
La conducta suïcida a Barcelona

20
24

CSB Consorci Sanitari de Barcelona

 Agència de Salut Pública



La Salut en xifres

La conducta suïcida a Barcelona

©2026 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats.

<https://www.aspb.cat/>

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona, 9 de setembre de 2026

Aquesta publicació està sota una llicència Creative Commons

Reconeixement – No Comercial – No Derivades (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



La Conducta Suïcida a Barcelona, 2024

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i regidora de Salut, persones amb discapacitat i estratègia contra la soledat

Marta Villanueva Cendán

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Ramon Villalbí i Hereter

Responsables de l'Informe

Mònica Cortés-Albaladejo; Maria José López Medina

Autories

Mònica Cortés Albaladejo^{1,2}; Gemma Serral Cano^{1,2,3}; Celia Sánchez Del Baño¹; Esther Sánchez Ledesma^{1,2,3}; Ferran Martínez Botías⁴, Jordi Quílez Jover⁴, Maria José López Medina,^{1,2,3,5} Lucía Artazcoz,^{1,2,3}

Col·laboradors/es

Eneko Barberia Marcalain⁶; Alexandre Xifró Collsamata⁶ Pablo Gustavo Notti Saint Jean

Agraïments

Volem agrair al Servei Català de la Salut així com a l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, la col·laboració en la realització d'aquest informe

Cita recomanada

Cortés-Albaladejo M, Serral G, Sánchez-Del Baño C, Sánchez-Ledesma E, Martínez-Botías F, Quílez J, López MJ Artazcoz L. La conducta suïcida a Barcelona, 2024. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2026.

1 Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), Pl. Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain

2 Institut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Sant Quintí 77-79, 08041 Barcelona, Spain

3 Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

4 Servei Català de la Salut. Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Olímpia, 08028, Barcelona

5 Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR), Passeig de Lluís Companys 23, 08010 Barcelona, Spain

6 Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya. Gran Via de les Corts Catalanes, 111. Edifici G, 6ª Planta, 08075, Barcelona.

Índex

Índex	4
Resum Executiu	6
Resumen ejecutivo	8
Executive summary	10
Introducció	12
La conducta suïcida arreu del món	12
Marc conceptual de la conducta suïcida	13
Objectius	19
Metodologia	20
La conducta suïcida a Barcelona	22
Descripció general	22
La conducta suïcida segons l'edat i sexe	25
Característiques dels episodis d'ideació i temptativa suïcida	27
Mecanismes emprats en temptatives i en suïcidis	28
La conducta suïcida segons el nivell socioeconòmic i la nacionalitat de la persona	29
Distribució de la conducta suïcida per Àrees Bàsiques de Salut	32
La conducta suïcida a Barcelona, Catalunya i l'Estat Espanyol	34
Conclusions i recomanacions	36
Conclusions	36
Bibliografia	39

Resum Executiu

La conducta suïcida és un important problema de salut pública, que engloba tant les ideacions i les temptatives suïcides, com la mortalitat per suïcidi.

Objectius

Descriure les ideacions, les temptatives i els suïcidis a Barcelona: (1) analitzant la distribució segons les variables sociodemogràfiques disponibles; (2) estudiant l'evolució temporal; i (3) comparant la conducta suïcida de Barcelona amb Catalunya i l'Estat espanyol.

Mètodes

Estudi descriptiu i de tendències dels episodis d'ideació i temptativa (segons ús de mecanisme emprat) atesos a l'atenció sanitària pel període 2017-2024; i de les morts per suïcidi en persones residents a Barcelona pel període 2012-2023. La font de dades de les ideacions i temptatives va ser el Registre Codi Risc Suïcidi (CRS) del Servei Català de la Salut, i de les defuncions per suïcidi el Registre de mortalitat de Barcelona i l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC). La conducta suïcida es va estratificar d'acord amb els eixos de desigualtats disponibles segons la font: sexe, edat, nivell socioeconòmic ecològic, nacionalitat administrativa i Àrea Bàsica de Salut (ABS).

Resultats principals

L'any 2024 es van registrar 1.128 episodis d'ideació i 860 de temptativa suïcida en residents a Barcelona. Ambdues conductes van ser més freqüents en dones i en persones joves, i van augmentar clarament a partir de 2021, sobretot en menors de 30 anys. Tot i una reducció o estabilització posterior en alguns grups, les taxes de 2024 continuen per sobre dels nivells previs a la pandèmia. En canvi, les taxes de mortalitat per suïcidi es van mantenir relativament estables durant el període analitzat. L'any 2023 van morir per suïcidi 117 persones residents a Barcelona. Els suïcidis són més freqüents en homes i persones de més edat. En ideacions i temptatives, l'any 2024, els esdeveniments vitals estressants i la desesperança van ser factors de risc molt freqüents; en les temptatives destacaven també la impulsivitat-agressivitat i el consum d'alcohol i altres drogues, especialment en homes. La majoria de temptatives es van produir per emmetzinament, mentre que en els suïcidis van predominar la precipitació i el penjament. Les taxes d'ideació i temptativa van ser més baixes en els grups de nivell socioeconòmic alt, i territorialment destacaven taxes elevades a Sants-Montjuïc i Nou Barris. Barcelona presenta més ideacions registrades que Catalunya, temptatives similars a partir de

2020 i, en homes, taxes de suïcidi generalment inferiors a Catalunya i a l'Estat espanyol.

Conclusions i recomanacions

La prevenció ha de diferenciar ideació, temptativa i suïcidi, combinant estratègies universals, selectives i indicades. Cal reforçar la detecció i l'acompanyament en adolescents, joves i dones; millorar la identificació del risc en persones grans; i intensificar el seguiment després de temptatives, sobretot quan hi ha recurrència, consum de substàncies o impulsivitat. Les actuacions han d'incorporar la perspectiva de gènere, edat, nivell socioeconòmic, origen i territori, prioritzant els barris i grups amb més risc. També són necessàries mesures estructurals sobre renda, habitatge, ocupació, cures, violències, alcohol i accés equitatiu a salut mental, així com la restricció de mitjans letals adaptada al context local. Finalment, es recomana consolidar sistemes de vigilància integrats, amb variables socials i anàlisi per eixos de desigualtat, i avaluar l'efectivitat real de les intervencions preventives.

Resumen ejecutivo

La conducta suicida es un importante problema de salud pública, que engloba tanto las ideaciones y las tentativas suicidas como la mortalidad por suicidio.

Objetivos

Describir las ideaciones, las tentativas y los suicidios en Barcelona: (1) analizando la distribución según las variables sociodemográficas disponibles; (2) estudiando la evolución temporal; y (3) comparando la conducta suicida de Barcelona con Cataluña y el Estado español.

Métodos

Estudio descriptivo y de tendencias de los episodios de ideación y tentativa (según el uso de mecanismo empleado) atendidos en la atención sanitaria durante el período 2017-2024; y de las muertes por suicidio en personas residentes en Barcelona durante el período 2012-2023. La fuente de datos de las ideaciones y tentativas fue el Registro Código Riesgo Suicidio (CRS) del Servei Català de la Salut, y la de las defunciones por suicidio fue el Registro de Mortalidad de Barcelona y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña (IMLCFC). La conducta suicida se estratificó de acuerdo con los ejes de desigualdad disponibles según la fuente: sexo, edad, nivel socioeconómico ecológico, nacionalidad administrativa y Área Básica de Salud (ABS).

Resultados principales

En 2024 se registraron 1.128 episodios de ideación y 860 de tentativa suicida en residentes en Barcelona. Ambas conductas fueron más frecuentes en mujeres y en personas jóvenes, y aumentaron claramente a partir de 2021, sobre todo en menores de 30 años. Aunque se observó una reducción o estabilización posterior en algunos grupos, las tasas de 2024 continúan por encima de los niveles previos a la pandemia. En cambio, las tasas de mortalidad por suicidio se mantuvieron relativamente estables durante el período analizado. En 2023 murieron por suicidio 117 personas residentes en Barcelona. Los suicidios son más frecuentes en hombres y personas de mayor edad. En ideaciones y tentativas, en 2024, los acontecimientos vitales estresantes y la desesperanza fueron factores de riesgo muy frecuentes; en las tentativas destacaban también la impulsividad-agresividad y el consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en hombres. La mayoría de tentativas se produjeron por envenenamiento, mientras que en los suicidios predominaron la precipitación y el ahorcamiento. Las tasas de ideación y tentativa fueron más bajas en los grupos de nivel socioeconómico alto, y territorialmente

destacaban tasas elevadas en Sants-Montjuïc y Nou Barris. Barcelona presenta más ideaciones registradas que Cataluña, tentativas similares a partir de 2020 y, en hombres, tasas de suicidio generalmente inferiores a Cataluña y al Estado español.

Conclusiones y recomendaciones

La prevención debe diferenciar ideación, tentativa y suicidio, combinando estrategias universales, selectivas e indicadas. Es necesario reforzar la detección y el acompañamiento en adolescentes, jóvenes y mujeres; mejorar la identificación del riesgo en personas mayores; e intensificar el seguimiento tras las tentativas, especialmente cuando existe recurrencia, consumo de sustancias o impulsividad. Las actuaciones deben incorporar la perspectiva de género, edad, nivel socioeconómico, origen y territorio, priorizando los barrios y grupos con mayor riesgo. También son necesarias medidas estructurales sobre renta, vivienda, empleo, cuidados, violencias, alcohol y acceso equitativo a la salud mental, así como la restricción de medios letales adaptada al contexto local. Finalmente, se recomienda consolidar sistemas de vigilancia integrados, con variables sociales y análisis por ejes de desigualdad, y evaluar la efectividad real de las intervenciones preventivas.

Executive summary

Suicidal behaviour is a major public health issue that encompasses suicidal ideation and suicide attempts, as well as suicide mortality.

Objectives

To describe suicidal ideation, suicide attempts and suicides in Barcelona by: (1) analysing their distribution according to the available sociodemographic variables; (2) studying temporal trends; and (3) comparing suicidal behaviour in Barcelona with Catalonia and Spain.

Methods

A descriptive and trend study was conducted of episodes of suicidal ideation and suicide attempts (according to the mechanism used) attended by health services during the period 2017-2024, and of suicide deaths among residents of Barcelona during the period 2012-2023. Data on ideation and attempts came from the Suicide Risk Code Register (CRS) of the Catalan Health Service, while data on suicide deaths came from the Barcelona Mortality Register and the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Catalonia (IMLCFC). Suicidal behaviour was stratified according to the available axes of inequality in each data source: sex, age, area-level socioeconomic status, administrative nationality and Primary Care Area (ABS).

Main results

In 2024, 1,128 episodes of suicidal ideation and 860 suicide attempts were recorded among residents of Barcelona. Both behaviours were more frequent among women and young people, and increased markedly from 2021 onwards, especially among people under 30 years of age. Despite a subsequent reduction or stabilisation in some groups, 2024 rates remain above pre-pandemic levels. By contrast, suicide mortality rates remained relatively stable throughout the period analysed. In 2023, 117 residents of Barcelona died by suicide. Suicides are more frequent among men and older people. In 2024, among episodes of ideation and attempts, stressful life events and hopelessness were very common risk factors; among attempts, impulsivity-aggressiveness and alcohol and other drug use also stood out, especially among men. Most attempts occurred through poisoning, whereas jumping from a height and hanging predominated among suicides. Ideation and attempt rates were lower in groups with high socioeconomic status, while territorially high rates stood out in Sants-Montjuïc and Nou Barris. Barcelona has more registered ideation than Catalonia, similar attempt rates from 2020 onwards and, among men, suicide rates generally lower than those of Catalonia and Spain.

Conclusions and recommendations

Prevention should distinguish between ideation, attempts and suicide, combining universal, selective and indicated strategies. Detection and support should be strengthened among adolescents, young people and women; risk identification should be improved among older people; and follow-up after attempts should be intensified, especially when there is recurrence, substance use or impulsivity. Actions should incorporate the perspectives of gender, age, socioeconomic status, origin and territory, prioritising neighbourhoods and groups at higher risk. Structural measures are also needed in relation to income, housing, employment, care, violence, alcohol and equitable access to mental health, as well as restriction of lethal means adapted to the local context. Finally, it is recommended to consolidate integrated surveillance systems, including social variables and analyses by axes of inequality, and to evaluate the real effectiveness of preventive interventions.

Introducció

La conducta suïcida arreu del món

La conducta suïcida és una causa important de mortalitat i discapacitat. L'any 2021, prop de 746.000 persones van morir per suïcidi, suposant una taxa global estandarditzada de 9,0 persones per 100.000 habitants (5,4 i 12,8 per 100.000 dones i homes respectivament) ¹. Malgrat diferències territorials inter i entre països, s'observa una major incidència en els països de renda mitja-baixa i suposa el 73% del total de defuncions per suïcidi al món ².

A l'Estat espanyol, l'any 2024 es van produir 3.953 suïcidis (8,1 per 100.000), 2.902 dels quals entre homes, suposant una mitjana de gairebé 11 suïcidis diaris³.

D'acord amb l'INE, l'any 2025, a l'estat, la mortalitat per suïcidi doblava la mortalitat per col·lisions de trànsit.

Degut a una escassetat de sistemes de vigilància, es disposa de menys informació sobre la ideació i la temptativa de suïcidi. Existeixen dos tipus d'aproximacions per mesurar-ne la prevalença: des d'una perspectiva poblacional, mitjançant enquestes; i a partir de les dades d'assistència sanitària. Un estudi multicèntric, en població adulta, va trobar unes prevalences de 9,2% per a les ideacions, que si estaven planificades (ideacions actives) eren del 3,1%, i una freqüència de 2,7% per a les temptatives ⁴. Una revisió sistemàtica va mostrar que la ideació suïcida arribava al 12,1% en el període de la pandèmia de la COVID-19 ⁵, augment que s'ha associat a l'empitjorament de problemes com la depressió i l'ansietat, i en les relacions socials, com la percepció de suport social o la desvinculació de les xarxes socials ⁶.

Utilitzant dades de l'assistència sanitària de l'any 2021 a Espanya, un estudi va trobar que 44,7 de cada 100.000 persones ateses a l'atenció primària ho eren per temptativa suïcida ⁷.

Marc conceptual de la conducta suïcida

Què entenem per conducta suïcida?

Les darreres dècades de recerca en conducta suïcida han estat marcades per un ús vague o inconsistent dels termes i les definicions de la conducta suïcida, cosa que ha dificultat el progrés de la recerca en aquest camp ⁸.

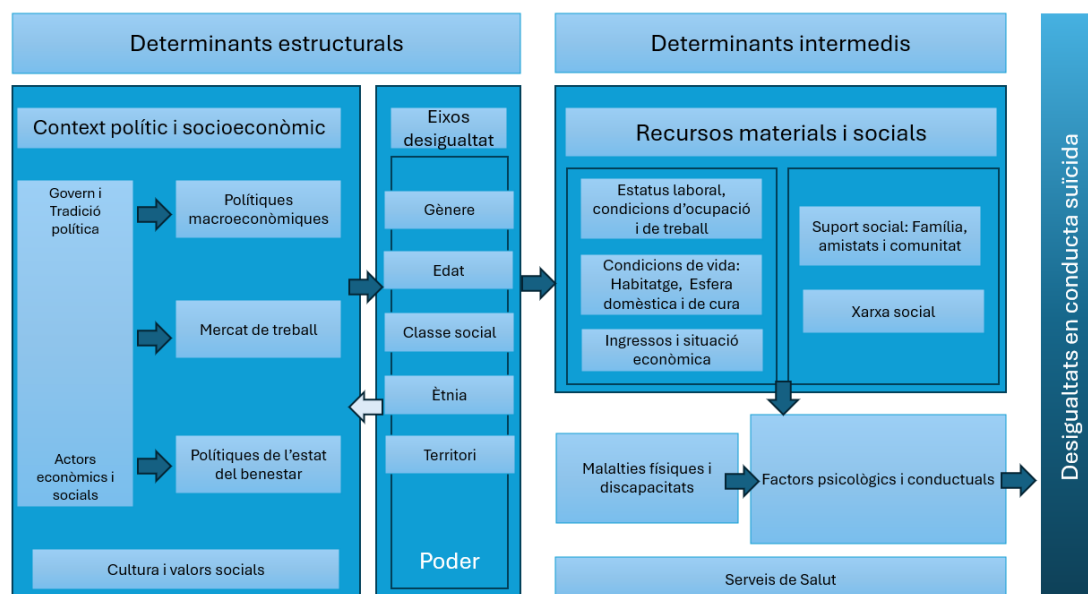
Aquest informe adopta la definició proposada pels Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ⁹ que defineix la conducta suïcida com aquelles violències autoinfligides amb la intenció de morir. Poden incloure **ideacions** que van des del desig de morir (ideació passiva) fins a una planificació exhaustiva de com portar a terme el suïcidi (ideació activa); **temptatives**, és a dir, accions emprades per la persona amb la intenció de morir que són interrompudes per la mateixa persona o per d'altres; i **suïcidi**, defunció com a conseqüència d'una violència autoinfligida amb la intenció de morir ⁸.

Model de les desigualtats socials en la conducta suïcida

La conducta suïcida inclou un conjunt de manifestacions: ideació, temptativa i suïcidi, que s'expressen de manera desigual entre grups socials. Com passa amb altres problemes de salut, aquestes desigualtats no depenen només de factors individuals, sinó també de les condicions socials, econòmiques, polítiques i culturals en què les persones neixen, viuen, treballen, es relacionen i envelleixen. Aquest model adapta el marc de desigualtats socials en salut de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010) a l'anàlisi de la conducta suïcida. ¹⁰.

El punt de partida són els determinants estructurals que defineixen la distribució del poder, els recursos i les oportunitats. A través dels eixos de desigualtat com: el gènere, l'edat, la classe social, l'ètnia o el territori, aquests determinants configuren posicions socials diferenciades i exposicions desiguals a factors de risc i de protecció.

Els determinants estructurals incideixen, alhora, en els determinants intermedis: les condicions materials de vida i treball, la disponibilitat de suport i xarxa social, la presència de malalties físiques o discapacitats, factors psicològics i conductuals i, en menor mesura, l'accés als serveis de salut. Aquests elements condicionen la salut i la capacitat d'afrontar esdeveniments vitals estressants, així com l'acumulació d'aquests al llarg de la vida. Quan els recursos per fer-hi front són insuficients o quan es distribueixen de manera injusta, poden generar-se desigualtats en la conducta suïcida (Figura 1).

Figura 1. Model dels determinants de les desigualtats socials en conducta suïcida.

Font: Elaboració pròpia a partir model de desigualtats socials en salut de la *Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2010

Determinants estructurals

Els determinants estructurals es componen del context polític i socioeconòmic, definit per les macropolítiques, el mercat de treball i les polítiques de l'estat del benestar, imbuïdes de la cultura i els valors socials.

Les **polítiques macroeconòmiques** i fiscals, el mercat de treball, l'accés a habitatges incideixen directament en les condicions de vida de la població. Alhora, la precarietat laboral i la inseguretat econòmica incrementen les dificultats per accedir o mantenir l'habitatge i poden debilitar la xarxa social, cosa que redueix la capacitat de resposta davant situacions de crisi. Les polítiques de benestar com: l'assegurança d'atur, les pensions, els serveis socials, l'atenció sanitària i de salut mental o les polítiques de cures, poden actuar com a mecanismes de protecció davant riscos vitals.

Algunes polítiques tenen una relació especialment directa amb la conducta suïcida. La regulació a l'accés a mitjans letals ha demostrat una reducció dels suïcidis. Inclouen mesures adreçades l'accés a armes de foc, pesticides, verins i barreres físiques per impedir la precipitació des de llocs elevats ¹¹⁻¹⁷ L'evidència disponible no indica un augment compensatori de suïcidis per altres mitjans després d'aquestes regulacions ^{15,16}. També s'han observat efectes preventius en polítiques orientades a reduir el consum problemàtic d'alcohol, com l'increment del preu o la restricció de l'accés a menors ¹⁸.

La **cultura i els valors socials** influeixen en la manera com s'expressa el patiment, en la cerca d'ajuda i en el significat atribuït al suïcidi. Els **guions culturals**, sovint relacionats amb les estructures de poder en relació al gènere, defineixen quins pensaments i comportament suïcides són socialment i culturalment acceptables per a dones i homes. La masculinitat tradicional s'associa a una menor expressió emocional i cerca d'ajut, fet que pot endarrerir la detecció i afavorir intents més letals. Per contra, les dones acostumen a disposar de xarxes socials de suport més àmplies i d'una major expressió del malestar, però també poden estar exposades a sobrecàrrega emocional i de cures, així com expectatives socials de sacrifici, que incrementen el risc d'ideació ¹⁹.

Finalment, el significat social atribuït al suïcidi varia segons el context cultural. Quan es considera una sortida comprensible o honorable davant el dolor, la malaltia o el fracàs, s'observa una mortalitat més elevada i una menor cerca d'ajut ^{20,21}. En canvi, en entorns on és moralment condemnat o tabú, poden ser més freqüents les temptatives de baixa letalitat com a expressió de patiment o demanda de suport ²². En definitiva, els guions culturals defineixen quines persones, per quins motius i amb quins mètodes poden dur a terme el diferents tipus de conducta suïcida ²³, suposant una tolerància cultural que pot variar, per exemple, segons l'edat (persones grans), davant malalties greus o incapacitants, o limitar l'ús de mètodes menys letals a les dones ^{21,24,25}. La **religió** redueix el risc de suïcidi, proporciona creences que poden reduir el patiment per situacions adverses, però no hi ha evidència si actua directament sobre el risc o indirectament reduint depressió, ansietat, desesperança i el consum d'alcohol i d'altres substàncies ²⁶.

Els **eixos de desigualtat** concreten aquestes relacions de poder. El gènere, l'edat, la classe social, l'ètnia, el territori, l'orientació sexual, la identitat de gènere o la situació administrativa poden exposar les persones a discriminació, violència, pobresa o menor accés als recursos. S'ha descrit una major prevalença de conducta suïcida en grups ètnics marginats, persones LGTBIQ+ i dones que pateixen violència masclista ²⁷⁻³¹.

En la conducta suïcida s'observen diferències clares per **sexe i edat**. D'acord amb Nock et al. ³², les ideacions i temptatives eren més freqüents en dones i persones de menor edat, mentre es donava un major nombre de suïcidis entre els homes i en persones de major edat. Aquest fenomen es repeteix als països WEIRD "*Western Educated Industrialized Rich & Democratic*"³³. Tanmateix, les diferències entre dones i homes s'esvaïen a països com la Índia, Xina o Corea³². S'ha descrit com en contextos de discriminació institucional contra les dones, i en països de renda mitja-baixa, les taxes femenines són més altes que en països de renda alta ³⁴. Alhora, en societats on les dones tenen més accés a l'esfera pública i els homes participen més en les cures, les diferències de gènere en el suïcidi tendeixen a igualar-se i, fins i tot, les taxes globals poden disminuir. El treball de cures, doncs,

pot actuar com a factor protector en els homes, reduint la taxa de suïcidi i moderant l'impacte de l'atur³⁵.

L'**ètnia** està relacionada amb els valors culturals que conformen els guions sobre la conducta suïcida. Diferents estudis destaquen una gran heterogeneïtat en conducta suïcida en funció de les diferents ètnies^{29,36}.

Finalment, el **territori** proper a on viuen les persones influeix els recursos, la xarxa social i l'entorn que aquestes experimenten.

Determinants intermedis

Els determinants intermedis són les condicions més properes a la vida quotidiana. En aquest model s'agrupen en recursos materials i socials, malalties físiques i discapacitats, factors psicològics i conductuals, i serveis de salut. Aquests factors no actuen de forma aïllada: sovint s'acumulen i s'interseccionen al llarg del curs de vida.

Entre els **recursos materials**, destaquen l'ocupació, les condicions de treball, l'habitatge, l'esfera domèstica i de cura, els ingressos i la situació econòmica.

L'**atur**, especialment quan és de llarga durada, s'associa a més risc de suïcidi³⁷. Les jornades laborals molt llargues (55 i més hores setmanals), el treball per torns, el baix control sobre la feina, l'escàs suport laboral, la violència al lloc de treball i la inseguretat laboral també s'han associat a més conducta suïcida³⁸⁻⁴¹. La **jubilació**, per contra mostra un efecte protector de la conducta suïcida i la salut mental que comença a esvaïr-se passats 10 anys⁴².

Les **condicions d'habitatge** són un altre eix rellevant. Les dificultats per pagar el lloguer, l'endeutament, la precarietat residencial, els desnonaments i el sensellarisme s'han associat a més ideació, temptatives o taxes de suïcidi⁴³⁻⁴⁸. La **pobresa** també es relaciona amb la conducta suïcida, tot i que la seva mesura varia segons els estudis; els ingressos de la llar semblen mostrar una associació més directa que alguns indicadors ecològics⁴⁹⁻⁵¹.

Els **recursos socials** tenen un paper protector important. El **suport social** fa referència al fet de sentir-se cuidat, estimat, valorat i integrat en una xarxa d'obligacions mútues⁵². L'evidència mostra una relació inversa entre suport social i conducta suïcida en infants, adolescents, persones grans i col·lectius en situació de vulnerabilitat⁵³⁻⁵⁷. Tant el suport emocional com l'instrumental poden ser protectors, però el segon -l'ajuda pràctica en la vida quotidiana- pot tenir un efecte especialment rellevant^{58,59}.

La **Xarxa social**, per la seva banda, es refereix a l'estructura de relacions socials d'una persona, incloent el nombre, tipus i interconnexió dels vincles amb altres persones o grups⁵⁸. Quan aquests vincles es veuen interromputs o són inexistents, es parla d'aïllament social, fortament associat a més conducta suïcida⁶⁰; i pren una especial rellevància entre les persones grans i les més joves; les

minories ètniques, el col·lectius LGTBIQ+, les persones en atur o les privades de llibertat ⁵⁷

La **malaltia i la discapacitat** estan fortament influenciades pels determinants estructurals i intermedis. Les malalties físiques incapacitants, el dolor crònic i les situacions que generen patiment o pèrdua d'autonomia s'han associat amb ideació, temptatives i suïcidis en diferents etapes de la vida ⁶¹⁻⁶³. Aquest efecte pot estar mediat per la limitació funcional, la dependència, la pèrdua de rols socials, l'aïllament o la percepció de ser una càrrega per als altres.

Els **factors psicològics i conductuals** inclouen els problemes de salut mental, condicions del neurodesenvolupament o determinats trets psicològics i el consum d'alcohol i d'altres substàncies. La depressió, els trastorns mentals greus, les experiències psicòtiques i els trastorns de personalitat s'han associat a més risc de suïcidi i conducta suïcida, així com a repeticions de temptatives, en diferents etapes de la vida ⁶⁴⁻⁶⁸. S'ha observat més risc de conducta suïcida en persones autistes tant en estudis clínics com poblacionals ^{69,70}.

La **impulsivitat i l'agressivitat**, definides com la cerca de sensacions, la desinhibició conductual, preferir petites recompenses immediates respecte grans recompenses a llarg termini, i a qualsevol conducta que tracti de fer mal a d'altres persones, per ⁷¹, s'associen moderadament tant a pensaments com a conductes suïcides.

Altres factors associats a la ideació suïcida serien la **sensació de no pertinença** i de **sentir-se una càrrega** per als altres ⁷², així com percebre's sense sortida en situacions d'humiliació i fracàs; una baixa capacitat d'afrontament i resolució de problemes ⁷³, i la combinació de **patiment i desesperança** ⁷⁴. La **capacitat suïcida**, però, s'ha associat específicament a la temptativa suïcida. Fa referència a l'habilitat de superar la por inherent a infligir-se un mal letal. Aquesta capacitat pot ser adquirida per determinades experiències vitals, innata, per trets temperamentals o factors biològics, o pràctica, vinculada a l'adquisició de coneixements i l'accés a mitjans letals i que pot canviar ràpidament ⁷⁴

El **consum problemàtic d'alcohol i altres substàncies** s'ha associat a més mortalitat per suïcidi, especialment en dones, i pot facilitar el pas de la ideació a la temptativa per l'augment de la impulsivitat i la reducció de la capacitat de judici. Fins a un terç dels suïcidis i prop del 40% de les temptatives s'han relacionat amb consum previ d'alcohol o drogues ⁷⁵⁻⁷⁷. Entre els homes predomina un patró crònic de consum de substàncies i de solitud, mentre que en les dones és més freqüent un ús reactiu, vinculat a conflictes interpersonals o situacions d'estrès. El consum d'alcohol i d'altres substàncies també s'ha relacionat amb una major letalitat dels intents i amb repeticions més freqüents en persones amb patologia mental prèvia ⁷⁸. Les **temptatives prèvies** són un dels predictors més importants de noves temptatives i de suïcidi, especialment en homes, persones grans i persones amb malalties físiques o trastorns mentals ⁷⁹.

Finalment, els **serveis sanitaris** suposen una oportunitat per a la prevenció de la conducta suïcida: 1) en la detecció del risc, ja que s'ha observat una alta freqüència de contactes previs amb serveis de salut abans del suïcidi ⁸⁰, 2) en l'atenció aguda en episodis d'ideació i temptativa suïcida, i 3) en l'acompanyament després de l'alta, ja que un contacte actiu i seguiment poden reduir la repetició de temptatives ^{81,82}.

Objectius

Descriure la conducta suïcida (ideació, temptativa i suïcidi) entre les persones residents a la ciutat de Barcelona

- Analitzar la conducta suïcida segons el sexe, l'edat, el nivell socioeconòmic, la nacionalitat i l'Àrea Bàsica de Salut (ABS).
- Analitzar l'evolució temporal de la conducta suïcida per al període 2017-2024 en el cas dels episodis d'ideació i temptativa suïcida i 2012-2023 en el cas de les defuncions per suïcidi.
- Comparar els suïcidis en persones residents a Barcelona amb els de Catalunya i l'Estat espanyol.

Metodologia

Per a la realització d'aquest informe s'han utilitzat dades del CRS del Servei Català de la Salut, de l'IMLCFC, i del Registre de Mortalitat de Barcelona.

El CRS és un protocol d'actuacions assistencials i preventives de la conducta suïcida que el Departament de Salut de la Generalitat va engegar l'any 2014 i que dona cobertura total per a Catalunya des de l'any 2016. Té l'objectiu de detectar precoçment persones amb risc de cometre suïcidi o que han fet una temptativa, per a proporcionar-los atenció urgent i un seguiment preventiu continuat. El Registre Codi Risc Suïcida recull informació sobre les persones, el risc de suïcidi, i els episodis d'ideacions i temptatives suïcides ateses a l'assistència sanitària.

Tanmateix, cal considerar que el registre pot infrarepresentar les temptatives i, sobretot, les ideacions suïcides, bé perquè aquests no arribin al sistema sanitari, bé per la sol·licitud explícita d'algunes persones de que la informació no consti al registre ni a la història clínica, o per un subregistre, especialment dels episodis de menor gravetat o que no són activats al codi CRS ³².

IL'IMLCFC disposa de les dades de les morts violentes produïdes a Catalunya, cosa que permet recollir informació sobre les morts per suïcidi a la ciutat de Barcelona. El Registre de mortalitat de Barcelona, gestionat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, inclou informació de les morts ocorregudes en persones residents a la ciutat. S'alimenta d'informació procedent del Registre de mortalitat de Catalunya, que anualment proveeix informació sobre les morts de la població de Barcelona, incloent informació de la causa bàsica de mort codificada amb la classificació internacional de Malalties (CIM-10) i de forma independent al lloc de defunció. Aquesta informació es contrasta i completa amb les dades procedents de l'IMLCFC.

Les definicions operatives emprades en aquest informe per a la conducta suïcida són:

Ideacions. Episodis atesos pel CRS en què no s'ha emprat cap mecanisme per temptar contra la pròpia vida, entre les persones inscrites al Registre Central de persones Assegurades i residents a Barcelona.

Temptatives. Episodis atesos pel CRS en què s'ha emprat algun tipus de mecanisme per temptar contra la pròpia vida entre les persones inscrites al Registre Central de persones Assegurades i residents a Barcelona.

Suïcidi. Aquelles defuncions amb codis de defunció bàsica de X60 a X84, entre les persones residents a Barcelona, independentment del lloc on s'ha produït la defunció.

Per al càlcul del nivell socioeconòmic, en el cas de les dades provinents del Registre CRS s'ha utilitzat l'Índex socioeconòmic territorial de l'ABS de residència de la persona, calculat per l'Agència de Qualitat i avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS) per a l'any 2020. Per a les dades de mortalitat s'ha utilitzat la renda neta personal de la secció censal de residència calculada per l'INE per a l'any 2022.

Els episodis d'ideacions i temptatives suïcides per al període 2017-2024 van avaluar el risc de suïcidi mitjançant l'escala MINI, que inclou 6 preguntes, i atorga un nivell de risc segons el següent criteri:

Baix, en cas afirmatiu a: Desig de morir o Voler fer-se mal o Temptativa algun cop a la vida

Mitjà, en cas afirmatiu a: Pensar en el suïcidi o Voler fer-se mal i a haver portat a terme una temptativa algun cop a la vida

Alt, en cas afirmatiu a: Planificació o temptativa en el darrer mes o pensar en el suïcidi, i haver portat a terme una temptativa algun cop a la vida

També es registra si la persona de l'episodi d'ideació o de temptativa suïcida presenta els següents factors de risc, segons l'avaluació psiquiàtrica a urgències: accés a mitjans letals, antecedents familiars de suïcidi, consum d'alcohol, consum d'altres substàncies, malaltia greu-discapacitant, viure sola, trastorn mental, impulsivitat-agressivitat, aïllament o problemes socials, desesperança i estar vivint esdeveniments vitals estressants.

La conducta suïcida a Barcelona

A continuació es mostren els resultats referits a les ideacions i temptatives suïcides registrades en persones residents a Barcelona pels serveis d'urgències hospitalàries i declarades al registre CRS del Servei Català de la Salut, entre els anys 2018 i 2024. L'extracció de dades es va portar a terme el dia 20 de febrer de 2024 per a les dades referides al període 2017-2023; i el 10 de març de 2025 per a les dades referides a l'any 2024. També es descriuen els resultats de mortalitat per suïcidi que provenen del Registre de mortalitat de Barcelona.

En primer lloc es mostrarà una descripció general de la conducta suïcida, i després s'aprofundirà en cadascuna d'elles: Ideacions, temptatives i suïcidis.

Descripció general

L'any 2024 el registre del CRS va registrar 1.128 episodis d'ideació suïcida i 860 episodis de temptativa suïcida entre les persones residents a Barcelona que van tenir contacte amb el sistema sanitari per aquest motiu. Com es pot observar a la Taula 1, aquests episodis van ser més nombrosos entre les dones per a tot el període i van augmentar molt a partir de l'any 2021.

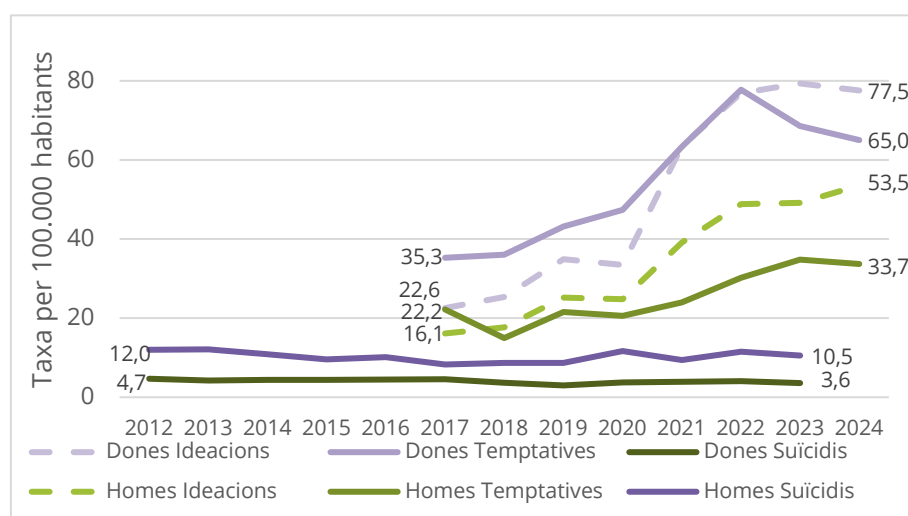
L'any 2023, 117 persones residents a Barcelona van perdre la vida per suïcidi, 11 de les quals fora de la ciutat de Barcelona. Per a tot el període els suïcidis van ser més freqüents en homes (Taula 1).

Taula 1. Nombre d'episodis d'ideació i de temptativa suïcida i defuncions per suïcidi en persones residents a Barcelona, segons sexe

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ideació	Dones	196	223	313	293	556	671	715	690
	Homes	139	148	214	203	314	384	405	438
Temptativa	Dones	299	320	387	410	555	678	627	584
	Homes	179	125	190	177	191	254	289	276
Suïcidi	Dones	39	32	26	33	34	35	32	-
	Homes	63	68	68	91	74	90	85	-

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre de mortalitat de Barcelona, 2017-2023; i del Registre Codis Risc Suïcidi del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades 2018-2023 el 20 de febrer de 2024; Extracció de dades 2024 el 10 de març de 2025)

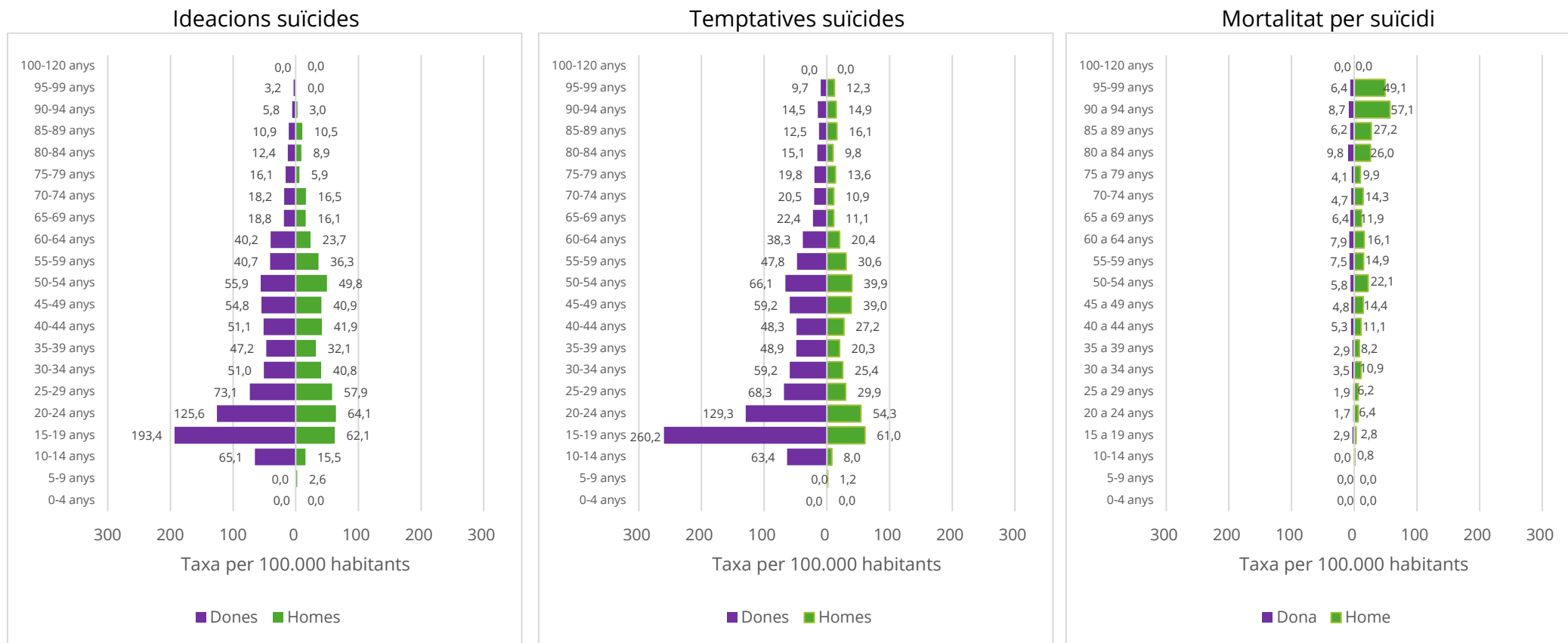
Al llarg del període 2012-2024, les taxes de suïcidi s'han mantingut estables i més altes en homes, mentre que les ideacions i temptatives van ser més freqüents en dones i augmentaven en el període (Figura 2).

Figura 2. Evolució de la conducta suïcida segons sexe entre les persones residents a Barcelona.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre de mortalitat de Barcelona, 2023; i del Registre Codis Risc Suïcidi del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades 2018-2023 el 20 de febrer de 2024; Extracció de dades 2024 el 10 de març de 2025)

Com s'aprecia a la Figura 3, les ideacions i temptatives suïcides van ser més freqüents entre les persones més joves mentre que el suïcidi ho va ser entre els homes de més edat. Tanmateix, les persones de 45 a 64 anys d' ambdós sexes presentaven un augment de la con, que es podria explicar per les dificultats de les classes mitjanes en perdre estatus en les successives crisis econòmiques i veure trencades les seves expectatives vitals⁸³.

Figura 3. Suïcidis, Ideacions i temptatives suïcides registrades a Codi Risc Suïcidi, segons sexe i edat. Barcelona 2017-2023.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre de mortalitat de Barcelona, 2017-2023 i del Registre CRS del Servei Català de la Salut, 2017-2023 (Extracció de dades 2017-2023 el 20 de febrer de 2024)

La conducta suïcida segons l'edat i sexe

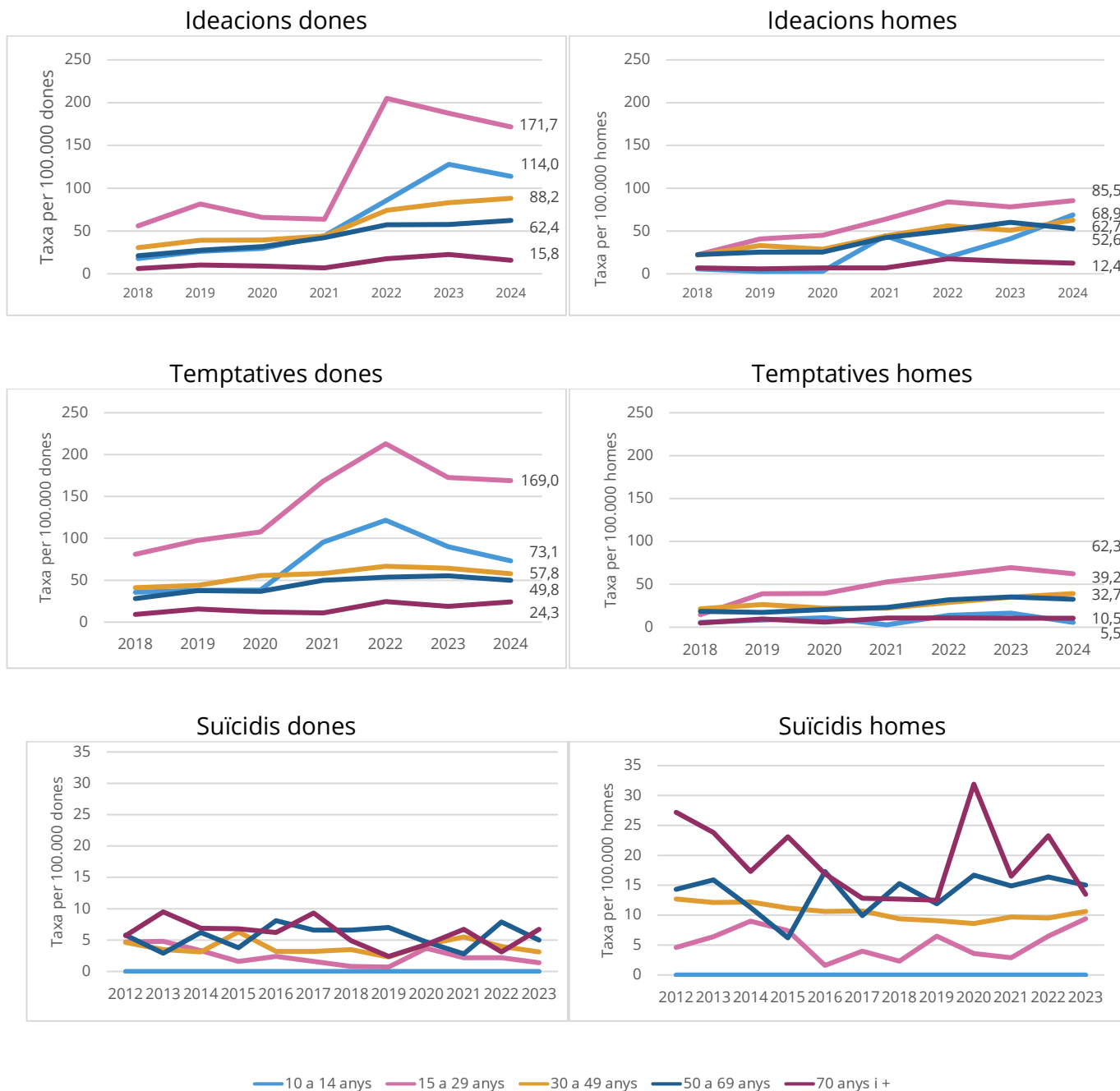
Mentre els episodis d'ideació i temptativa eren més freqüents en dones i a menor edat, els suïcidis ho eren entre els homes i a més edat. A partir de 2021, es va produir un increment de la taxa d'ideacions i temptatives, molt més accentuada en les persones menors de 30 anys. Aquest augment d'episodis coincideix amb l'empitjorament de la salut mental observat a conseqüència de la crisi social i econòmica derivada de la pandèmia de COVID-19 ⁵

A partir de 2022, s'observa una reducció de les taxes d'ideacions i temptatives suïcides entre les dones de 15 a 29 anys, que en el cas de les temptatives s'estabilitza l'any 2023. Les taxes a 2024 són molt superiors a les observades abans de la crisi per la pandèmia de la COVID-19, excepte per a les persones de 70 anys o més. Per contra, les taxes de suïcidi es van mantenir estables amb petites fluctuacions per a tot el període.

Les normes restrictives de gènere que modelen tant el risc com el tipus de conducta suïcida "acceptable" per a dones i homes podria explicar la major prevalença d'ideació i temptativa suïcida en dones i les majors taxes de suïcidi en homes ^{22,23}.

La permissivitat social davant aquesta conducta entre les persones grans, podria contribuir a un menor reconeixement del risc de suïcidi en aquestes persones ⁸⁴, així com una menor demanda d'ajut; cosa que explicaria la menor freqüència d'ideacions i temptatives, però la major taxa de suïcidi en aquest grup d'edat.

Figura 4. Evolució dels episodis d'ideació i temptativa suïcida i de suïcidis, segons edat i sexe, 2017-2024



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades 2018-2023 el 20 de febrer de 2024; Extracció de dades 2024 el 10 de març de 2025) i del Registre de mortalitat de Barcelona 2012-2023

Característiques dels episodis d'ideació i temptativa suïcida

La Figura 5 mostra el percentatge d'episodis d'ideació i temptativa en els què la persona ja havia registrat un episodi previ al CRS; el risc de suïcidi en l'episodi avaluat amb l'escala MINI i els factors de risc de suïcidi presents en el moment de l'episodi.

L'any 2024, 3 de cada 4 episodis d'ideació suïcida i 2 de cada 3 dels de temptativa, es van donar en persones de les què no es coneixia cap episodi previ de conducta suïcida. Les repeticions d'episodis eren més freqüents en els episodis de temptativa suïcida, i en dones per als dos tipus d'episodis

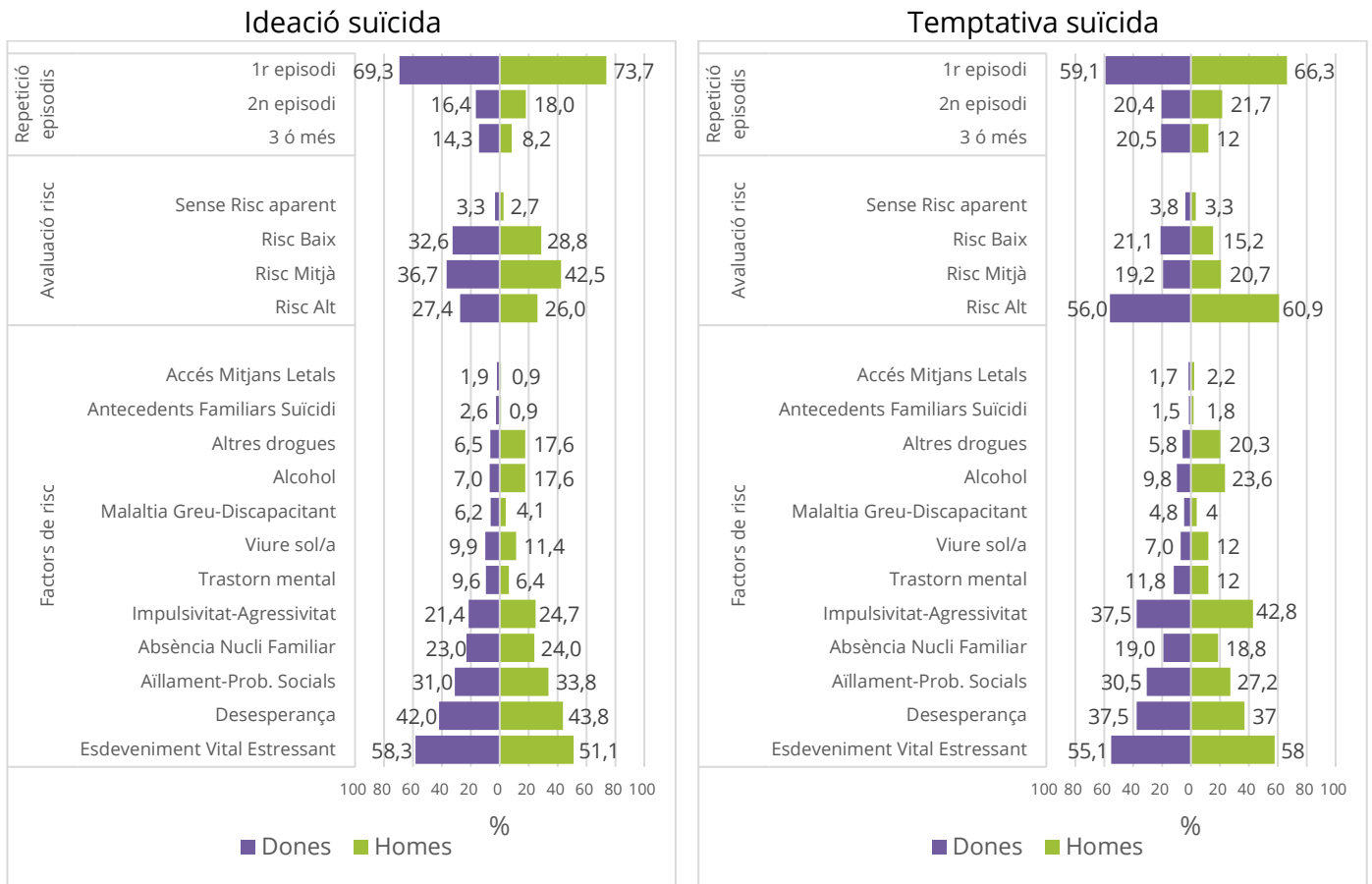
El risc de suïcidi en el moment de l'episodi, avaluat amb l'escala MINI, va ser alt amb més freqüència en els episodis de temptativa (més del 50%) respecte als d'ideació, sense diferències per sexe.

Els factors de risc més freqüents, per a ambdós tipus d'episodis, van ser els esdeveniments vitals estressants, presents en més de la meitat dels episodis i el sentiment de desesperança, comú per més d'un terç dels episodis. En el cas de les temptatives, però, prenia rellevància una personalitat impulsiva-agressiva (42,8%) i els problemes de consum d'alcohol i d'altres drogues, ambdós especialment entre els homes (més del 20%).

L'elevada freqüència d'esdeveniments vitals estressants i de desesperança recolzen la teoria de les tres passes en conducta suïcida, que postula que un patiments gran al que no es veu solució, acompanyat d'aïllament social o de sentir-se una càrrega per a d'altres persones són els elements bàsics per a la ideació, mentre que la capacitat suïcida, el consum d'alcohol i la impulsivitat-agressivitat faciliten la temptativa ⁸⁵.

La repetició de temptatives suposa un augment del risc de suïcidi ja que incrementa la capacitat suïcida de la persona (superació de la por a fer-se mal i a morir).

Figura 5. Caracterització dels episodis d'ideació i temptativa suïcida segons sexe.
Barcelona, 2024.

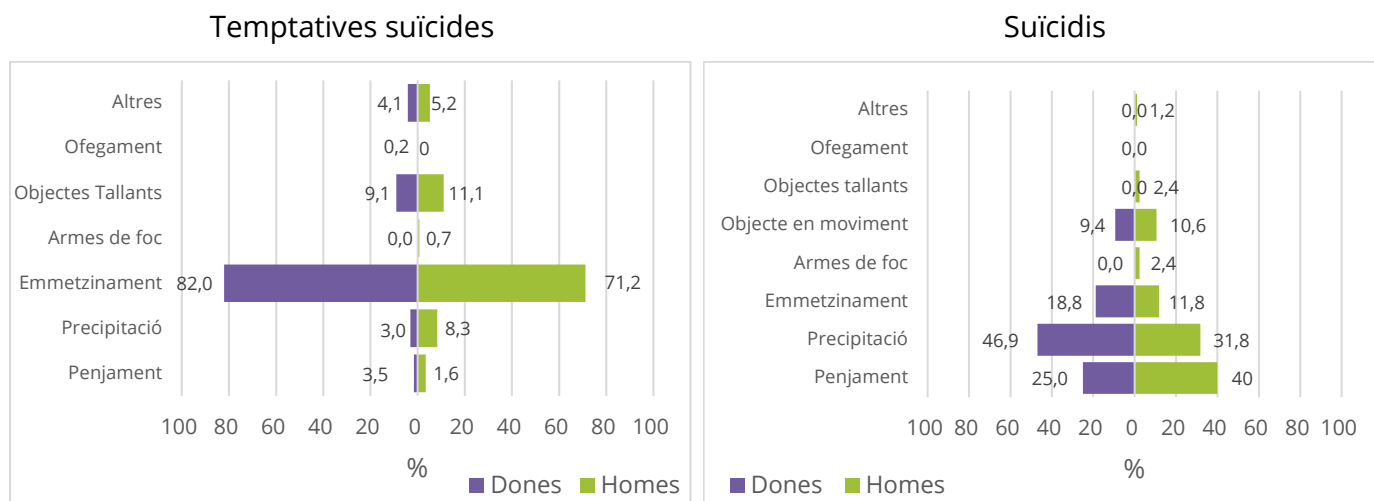


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut. 2024 (Extracció de dades el 10 de març de 2025)

Mecanismes emprats en temptatives i en suïcidis

En la major part de temptatives suïcides el mecanisme autolític va ser l'emmetzinament, amb una freqüència molt superior a la resta de mecanismes (80%). Mentre que en suïcidis els mecanismes emprats amb més freqüència van ser les precipitacions des de llocs elevats, especialment en dones, i els penjaments, més comuns en homes.

Figura 6. Mecanismes autolítics emprats en episodis de temptativa suïcida i en suïcidis, segons sexe. Barcelona, 2023.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades el 20 de febrer de 2024) i del Registre de mortalitat de Barcelona 2023

La conducta suïcida segons el nivell socioeconòmic i la nacionalitat de la persona

La Figura 7 mostra la taxa de conducta suïcida per nivell socioeconòmic, nacionalitat i sexe l'any 2024 per als episodis d'ideació i temptativa suïcida, i per al període 2012-2023 en el cas dels suïcidis.

Per als episodis d'ideació i de temptativa suïcida, les taxes més baixes es donaven entre les persones de nivell socioeconòmic alt, mentre que no es podia observar un patró clar en suïcidis en cap dels dos sexes.

Les persones de països de renda mitja o baixa presentaven una menor taxa d'ideació suïcida, però, en el cas dels homes, les majors freqüències de temptatives. Per contra, les dones nacionalitzades a països de renda alta presentaven taxes d'ideació molt properes a les de les dones de nacionalitat espanyola, però les menors freqüències en temptatives. La major taxa de suïcidis es donava en dones nascudes a l'Estat Espanyol i en homes d'altres països de renda alta.

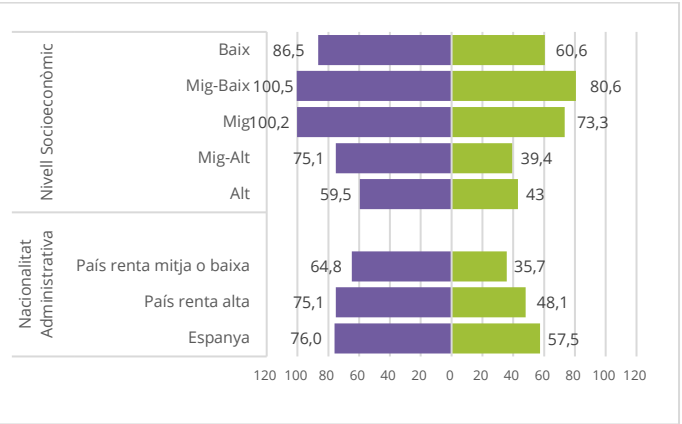
El guió cultural sobre conducta suïcida influeix en com les persones l'expressen. Així, l'elevada freqüència d'episodis d'ideació i temptativa amb una baixa taxa de suïcidis en persones de nacionalitat de països de renda mitja-baixa es pot explicar pel fet que la cultura d'origen de la persona sigui menys permissiva amb el suïcidi ^{86,87}.

Donada l'estreta relació d'aquests guions amb el sexe, una menor adherència per part de dones amb un rol de gènere menys tradicional (estudis superiors, NSE alt, etc.) podrien explicar una major freqüència de suïcidis entre les dones amb major nivell socioeconòmic.

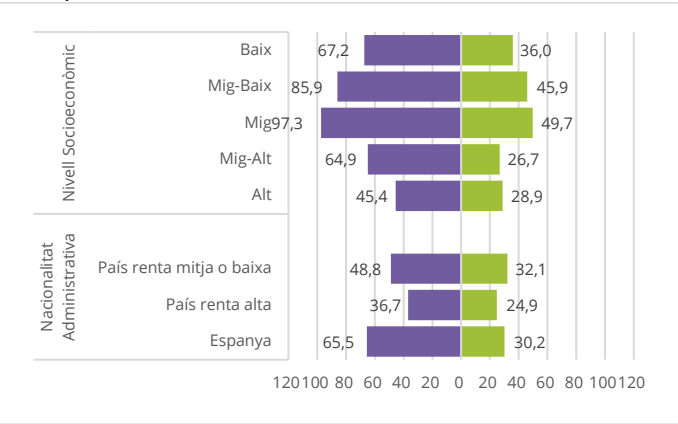
Possibles diferències en els patrons d'autocura segons el nivell socioeconòmic de la persona, podrien afavorir que dones nacionalitzades a països de renda alta acudeixin amb més freqüència a demanar ajut en cas d'ideació mentre que les nacionalitzades a països de renda mitjà-baixa arribarien als serveis sanitaris més freqüentment amb episodis de temptativa.

Figura 7. Conducta suïcida segons Nivell socioeconòmic, nacionalitat i sexe. Barcelona

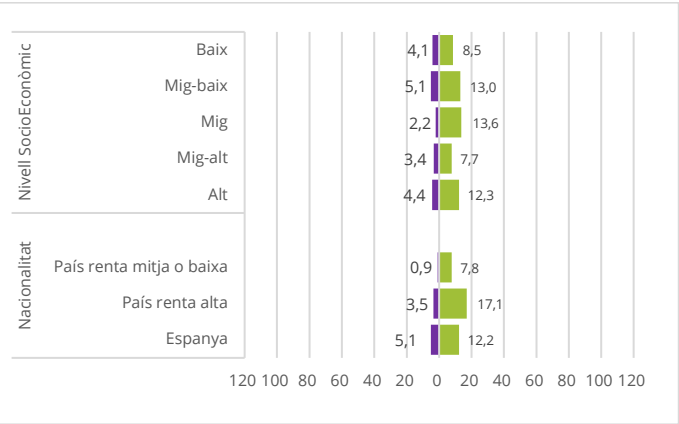
Ideació suïcida



Temptativa suïcida



Suïcidis



■ Dones ■ Homes Taxa per 100.000 persones

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades el 20 de febrer de 2024) i del Registre de mortalitat de Barcelona 2012-2023

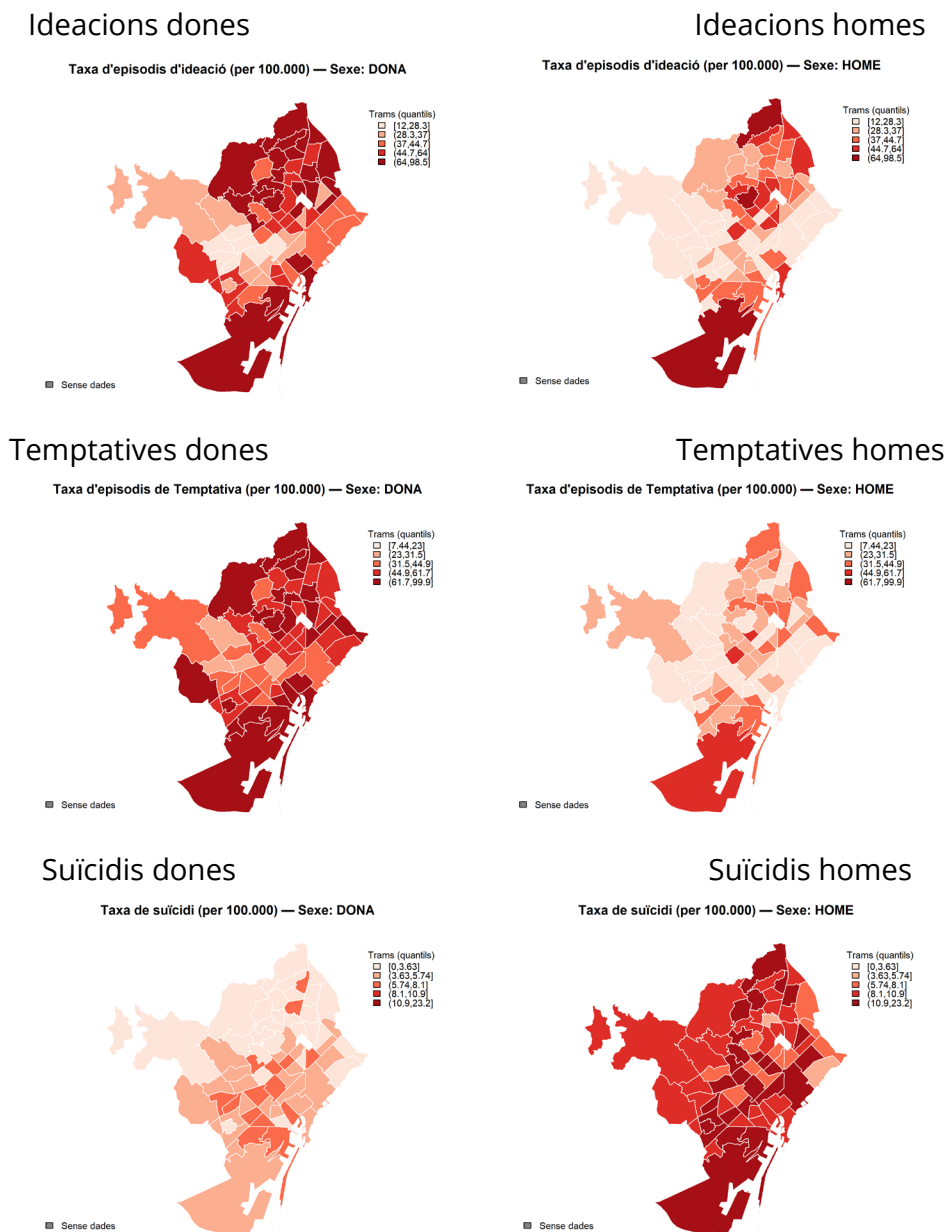
Distribució de la conducta suïcida per Àrees Bàsiques de Salut

La Figura 8 mostra la taxa de conducta suïcida segons ABS i sexe per al període 2017-2023. Per ambdós sexes i per a totes les conductes suïcides destaca Sarrià-Sant Gervasi com el districte amb les taxes més baixes de conducta suïcida mentre Sants Montjuïc és el que les presenta més altes.

Per a les dones la major freqüència d'ideacions i temptatives suïcides es troba als districtes de Sants-Montjuïc, Nou Barris, Horta-Guinardó i Ciutat Vella, però la de suïcidi a Les Cort i a l'Eixample. Els homes residents a Sants-Montjuïc i Nou Barris presentaven les majors taxes de tota la conducta.

Com s'ha comentat prèviament, una menor adherència als guions culturals de conducta suïcida per part de dones amb un rol de gènere menys tradicional (estudis superiors, NSE alt, etc.) podrien explicar una major freqüència de suïcidis entre les dones residents a districtes més afavorits, però una major freqüència d'ideacions i temptatives als menys afavorits.

Figura 8. Distribució de les taxes de conducta suïcida segons ABS i sexe, període 2017-2023

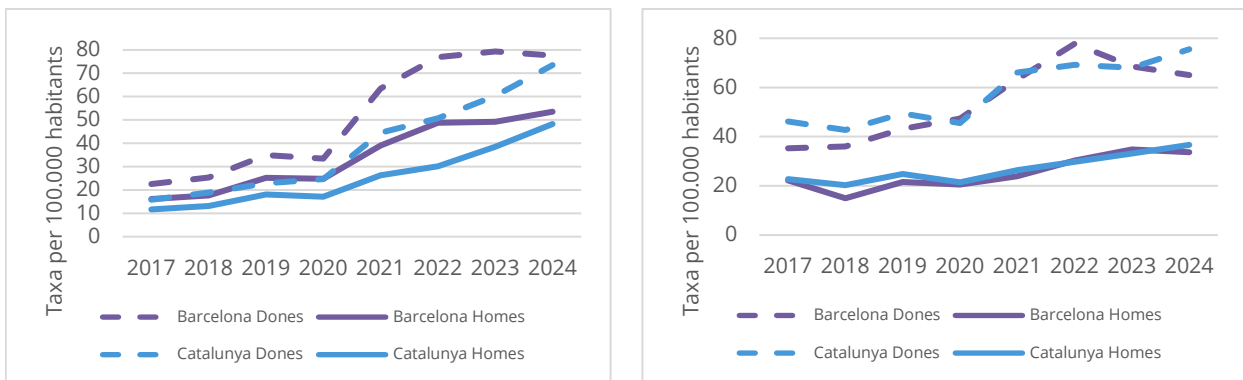


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut. (Extracció de dades 2017-2023 el 20 de febrer de 2024 i Registre de mortalitat de Barcelona, 2012-2023)

La conducta suïcida a Barcelona, Catalunya i l'Estat Espanyol

Tal com mostra la Figura 9, la freqüència d'ideacions suïcides van ser superiors a Barcelona per a tot el període estudiat, i per a ambdós sexes. Les freqüències de temptatives a partir de 2020 s'equiparen entre les persones residents a Catalunya i a Barcelona, sense diferències per sexe.

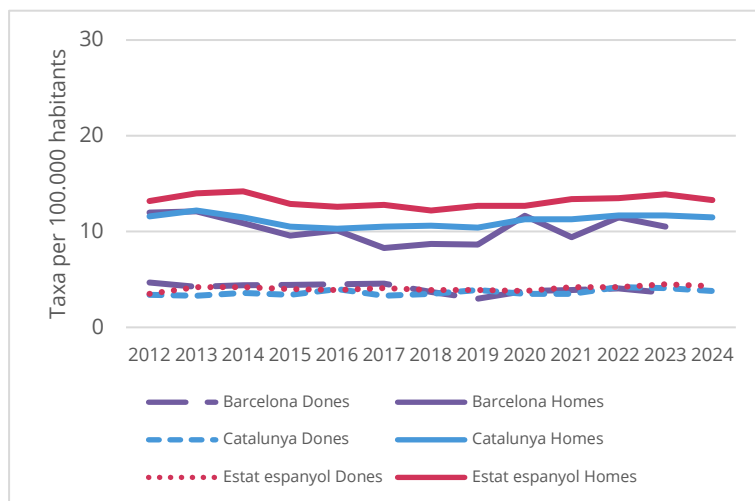
Figura 9. Evolució dels episodis d'ideació i temptativa suïcida a Catalunya i Barcelona ciutat, segons sexe, 2017-2023



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre CRS del Servei Català de la Salut (Extracció de dades 2018-2023 el 20 de febrer de 2024; Extracció de dades 2024 el 10 de març de 2025)

Els suïcidis en homes residents a Barcelona van ser menys freqüents que per als de l'Estat espanyol i Catalunya, per a gairebé tot el període, mentre que per les dones dels tres territoris es mostrava força similar (Figura 10)

Figura 10. Evolució de la taxa de suïcidis a Barcelona, Catalunya i l'Estat espanyol segons sexe, 2012-2023



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre de mortalitat de Barcelona i de l'Institut Nacional de Estadística (INE)

Conclusions i recomanacions

Conclusions

- La conducta suïcida és un fenomen complex i heterogeni: les ideacions, les temptatives i els suïcidis presenten patrons i factors associats diferents, i en conseqüència requereixen estratègies específiques de prevenció i intervenció diferenciades però coordinades.
- Les ideacions i les temptatives són més freqüents en dones i persones joves, mentre que els suïcidis es concentren principalment en homes i persones de més edat.
- Amb la pandèmia de la COVID-19 es va accelerar marcadament l'augment de les ideacions i temptatives suïcides, especialment en persones joves. Tot i certa estabilització o descens per a determinats grups d'edat, les taxes de 2024 continuen per sobre dels nivells pre pandèmics.
- Les taxes de suïcidi es van mantenir estables durant el període analitzat. Els homes de Barcelona presentaven taxes generalment inferiors als de Catalunya i l'Estat espanyol, mentre les de dones eren similars per als tres territoris.
- Les temptatives suïcides s'associen més sovint a la impulsivitat i al consum d'alcohol i altres drogues, especialment en homes, i presenten una elevada recurrència. La repetició de temptatives augmenta el risc de suïcidi.
- Les desigualtats socials: de gènere, posició socioeconòmica, edat i nacionalitat, influeixen en la conducta suïcida i han de ser considerades en el disseny, la implementació i l'avaluació de les polítiques i intervencions preventives.
- Barcelona mostra un patró específic respecte a Catalunya i l'Estat espanyol, amb major freqüència d'ideacions i una menor taxa de suïcidis en homes, fet que reforça la necessitat d'interpretar les dades locals en el seu context social, territorial i assistencial.

Recomanacions

Intervencions

- Cal combinar intervencions universals, selectives i indicades, adaptades als diferents tipus de conducta suïcida i als grups amb més risc identificats a l'informe.
- Cal reforçar la detecció, l'acompanyament i el seguiment de la ideació i les temptatives en adolescents, joves i dones.
- Cal desenvolupar estratègies específiques per millorar la detecció del risc en persones grans, grup amb major risc de suïcidi i possiblement menor demanda d'ajuda.
- Cal reforçar la prevenció secundària i el seguiment posterior als episodis de temptativa i especialment en persones amb episodis repetits, trets de impulsivitat-agressivitat i consum d'alcohol i d'altres drogues.
- Cal triar intervencions que hagin demostrat la seva efectivitat, com la restricció a mitjans letals: restricció a armes, pesticides, verins i barreres en punts de salt. Però, alhora, cal adaptar-les al context en què s'implementaran.
- Les estratègies comunitàries han d'incorporar la participació de la comunitat des del disseny, implementació i avaluació, especialment en els territoris i grups amb més risc de conducta suïcida.
- Les intervencions estructurals adreçades a la reducció de desigualtats socials són imprescindibles ⁸⁸. Les polítiques de renda, ocupació, habitatge, cures, protecció social, prevenció de violències, regulació de mitjans letals, reducció del consum problemàtic d'alcohol i accés equitatiu a serveis de salut i salut mental poden contribuir de forma important a reduir desigualtats en conducta suïcida.

Sistemes de vigilància

La vigilància hauria d'avançar cap a una millor col·laboració i articulació entre diferents institucions que permeti consolidar sistemes de vigilància que:

- millorin la compatibilitat entre fonts d'informació.
- s'enfoquin en les diferents conductes suïcides: ideacions, temptatives i suïcidis.
- desagreguin l'anàlisi pels diferents eixos de desigualtats.
- incorporin variables socials: situació laboral, xarxa social, esdeveniments estressants, etc. Per tal d'aprofundir en els mecanismes socials, culturals i de gènere que expliquen les desigualtats en la conducta suïcida.

Avaluació i recerca

- Cal avaluar les intervencions preventives de la conducta suïcida i millorar la qualitat de les avaluacions, amb indicadors de resultats en conducta suïcida i no només en l'avaluació de procés.
- Cal estudiar en més profunditat potencials factors de risc i factors protectors de la conducta suïcida en diferents poblacions o entorns, per tal de poder orientar noves intervencions polítiques.
- Cal aprofundir en els mecanismes socials, culturals i de gènere que expliquen les diferències observades entre ideacions, temptatives i suïcidis, especialment segons els eixos de desigualtat.

Bibliografia

1. Weaver, N. D., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mougin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzighli, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D., ... Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(3), e189–e202. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)
2. HO. (2025). Suicide worldwide in 2021. In World Health Organization, Geneva. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve%0Ahttps://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
3. Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME). (2026). Observatorio del suicidio en España 2024. In Fsme. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2023/>
4. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
5. Farooq, S., Tunmore, J., Ali, M. W., & Ayub, M. (2021). *Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>
6. Gabarrell-Pascuet, A., Félez-Nóbrega, M., Cristóbal-Narváez, P., Mortier, P., Vilagut, G., Olaya, B., Alonso, J., Haro, J. M., & Domènech-Abella, J. (2021). The role of social support, detachment, and depressive and anxiety symptoms in suicidal thoughts and behaviours during the Covid-19 lockdown: Potential pathways. *Current Psychology*, 42, 9237–9248. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02205-5/Published>
7. Cayuela, L., Cerame, Á., Ortega-Calvo, M., & Cayuela, A. (2023). Incidence and Prevalence of Suicide Attempts in Primary Care in Spain. *International*

Journal of Mental Health and Addiction, (0123456789).

<https://doi.org/10.1007/s11469-023-01165-0>

8. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
9. Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self - Directed Violence Surveillance. *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*, 91.
10. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e desigualdades Sociales en salud en España. *Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior*, 1–112.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
11. Santaella-Tenorio, J., Cerdá, M., Villaveces, A., & Galea, S. (2016). What Do We Know about the Association between Firearm Legislation and Firearm-Related Injuries? *Epidemiologic Reviews*, 38(1), 140–157.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxv012>
12. Smart, R., Schell, T. L., Cefalu, M., & Morral, A. R. (2020). Impact on nonfirearm deaths of firearm laws affecting firearm deaths: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 110(10), E1–E9.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305808>
13. Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S. Sen, Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J., & Eddleston, M. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *The Lancet Global Health*, 5(10), e1026–e1037.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
14. Rubbo, B., Tu, C. Y., Barrass, L., Chang, S. Sen, Konradsen, F., Gunnell, D., Eddleston, M., Metcalfe, C., & Knipe, D. (2025). Preventing suicide by restricting access to Highly Hazardous Pesticides (HHPs): A systematic review of international evidence since 2017. *PLOS Global Public Health*, 5(2), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003785>
15. Lim, J. S., Buckley, N. A., Chitty, K. M., Moles, R. J., & Cairns, R. (2021). Association between Means Restriction of Poison and Method-Specific Suicide Rates: A Systematic Review. *JAMA Health Forum*, 2(10), E213042.
<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.3042>

16. Steeg, S., Ledden, S., Marzano, L., Dutta, R., Quinlivan, L., Kapur, N., John, A., & Webb, R. T. (2025). Effectiveness of suicide means restriction: an overview of systematic reviews. *BMJ Mental Health*, 28(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-302069>
17. Okolie, C., Hawton, K., Lloyd, K., Price, S. F., Dennis, M., & John, A. (2020). Means restriction for the prevention of suicide on roads. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013738>
18. Kõlves, K., Chitty, K. M., Wardhani, R., Värnik, A., de Leo, D., & Witt, K. (2020). Impact of alcohol policies on suicidal behavior: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–26. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197030>
19. Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Paré S-Badell, O., Alayo, • Itxaso, Almenara, J., Alonso, I., Jesús S Blasco, M., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., José, •, Piqueras, A., Tiscar Rodríguez-Jimé Nez, •, Jesús S Rodríguez-Marín, •, Roca, • Miquel, Soto-Sanz, V., Vilagut, • Gemma, & 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*, 265–283.
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
20. Phillips, J. A., & Luth, E. A. (2020). Beliefs about Suicide Acceptability in the United States: How Do They Affect Suicide Mortality? *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(2), 414–425.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbx153>
21. Winterrowd, E., Canetto, S. S., & Benoit, K. (2017). Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide: a suicide enabling script? *Aging and Mental Health*, 21(2), 173–181.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1099609>
22. Canetto, S. S. (2021). Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1045–1054.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12758>
23. Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>

24. Canetto, S. S. (2008). Women and Suicidal Behavior: A cultural Analysis. *American Psychological Association*, 78, 259–266.
[https://doi.org/10.1037/a\(\)13973](https://doi.org/10.1037/a()13973)
25. Scourfield, J., Jacob, N., Smalley, N., & Prior, L. (2007). *Young people 's gendered interpretations of suicide and attempted suicide YOUNG PEOPLE 'S VIEWS ON SUICIDE*. (1993), 248–257.
26. Stack, S. (2021). Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*, 152(P1), 106498.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106498>
27. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*, 15(1).
<https://doi.org/10.1186/S12889-015-1867-2>
28. de Lange, J., Baams, L., van Bergen, D. D., Bos, H. M. W., & Bosker, R. J. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*, 9(4), 222–237. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
29. Lee, C. S., & Wong, Y. J. (2020). Racial/ethnic and gender differences in the antecedents of youth suicide. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 26(4), 532–543. <https://doi.org/10.1037/cdp0000326>
30. Alimoradi, Z., Arabloo, J., Jandaghian-Bidgoli, M., & Alizadeh, S. (2026). The association between intimate partner violence and suicide ideation and attempts among women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 394.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032725019536>
31. White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 25(1), 494–511.
<https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
32. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *NIH Public Access*, 30(1), 133–154.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

33. Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29. <https://doi.org/10.1038/466029a>
34. Cai, Z., Canetto, S. S., Chang, Q., & Yip, P. S. F. (2021). Women's suicide in low-, middle-, and high-income countries: Do laws discriminating against women matter? *Social Science and Medicine*, 282(February), 114035. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114035>
35. Chen, Y. Y., Cai, Z. Y., Chang, Q., Canetto, S. S., & Yip, P. S. F. (2021). Caregiving as suicide-prevention: an ecological 20-country study of the association between men's family carework, unemployment, and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(12), 2185–2198. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02095-9>
36. Troya, M. I., Spittal, M. J., Pendrous, R., Crowley, G., Gorton, H. C., Russell, K., Byrne, S., Musgrove, R., Hannah-Swain, S., Kapur, N., & Knipe, D. (2022). Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 47, 101399. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101399>
37. Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291713001621>
38. Kim, J., Kwon, R., Yun, H., Lim, G. Y., Woo, K. S., & Kim, I. (2024). The association between long working hours, shift work, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 50(7), 503–518. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4182>
39. Milner, A., Witt, K., LaMontagne, A. D., & Niedhammer, I. (2018). Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(4), 245–253. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104531>
40. Hanson, L. L. M., Pentti, J., Nordentoft, M., Xu, T., Rugulies, R., Madsen, I. E. H., Conway, P. M., Westerlund, H., Vahtera, J., Ervasti, J., Batty, G. D., & Kivimäki, M. (2023). Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: a multicohort study and meta-analysis of published data. *The Lancet Public Health*, 8(7), e494–e503. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00096-8)
41. Jongho, P., Shin, J., Kwak, H. R., Lee, J., Jester, D. J., Bandara, P., Kim, J. Y., Moutier, C. Y., Pietrzak, R. H., Oquendo, M. A., & Jeste, D. V. (2025). Social

Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*, 82(4), 337–346.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4241>

42. Mosconi, G., Vigezzi, G. P., Bertuccio, P., Amerio, A., & Odone, A. (2023). Transition to retirement impact on risk of depression and suicidality: results from a longitudinal analysis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000239>

43. Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Dennis, M. (2010). Personal debt and suicidal ideation. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291710001261>

44. Fowler, K. A., Gladden, R. M., Vagi, K. J., Barnes, J., & Frazier, L. (2015). Increase in suicides associated with home eviction and foreclosure during the US housing crisis: Findings from 16 national violent death reporting system states, 2005-2010. *American Journal of Public Health*, 105(2), 311–316. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301945>

45. Houle, J. N., & Light, M. T. (2014). The home foreclosure crisis and rising suicide rates, 2005 to 2010. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1073–1079. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301774>

46. Elbogen, E. B., Lanier, M., Elizabeth, M. A., & Strickland, S. (2020). Financial Strain and Suicide Attempts in a Nationally Representative Sample of US Adults. *American Journal of Epidemiology*, 189(11), 1266–1274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/aje/kwaa146>

47. Raifman, J., Ettman, C. K., Dean, L. T., Abdalla, S. M., Skinner, A., Barry, C. L., & Galea, S. (2022). Economic precarity, loneliness, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 17(11 November), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275973>

48. Baek, S.-U., & Yoon, J.-H. (2025). Association of housing precariousness with depressive symptoms and suicidal ideation: Findings from a nationwide survey of young adults in South Korea. *Health & Place*, 93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103466>

49. Iemmi, V., Bantjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B., & Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 774–783. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30066-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30066-9)

50. Bantjes, J., Iemmi, V., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B., & Lund, C. (2016). Poverty and suicide research in low- and middle-income countries: systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. *Global Mental Health*, 3. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.27>
51. Kim, K., Lee, D. W., & Jung, S. J. (2024). Role of individual deprivation and community-level deprivation on suicidal behaviors: Insights from the UK Biobank study. *SSM - Population Health*, 26(December 2023), 101654. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101654>
52. Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 38, 300–314. https://journals.lww.com/bsam/abstract/1976/09000/social_support_as_a_moderator_of_life_stress.3.aspx
53. Chen, S. (2026). *The Association Between Social Support and Suicidal Ideation Among Undergraduate Students : A Systematic Review and Meta-Analysis*.
54. Darvishi, N., Poorolajal, J., Azmi-naei, B., & Farhadi, M. (2024). The Role of Social Support in Preventing Suicidal Ideations and Behaviors : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hamadan University of Medical Sciences*, 24(2), e00609–e00609. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.144>
55. Hammond, N. G., Gravel, C., Ferro, M. A., Landry, H., Geoffroy, M. C., Racine, N., & Colman, I. (2025). The Relationship Between Family Dynamics and Help-Seeking and Disclosure of Adolescent Self-Harm and Suicidality: A Population-Representative Study: Relation entre dynamique familiale et recherche d'aide, et dévoilement des actes d'automutilation et de la. *Canadian Journal of Psychiatry*, 70(5), 404–413. <https://doi.org/10.1177/07067437251315526>
56. Marraccini, M. E., & Brier, Z. M. F. (2017). *School Connectedness and Suicidal Thoughts and Behaviors : A Systematic Meta-Analysis*. 32(1), 5–21.
57. Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J.-D., Berrouguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry*, 65(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
58. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T. E., & Durkheim, A. (2000). *From social integration to health : Durkheim in the new millennium p. 51*.
59. Otsuka, T., Tomata, Y., Zhang, S., Tnaji, F., Sugawara, Y., & Tsuji, I. (2019). The association between emotional and instrumental social support and risk

of suicide death: A population-based cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 141–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.012>

60. Blázquez-Fernández, C., Lanza-león, P., & Cantarero-prieto, D. (2023). *A systematic review on suicide because of social isolation / and loneliness : does COVID-19 make a difference ?* 45(3), 680–688.
61. Torino, G., Rignanese, M., Salm, E., Madeddu, F., Courtet, P., Forget, J., Attali, D., Kalisch, L., Baeza-velasco, C., Lopez-castroman, J., Fornaro, M., & Calati, R. (2025). *Physical pain and suicide-related outcomes across the lifespan : systematic review and meta-analysis*. 345(December 2024). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116371>
62. Sánchez-Gil, A., Pérez, J., Navarro-López, V., & Sánchez-González, J. L. (2025). Suicidality among people with mild cognitive impairment: a sustematic review. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07228-x>
63. Kumar, S., Lata, S., Verma, S., & Anupriya. (2024). Associated Factors of Suicidal Behavior Among Persons with Physical Disability: A Systematic Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(4), 298–304. <https://doi.org/10.1177/02537176231209513>
64. Cai, H., Xie, X., Zhang, Q., Cui, X., Lin, J., & Sim, K. (2021). *Prevalence of Suicidality in Major Depressive Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies*. 12(September). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.690130>
65. Nisriina, Z. N., Pakanna, E., Murti, B., & Ismail, A. (2025). *Psychological Factors and Social Support in Adolescents with Suicidal Ideation : A Meta-Analysis*. 10, 20–37.
66. Fu, X.-L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Wu, H., Du, L., Chen, H.-L., & Shi, Y.-Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine.*, 53(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
67. O'Hare, K., Fadiloglu, K., Lång, U., Healy, C., Cannon, M., DeVylder, J., & Kelleher, I. (2026). Psychotic Experiences and Risk of Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Population Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 52(1), 1–13. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae197>
68. Liu, B. P., Jia, C. X., Qin, P., Zhang, Y. Y., Yu, Y. K., Luo, X., & Li, S. X. (2022). Associating factors of suicide and repetition following self-harm: A

systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.

EClinicalMedicine, 49, 101461. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101461>

69. Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: A clinical cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 142–147. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)
70. Kirby, A. V., Bakian, A. V., Zhang, Y., Bilder, D. A., Keeshin, B. R., & Coon, H. (2019). A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Research*, 12(4), 658–666. <https://doi.org/10.1002/aur.2076>
71. Moore, F. R., Doughty, H., Neumann, T., McClelland, H., Allott, C., & Connor, R. C. O. (2022). Impulsivity , aggression , and suicidality relationship in adults : A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 45, 101307. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101307>
72. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghv2f>
73. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
74. Klonsky, E. D., Dixon-Luinenburg, T., & May, A. M. (2021). The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry*, 20(3), 439–441. <https://doi.org/10.1002/wps.20909>
75. Athey, A., Shaff, J., Kahn, G., Brodie, K., Ryan, T. C., Sawyer, H., Devinney, A., Nestadt, P. S., & Wilcox, H. C. (2025). Association of substance use with suicide mortality : An updated systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 14(October 2024), 100310. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2024.100310>
76. Carretta, R. F., Mckee, S. A., & Rhee, T. G. (2023). Gender Differences in Risks of Suicide and Suicidal Behaviors in the USA: A Narrative Review. *Curr Psychiatry Rep.*, 809–824. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01473-1>
77. Shahnaz, A., & Klonsky, E. D. (2021). Clarifying the association of eating disorder features to suicide ideation and attempts. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2965–2977. <https://doi.org/10.1002/jclp.23266>

78. Mortier, P., Conde, S., Alayo, I., Amigo, F., Ballester, L., Roser, ;, Amell, C., Guinart, D., Salvatore, ;, Contaldo, F., Ferrer, M., Leis, A., Miguel, ;, Mayer, A., Portillo-Van Diest, A., Puértolas-Gracia, B., Manuel Ramírez-Anguita, J., Peña-Salazar, C., Ferran Sanz, ;, ... Alonso, J. (2024). Premature Death, Suicide, and Nonlethal Intentional Self-Harm After Psychiatric Discharge + Invited Commentary + Supplemental content. *JAMA Network Open*, 7(6), 2417131. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.17131>
79. Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M., & Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 718–726. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2022.1256>
80. 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>
81. Azizi, H., Fakhari, A., Farahbakhsh, M., & Esmaeili, Elham Davtalab, Chattu, V. K. (2023). Brief Contact Interventions: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of Randomized Controlled Trials. *Journal of Prevention*, 44, 777–794. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10935-023-00747-x>
82. Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7>
83. Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of despair and the future of capitalism* (Princeton).
84. Ding, O. J., & Kennedy, G. J. (2021). Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01268-2/Published>
85. Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(P1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
86. Lipsicas, C. B. (2012). *Suicide attempts among immigrants in Europe*. https://openarchive.ki.se/articles/thesis/Suicide_attempts_among_immigrants_in_Europe/26899972

87. Lipsicas, C. B., Mäkinen, I. H., Wasserman, D., Apter, A., Kerkhof, A., Michel, K., Renberg, E. S., Van Heeringen, K., Värnik, A., & Schmidtke, A. (2014). Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 539–547. <https://doi.org/10.1177/070674371405901007>
88. Hochhauser, S., Rao, S., England-Kennedy, E., & Roy, S. (2020). Why social justice matters: A context for suicide prevention efforts. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01173-9>

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



La Salut en xifres

Connectem
f **wt** **in**

www.aspb.cat