirement being most frequently associated with completed suicide (53.2%). This result is coherent with our other finding regarding suicide completion being more frequent in older age groups. Employed people accounted for 31.9% of deaths by suicide in our study, a higher percentage than the 22.9% reported by Gómez-Durán and colleagues [34], although that latter finding only referred to employed patients with a mental health history. The fact that we found no association between unemployment and completed suicide contradicts Milner and colleagues [9], who reported a relative risk (RR) of 1.41 (1.21–1.60) for unemployment, whereas our finding was an OR of 0.74 (0.29–1.84) for unemployment. Note that we did not analyse the quality of employment, which has recently been reported as a factor for consideration [39].

Our patients, irrespective of type of suicidal behaviour, mostly lived with family. Our finding of 40.9% of patients living alone or in a residence who completed suicide—OR = 1.87 (0.98–3.58)—was noticeably higher than the 28.6% reported by Gómez-Durán and colleagues [34]. Note that we only considered living arrangements and not feelings of loneliness, as discussed elsewhere [40].

While we found an association between mental disorders and completed suicide in our patients, this association differed from that reported in the literature. In most other studies, while mental disorders are reported to be associated with 80%–90% of completed suicides [6,16,17] and are also associated with suicide attempts [41], in our sample, and contrasting with an overall rate for our sample of 75.4%, only 56.6% of our patients who completed suicide had mental disorders. Gómez-Durán and colleagues [34] found that only 45.5% of those who completed suicide were diagnosed with a mental disorder; however, unlike our researchers, they had access to very few medical records. The fact that a mental disorder may be incipient or undiagnosed would support the importance of early detection in primary healthcare as a suicide prevention measure [21]. Future studies should monitor whether this pattern persists, although it needs to be kept in mind that findings may be influenced by suicide prevention measures already being implemented in our catchment area. Our study points to lower psychiatric comorbidity for patients who completed suicide (adjusted OR = 2.37: 1.18–4.76), even though psychiatric comorbidity was higher among the other patients in our sample, a finding that corroborates the findings of the review by Cho and colleagues [17].

The main mental disorders diagnosed among the patients in our sample who completed suicide were mood disorders and disorders associated with substance use (24.5% each). This finding corroborates a meta-analysis [42], which reported ORs for Europe of 10.62 (4.50–25.09) and 6.54 (3.76–11.39) for suicide risk associated with those two disorders, respectively. Our percentage of mood disorders associated with completed suicide (24.5%) is lower than the 54.3% reported by Gómez-Durán and colleagues [34]. As for personality and psychotic disorders, Gómez-Durán and colleagues [34] reported a prevalence of 11.4% and 17.1%, respectively, contrasting with our prevalence of 7.5%

each. Anxiety/adaptive disorders were present in just 9.4% of our patients who completed suicide (all five with adaptive disorders), contrasting with findings elsewhere [43] that post-traumatic stress disorder is the anxiety disorder most associated with completed suicide. Regarding other types of suicidal behaviour in our patients, mood disorders were most frequently associated with suicidal ideation (43.1%) and suicide attempts (30.3%), while anxiety/adaptive disorders were most frequently associated with interrupted self-directed violence (28.9%). In our sample, mental disorders related to substance use were associated with 24.5% of completed suicides and 16.4% of suicide attempts, a finding that diverges from reviews reporting a more important association for alcohol abuse with suicide attempts (OR = 3.13: 2.45–3.81) than with completed suicide (OR = 2.59: 1.95–3.23) or suicidal ideation (OR = 1.86: 1.38–2.35) [44,45].

Regarding previous suicidal behaviour, only 6% of our patients who completed suicide had had an episode in the previous year; this was a much lower percentage than the 33.3% reported by Bostwick and colleagues [46] or the 19.67% suicide attempt rate for the year prior to death reported by Mallon and colleagues [47].

Our study shows a high level of engagement by patients after discharge, as over two thirds (66.4%) voluntarily participated in the SBCMP. Even though the SBCMP targets patients aged 18 and older living in the hospital catchment area, included in our study were all individuals attending the emergency room for a suicidal behaviour episode, irrespective of age or area of residence. Our participation rate is substantially higher than rates reported elsewhere. Hunter [48] reported, for a large cohort study, that only 31.4% of patients attended a mental health visit within 30 days after emergency room treatment for deliberate self-harm, while Costemale-Lacoste [49], who analysed specialist out-treatment engagement of patients following suicide attempts, found that only 35% attended at least one visit in the first month after discharge; note however, that their focus was only patients who had not previously received psychiatric care.

The sociodemographic characteristics of patients participating in the SBCMP were significantly different from those who did not participate in terms of sex, civil status and occupational status, as more women, more divorced individuals and more unemployed individuals, respectively, participated. Sex-related differences can be explained by the fact that the suicide rate was higher among patients not participating in the SBCMP, and, as indicated by the review by Fox [7], completed suicide is more common among men, whereas suicide attempt and suicidal ideation is more common among women. Another explanation is that the mental health-related stigma regarding help-seeking is more prevalent in men than women [50,51].

There were also clinical differences between participants and non-participants in the SBCMP, in that participants had more mental disorders and more recorded episodes of suicidal behaviour. The higher proportion of patients with more than one suicidal behaviour episode (19.4% SBCMP vs 7.5% non-SBCMP) is explained by the SBCMP inclusion of patients with all type of episodes, including suicidal thoughts. Close contact is maintained with patients in the SBCMP, so if the nurse detects risk, the patient is encouraged to go to the emergency room for a psychiatric assessment. Our five-year rate of patients with more than one recorded episode (i.e., 19.4%) is nonetheless broadly similar to widely cited rates of 16% and 23% at one year and four years, respectively [52], and to the five-year 20.1% and two-year 18.9% reported by Parra-Urbe [53] and Irigoyen [54], respectively, for Spain.

Finally, the suicide rate (0.8%) for patients participating in our SBCMP, which correlated with higher psychiatric morbidity, was lower than the 2.51% and 0.9% of suicides completed one year after a suicide attempt reported for followed-up outpatients [55] and the 1.2% reported for a one-year telephone-based management programme [53].

However, it should be noted that, during the study period, most non-participants in the SBCMP who completed suicide had not been attended to for a previous suicidal behaviour episode. It is therefore important to consider establishing early detection mechanisms for such cases, focused on primary healthcare and mental health nurses as facilitating agents.

The findings of this study have to be seen in light of some limitations. While the forensic registry of completed suicides is reliable [27], because the real number of deaths is small, we cannot establish robust associations. Additionally, our sample should be considered incomplete, because the hospital registry only includes suicidal ideation episodes treated in the emergency room if a psychiatrist specifically refers the patient for follow-up; this explains why our study reflects fewer ideation episodes than suicide attempts. With regard to previous suicide attempts, our study only reflected attempts in the previous year whereas future studies should take into account all previous suicide attempts by patients. Regarding relationships and employment, the fact that the quality of either was not taken into account could have affected our findings. Finally, it should also be kept in mind that our comparisons were drawn between people with suicidal behaviour and not with the general population.

## 5. Conclusions

Age was a key factor in completed suicides in our sample, with higher suicide mortality in older age groups. Sex clearly determined forms of suicidal behaviour: while 8 in 10 completed suicides were by men, 7 in 10 suicide attempts were by women. Coherent with the finding of higher suicide mortality among older people was the fact that the risk of completed suicide was 3.3 times higher for retired individuals than for employed individuals and 3.1 times higher for widowed individuals than for people with partners. Mental disorders were less frequent in patients who completed suicide than in patients with other suicidal behaviours. The most prevalent mental disorders in our sample were mood disorders. While a high proportion of patients with mental disorders participated in the SBCMP, the suicide completion rate for SBCMP patients was low comparative to other reported rates. Future research would require a larger sample size to confirm our findings and to explore health system instruments and programmes that could help prevent suicide.

**Author Contributions:** Conceptualization, J.P.-B., D.B.-F. and M.S.-M.; data curation, D.B.-F., C.F.-P., J.J.-N. and S.E.-L.; funding acquisition, J.P.-B., D.B.-F. and C.F.-P.; investigation, J.P.-B., D.B.-F., M.S.-M., J.J.-N., L.R.-M. and S.E.-L.; methodology, J.P.-B., D.B.-F., M.S.-M.; project administration, J.P.-B., M.S.-M.; supervision, J.P.-B., D.B.-F. and M.S.-M.; visualization, J.P.-B., D.B.-F., M.S.-M., J.J.-N., L.R.-M., C.F.-P. and S.E.-L.; writing—original draft, J.P.-B., D.B.-F. and M.S.-M.; writing—review and editing, J.P.-B., D.B.-F., M.S.-M., J.J.-N., L.R.-M., C.F.-P. and S.E.-L. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** The first author received a research grant from the Health Department of the Government of Catalonia, awarded on 2017 under the Research and Innovation Health Strategy Plan (Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut-PERIS) 2016–2020, in the modality of nursing research intensification with reference number SLT006/17/097.

**Acknowledgments:** Ailish Maher translated and revised the manuscript, which has not been previously published elsewhere in any language. We also acknowledge the support provided by statistician Emma Puigoriol-Juventeny from the Epidemiology Unit of the Consorci Hospitalari de Vic. This work has been carried out within the framework of the doctoral programme in Comprehensive Care and Health Services of the University of Vic—Central University of Catalonia.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

## References

1. World Health Organization Suicide Data. Available online: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) (accessed on 21 September 2018).
2. Hagen, J.; Knizek, B.L.; Hjelmeland, H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2017**, *31*, 31–37. [CrossRef]
3. Ghio, L.; Zanelli, E.; Gotelli, S.; Rossi, P.; Natta, W.; Gabrielli, F. Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: A focus groups study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2011**, *18*, 510–518. [CrossRef] [PubMed]
4. Silverman, M.M. The language of suicidology. *Suicide Life Threat. Behav.* **2006**, *36*, 519–532. [CrossRef] [PubMed]



5. Sheehan, D.V.; Giddens, J.M.; Sheehan, K.H. Current Assessment and Classification of Suicidal Phenomena using the FDA 2012 Draft Guidance Document on Suicide Assessment: A Critical Review. *Innov. Clin. Neurosci.* **2014**, *11*, 54–65. [PubMed]
6. Turecki, G.; Brent, D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* **2016**, *387*, 1227–1239. [CrossRef]
7. Fox, K.R.; Millner, A.J.; Mukerji, C.E.; Nock, M.K. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clin. Psychol. Rev.* **2018**, *66*, 3–11. [CrossRef] [PubMed]
8. Milner, A.; Hjelmeland, H.; Arensman, E.; Leo, D. Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociol. Mind* **2013**, *3*, 137–148. [CrossRef]
9. Milner, A.; Page, A.; LaMontagne, A.D. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychol. Med.* **2014**, *44*, 909–917. [CrossRef] [PubMed]
10. Rivera, B.; Casal, B.; Currais, L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur. J. Health Econ.* **2017**, *18*, 83–96. [CrossRef]
11. Oyesanya, M.; Lopez-Morinigo, J.; Dutta, R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J. Psychiatry* **2015**, *5*, 243–254. [CrossRef]
12. Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M.; Coutts, A.; McKee, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* **2009**, *374*, 315–323. [CrossRef]
13. Kazan, D.; Callear, A.L.; Batterham, P.J. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J. Affect. Disord.* **2016**, *190*, 585–598. [CrossRef]
14. Spallek, J.; Reeske, A.; Norredam, M.; Nielsen, S.S.; Lehnhardt, J.; Razum, O. Suicide among immigrants in Europe—A systematic literature review. *Eur. J. Public Health* **2014**, *25*, 63–71. [CrossRef]
15. Chesney, E.; Goodwin, G.M.; Fazel, S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry* **2014**, *13*, 153–160. [CrossRef]
16. Arsenaault-Lapierre, G.; Kim, C.; Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry* **2004**, *4*, 37. [CrossRef]
17. Cho, S.-E.; Na, K.-S.; Cho, S.-J.; Im, J.-S.; Kang, S.-G. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **2016**, *190*, 704–713. [CrossRef]
18. Burón, P.; Jimenez-Trevino, L.; Sáiz, P.A.; García-Portilla, M.P.; Corcoran, P.; Carli, V.; Fekete, S.; Hadlaczky, G.; Hegerl, U.; Michel, K.; et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *J. Affect. Disord.* **2016**, *190*, 704–713. [CrossRef]
19. Carroll, R.; Metcalfe, C.; Gunnell, D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* **2014**, *9*, e89944. [CrossRef]
20. Mendez-Bustos, P.; de Leon-Martinez, V.; Miret, M.; Baca-García, E.; Lopez-Castroman, J. Suicide reattempters: A systematic review. *Harv. Rev. Psychiatry* **2013**, *21*, 281–295. [CrossRef]
21. World Health Organization. *Preventing Suicide. A Global Imperative*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2014.
22. Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Höschl, C.; Barzilay, R.; Balazs, J.; et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* **2016**, *3*, 646–659. [CrossRef]
23. Geulayov, G.; Casey, D.; Bale, L.; Brand, F.; Clements, C.; Farooq, B.; Kapur, N.; Ness, J.; Waters, K.; Tsiachristas, A.; et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: A long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry* **2019**, *6*, 1021–1030. [CrossRef]
24. Joo, J.Y.; Huber, D.L. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *Int. Nurs. Rev.* **2013**, *61*, 14–24. [CrossRef]
25. Murphy, E.; Kapur, N.; Webb, R.; Cooper, J. Risk assessment following self-harm: Comparison of mental health nurses and psychiatrists. *J. Adv. Nurs.* **2010**, *67*, 127–139. [CrossRef]
26. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. The Municipality in Figures. Osona. Available online: <https://www.idescat.cat/emex/?id=24&lang=en> (accessed on 21 September 2018).
27. Jiménez Nuño, J.; Arrufat Nebot, F.X.; Carrera Goula, R.; Gay Pastor, M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: La experiencia de Osona (Barcelona). *Rev. Española Med. Leg.* **2012**, *38*, 131–136. [CrossRef]
28. Bulechek, G.M.; McCloskey, J.C. Nursing interventions classification (NIC). *Medinfo* **1995**, *8*, 1368.

29. Goodfellow, B.; Kölves, K.; de Leo, D. Contemporary Definitions of Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat. Behav.* **2018**, *49*, 488–504. [CrossRef]
30. Crosby, A.E.; Ortega, L.; Melanson, C. *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform definitions and Recommended Data Elements*; Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA, USA, 2011.
31. Haw, C.; Casey, D.; Holmes, J.; Hawton, K. Suicidal Intent and Method of Self-Harm: A Large-scale Study of Self-Harm Patients Presenting to a General Hospital. *Suicide Life Threat. Behav.* **2015**, *45*, 732–746. [CrossRef]
32. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones Según la Causa de Muerte 2013–2016. Available online: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175) (accessed on 22 September 2018).
33. Liotta, M.; Mento, C.; Settineri, S. Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggress. Violent Behav.* **2015**, *21*, 97–109. [CrossRef]
34. Gómez-Durán, E.L.; Forti-Buratti, M.A.; Gutiérrez-López, B.; Belmonte-Ibáñez, A.; Martin-Fumadó, C. Psychiatric disorders in cases of completed suicide in a hospital area in Spain between 2007 and 2010. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* **2016**, *9*, 31–38. [CrossRef]
35. National Statistics Institute. Instituto Nacional de Estadística Instituto Nacional de Estadística. Available online: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=4325&capsel=4326> (accessed on 1 May 2018).
36. Consell comarcal d'Osona Observatori Socioeconòmic d'Osona. Available online: <http://www.observatorisocioeconomicosona.cat/index.php?seccio=flaix> (accessed on 16 May 2016).
37. Kyung-Sook, W.; SangSoo, S.; Sangjin, S.; Young-Jeon, S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc. Sci. Med.* **2018**, *197*, 116–126. [CrossRef]
38. Huang, X.; Ribeiro, J.D.; Musacchio, K.M.; Franklin, J.C. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0180793. [CrossRef]
39. Milner, A.; Witt, K.; LaMontagne, A.D.; Niedhammer, I. Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review. *Occup. Environ. Med.* **2018**, *75*, 245–253. [CrossRef]
40. Stickley, A.; Koyanagi, A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *J. Affect. Disord.* **2016**, *197*, 81–87. [CrossRef]
41. Gvion, Y.; Levi-Belz, Y. Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Front. Psychiatry* **2018**, *9*, 1–17. [CrossRef]
42. Conner, K.R.; Bridge, J.A.; Davidson, D.J.; Pilcher, C.; Brent, D.A. Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide Life Threat. Behav.* **2017**, *49*, 278–292. [CrossRef]
43. Bentley, K.H.; Franklin, J.C.; Ribeiro, J.D.; Kleiman, E.M.; Fox, K.R.; Nock, M.K. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* **2016**, *43*, 30–46. [CrossRef]
44. Darvishi, N.; Farhadi, M.; Haghtalab, T.; Poorolajal, J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0126870. [CrossRef]
45. Poorolajal, J.; Haghtalab, T.; Farhadi, M.; Darvishi, N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *J. Public Health* **2016**, *38*, e282–e291. [CrossRef]
46. Bostwick, J.M.; Pabbati, C.; Geske, J.R.; McKean, A.J. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am. J. Psychiatry* **2016**, *173*, 1094–1100. [CrossRef]
47. Mallon, S.; Rosato, M.; Galway, K.; Hughes, L.; Rondon-Sulbaran, J.; McConkey, S.; Leavey, G. Patterns of presentation for attempted suicide: Analysis of a cohort of individuals who subsequently died by suicide. *Suicide Life Threat. Behav.* **2015**, *45*, 335–344. [CrossRef]
48. Hunter, J.; Maunder, R.; Kurdyak, P.; Wilton, A.S.; Gruneir, A.; Vigod, S. Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. *Psychiatry Res.* **2018**, *259*, 333–339. [CrossRef] [PubMed]
49. Costemale-Lacoste, J.-F.; Balaguer, E.; Boniface, B.; Ivascu, E.-B.; Bernardini, C.; Metton, J.-P.; Bouhlal, A.; Ghanem, T.; Corruble, E.; Hardy, P.; et al. Outpatient treatment engagement after suicidal attempt: A multisite prospective study. *Psychiatry Res.* **2017**, *258*, 21–23. [CrossRef] [PubMed]
50. Mackenzie, C.S.; Visperas, A.; Ogrodniczuk, J.S.; Oliffe, J.L.; Nurmi, M.A. Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma Health* **2019**, *4*, 233. [CrossRef]

51. Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; Maggioni, F.; Evans-Lacko, S.; Bezborodovs, N.; Morgan, C.; Rüsch, N.; Brown, J.S.; Thornicroft, G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol. Med.* **2015**, *45*, 11–27. [[CrossRef](#)]
52. Owens, D.; Horrocks, J.; House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br. J. Psychiatry* **2002**, *181*, 193–199. [[CrossRef](#)]
53. Parra-Urbe, I.; Blasco-Fontecilla, H.; Garcia-Parés, G.; Martínez-Naval, L.; Valero-Coppin, O.; Cebrià-Meca, A.; Oquendo, M.A.; Palao-Vidal, D. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* **2017**, *17*, 1–11. [[CrossRef](#)]
54. Irigoyen, M.; Segovia, A.P.; Galván, L.; Puigdevall, M.; Giner, L.; De Leon, S.; Baca-García, E. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J. Affect. Disord.* **2019**, *247*, 20–28. [[CrossRef](#)]
55. Carroll, R.; Metcalfe, C.; Gunnell, D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **2014**, *168*, 476–483. [[CrossRef](#)]

**Publisher’s Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).