

SUICIDIO Y ADMINISTRACIÓN LOCAL EN BILBAO

ANÁLISIS DE RECURSOS Y NECESIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Noviembre 2023

Cristina Blanco (Dir.)
Tamara Riquelme
Sofía Rivera



Imagen Pixabay

INDICE

PRESENTACIÓN.....	3
Objetivos, metodología y estructura del presente estudio	4
1. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	7
1.1. La Administración Pública como agente de prevención	7
1.2. La conducta suicida.....	9
1.2.1. Concepto e identificación (y registro) de una muerte como suicidio	9
1.2.2. Aproximación a la conducta suicida: proceso, factores implicados y señales de alerta.....	13
1.2.2.1. Conducta suicida como proceso (y señales de alerta)	14
1.2.2.2. Factores de riesgo, protectores y precipitantes	16
1.3. Colectivos vulnerables	20
1.3.1. Población mayor	21
1.3.2. Población adolescente	22
1.3.3. Población LGTBI+	23
1.3.4. Población según sexo/género.....	23
1.4. Incidencia del suicidio; algunos datos epidemiológicos.....	24
1.4.1. El suicidio en el mundo	24
1.4.2. El suicidio en España	29
1.4.3. El suicidio en la Comunidad Autónoma Vasca.....	33
2. ACCION INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	40
2.1. Tipos de acciones preventivas.....	40
2.1.1. Prevención Universal	41
2.1.2. Prevención Selectiva	42
2.1.3. Prevención indicada.....	42
2.2. Planes según ámbito de aplicación	43
2.2.1. Aportaciones de la Organización Mundial de la Salud.	43
2.2.2. Otras aportaciones a nivel Europeo: Proyecto Euregenas	47
2.2.3. Planes en España	48
2.2.3.1. Plan Integral nacional	48
2.2.3.2. Planes autonómicos. El caso de Euskadi	49
2.2.3.3. Planes a nivel local	51
3. SUICIDIO Y ADMINISTRACIÓN LOCAL EN BILBAO	58
3.1 El municipio de Bilbao	59
3.2. Administración Local: coordinación y áreas municipales	61
3.3. Áreas de interés y recursos existentes útiles para la prevención del suicidio	65

3.3.1. Área de Salud y Consumo: Jóvenes, Mayores y Población general.....	66
3.3.2. Área de Juventud y Deporte: Jóvenes	67
3.3.3. Subárea de Inmigración: Inmigrantes, mujeres y hombres	69
3.3.4. Área de Acción Social: Población general e individual	70
3.3.5. Área de Igualdad: Mujeres y Colectivo LGTBIQ+.....	74
3.3.6. Área de Seguridad Ciudadana: Policía y Bomberos	75
3.4. Información estadística sobre conducta suicida	78
3.4.1. Fuentes de datos existentes sobre la incidencia epidemiológica del suicidio.	78
3.4.2. Fuentes de datos: recursos para la mejora en la recogida y en la disponibilidad de información a nivel local	84
4. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
4.1. Conducta suicida y su prevención	87
4.2. Ámbitos y agentes para la prevención del suicidio	88
4.3. El caso de Bilbao	89
4.4. Propuestas	89
4.5. Apuntes para desarrollar una Estrategia Local de Prevención del Suicidio	96
BIBLIOGRAFÍA	100
General	100
Recursos web y fuentes estadísticas	104
ANEXOS	109
Anexo 1: Entrevistas realizadas	109
Anexo 2: Servicios, planes y programas de Áreas Municipales de interés del Ayuntamiento de Bilbao.....	111
Anexo 3. Programas y planes de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Bilbao.....	113

PRESENTACIÓN

El presente trabajo surge en el ámbito del Título Propio **Especialista de Universidad en Suicidología** que se imparte en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) desde 2020; concretamente como trabajo de fin de curso de dos alumnas, Sofía y Tamara, que realizaron sus prácticas en el itinerario del posgrado sobre “Intervención Sociocomunitaria” durante el curso 2022-2023. Dichas prácticas, y su trabajo consecuente, se realizaron en **Aidatu, Asociación Vasca de Suicidología**, bajo el modelo de investigación social.

Analizando las posibilidades de realizar un trabajo no meramente académico y teórico, sino más bien práctico, útil, que se insertase en las necesidades reales de nuestro entorno para poder dar pasos hacia adelante en la prevención del suicidio, entendimos que podría ser interesante centrarnos en la Administración Local como agente de prevención, especialmente universal. La idea era conocer este ámbito de actuación en lo referente a competencias, informaciones, estructuras, herramientas, etc. que pudieran servir de lanzadera o anclaje para acciones concretas que pudiesen formar parte de un futuro Plan Local de Prevención del Suicidio. No podemos olvidar que la Administración Local es aquella que más directamente está en contacto con las personas, especialmente en el caso de las más vulnerables, y que está dotada de profesionales que conocen bien estos grupos de población. Además, tiene capacidad de agencia, de liderazgo y de recursos para hacerlo efectivo.

Así, nos acercamos al Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, entendiendo que desde ella podría ejercerse el liderazgo para lanzar un Plan Local de Prevención del Suicidio, y planteamos la posibilidad de hacer un estudio previo. Sin grandes pretensiones; simplemente de forma exploratoria y para poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre una realidad y un territorio concreto.

Desde el Área se nos facilitaron contactos con representantes de departamentos estratégicos (por el contacto con población especialmente vulnerable) para poder hacer unas entrevistas que nos dieran no solo información de programas y recursos existentes que pudiesen ser útiles para la prevención del suicidio, sino también “intuiciones”, ideas, o necesidades percibidas en este sentido.

Agradecemos sinceramente la acogida y el apoyo de todas las personas entrevistadas, así como de las representantes del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, por habernos facilitado el trabajo y por habernos aportado ideas de gran interés.

El resultado del trabajo de búsqueda y análisis de información es este informe que aquí presentamos. Entiéndase como un trabajo académico que trata de aportar ideas útiles para fundamentar un posible Plan Local de Prevención del Suicidio en Bilbao y, así, prevenir el suicidio en nuestra comunidad.

Bilbao, octubre de 2023

Cristina Blanco Fdez. de Valderrama
Directora del Título Propio “Especialista de Universidad en Suicidología” UPV/EHU
Presidenta de AIDATU, Asociación Vasca de Suicidología

Objetivos, metodología y estructura del presente estudio

Objetivos del estudio

General:

Analizar la situación de la administración local en relación a la prevención del suicidio en el municipio de Bilbao: conocimiento de posibilidades, recursos y necesidades de cara a plantear un futuro Plan Local de Prevención del Suicidio

Específicos

Sobre prevención del suicidio y papel de las administraciones:

- Exponer la necesidad (y posibilidad) de prevenir el suicidio
- Identificar la importancia de la administración (en este caso local) en la prevención del suicidio
- Conocer los fundamentos de la conducta suicida y los colectivos vulnerables en torno a los que pueda actuar la administración local
- Conocer experiencias previas: directrices y buenas prácticas

Sobre el caso de Bilbao

- Analizar las competencias y las áreas de actuación del Ayuntamiento de Bilbao
- Identificar y analizar los programas que puedan constituir potenciales recursos para la prevención, intervención y posvención del suicidio en Bilbao
- Describir el diagnóstico y las necesidades percibidas por parte de quienes trabajan con colectivos vulnerables dentro de la Administración Local.
- Identificar las fuentes de información de datos estadísticos sobre conductas suicidas (muertes, tentativas, autolesiones, hotspots...) en Bilbao.
- Analizar la información existente de las diferentes fuentes y establecer necesidades de cara a futuro.
- Establecer recomendaciones para el futuro Plan Local de Prevención del Suicidio de Bilbao.

Metodología

La metodología seguida es mixta, incluyendo recogida de información de diversa naturaleza:

- Bibliográfica: análisis exhaustivo de manuales sobre conducta suicida, guías y experiencias de planificación previas.
- Documental: análisis de la estructura competencial del Ayuntamiento, de sus áreas de actuación y de los programas de aquellas áreas que estén más vinculadas a la prevención del suicidio.
- Estadística: recogida de información estadística de diversas fuentes. Existen diversas posibilidades de fuentes que recogen diferente información de conducta suicida. Se hace un rastreo y mapeo de fuentes y datos hasta donde ha sido posible:

- INE y EUSTAT
 - Instituto Vasco de Medicina Legal
 - SOS Deiak
 - Ertzaintza
 - Bomberos de Bilbao
 - Observatorio del Suicidio (Gobierno Vasco)
 - Hospitales de Cruces y Basurto
- **Cualitativa:** Realización de entrevistas para conocer competencias, formación y recursos de las distintas áreas del ayuntamiento que serían de gran ayuda en la prevención del suicidio en Bilbao. Las áreas entrevistadas han sido el área de Salud y Consumo, el área de Juventud y Deporte, el área de Coordinación, convivencia y fiestas (Subárea de Inmigración), el área de Acción Social, el área de Igualdad y el área de Seguridad Ciudadana (Policía Municipal y Bomberos). Existen otras áreas de interés como la de Obras, Planificación Urbana y Proyectos Estratégicos para debatir sobre los hotspots u otros temas, y también consideramos interesante poder realizar entrevistas a trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros u otras personas que trabajen directamente con personas con riesgo suicida que sepan de primera mano cómo se practican los recursos y la formación, pero esto se realizaría en el siguiente paso, es decir, a la hora de realizar el plan. Se realizaron 7 entrevistas a lo largo del mes de mayo de 2023, a las personas que aparecen en los anexos.

Estructura

El contenido de este informe se organiza en torno a cuatro bloques.

En el primero se establecen las bases fundamentales de la conducta suicida: su consideración como un proceso gradual (en la mayoría de los casos, aunque no siempre) en cuya trayectoria pueden identificarse algunas señales de alarma (también en la mayoría de los casos, pero no siempre); la identificación de factores de riesgo y protectores, sobre algunos de los cuales se puede actuar para mitigar o fortalecer sus efectos (respectivamente); el alcance epidemiológico del suicidio (junto con algunas características empíricas de importancia) y la caracterización de algunos grupos especialmente vulnerables precisamente por acumular factores de riesgo con pocos factores protectores.

El segundo capítulo está orientado a la prevención del suicidio (reduciendo factores de riesgo, fortaleciendo los protectores, sensibilizando a la población general, generando conocimiento y ofreciendo formación a los agentes de prevención, generando recursos de ayuda y haciéndolos visibles, etc.) y al papel fundamental de las administraciones e instituciones públicas como organizaciones con capacidad de liderazgo y de coordinación de todos los agentes de prevención, que van más allá de los servicios sanitarios, en general, y de salud mental en

particular. Entre esas instituciones se encuentra la Administración Local, cuyo papel es muy importante por ser la administración más cercana a la ciudadanía y conocer el territorio y los grupos vulnerables de la comunidad. Repasamos algunas recomendaciones de organismos internacionales y algunas iniciativas de estrategias y planes de prevención.

La tercera parte está dedicada a Bilbao como entorno concreto de actuación en prevención del suicidio y a la Administración Local como institución con capacidad de liderazgo, planificación y coordinación de acciones orientadas a la prevención, intervención y posvención frente al suicidio en el municipio de Bilbao. Se analizan sus capacidades en el amplio sentido de la palabra: competencias, recursos, estructuras y programas que puedan ser de utilidad para encajar acciones preventivas frente al suicidio.

Por último, se ofrece un resumen con las ideas centrales y unas recomendaciones que pueden ser tenidas en cuenta de cara al diseño de un futuro Plan Local de Prevención del Suicidio en Bilbao.

1. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

1.1. La Administración Pública como agente de prevención

El suicidio es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1969, como un problema de salud pública que afecta a la totalidad de la población mundial y como un problema prevenible, cuyo impacto epidemiológico y social puede reducirse considerablemente a través de iniciativas, planes estratégicos y acciones sociosanitarias.

Prevenir significa, comúnmente, “tomar medidas o disposiciones de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa”. También en suicidio. Y quienes mejor preparados están para diseñar y desarrollar acciones encaminadas a este fin, especialmente ante un problema de esta magnitud, son los gobiernos o administraciones de una comunidad.

El formato de las iniciativas a tomar que más se adecúa a la importancia real del problema es la planificación pública de carácter integral y multidisciplinar; es decir: la elaboración por parte de los estados de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio (OMS, 2014).

En 2014, en el informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, la OMS habla de la necesidad de involucrar a múltiples agentes y actores en la prevención, intervención y posvención del suicidio mediante el diseño de una “Estrategia Nacional Integral”. En 2018, en el informe *National suicide prevention strategies*, la OMS vuelve a recordar esta necesidad, analiza las estrategias existentes y plantea compromisos de futuro:

“Una estrategia nacional de prevención del suicidio debe ser multisectorial, involucrando no solo al sector de la salud sino también sectores como la educación, el trabajo, el bienestar social, la agricultura, la empresa, la justicia, el derecho, la defensa, la política y los medios de comunicación. La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país. Al conceptualizar e implementar una estrategia nacional de prevención del suicidio a través de un plan de acción, es necesario especificar objetivos, metas, indicadores, cronogramas, hitos, responsabilidades designadas y asignaciones presupuestarias. El gobierno necesita un enfoque estratégico y sistemático. Sin un plan de acción, es probable que el progreso no sea el deseado” (OMS, 2018b: 5)

Es muy importante que se lideren, desde las instituciones, las acciones orientadas a la prevención, intervención y posvención del suicidio. Los gobiernos nacionales deberían liderar esta planificación, pero también deben sumarse otras administraciones públicas, bien porque las generales no asumen este compromiso, bien porque las diferentes administraciones (especialmente en un caso como el nuestro) tienen áreas competenciales diversas en relación al desarrollo de la vida de las personas concretas, tanto en sus dimensiones individuales como

comunitarias y sociales. Las razones de la importancia del liderazgo de los gobiernos son, entre otras:

- Establece que la conducta suicida es un importante problema de salud pública.
- Señala el compromiso de un gobierno para abordar el problema.
- Proporciona una guía autorizada sobre actividades clave de prevención del suicidio
- Identifica a las partes interesadas clave y les asigna responsabilidades específicas. Además, esboza la necesaria coordinación entre estos diversos grupos.
- Identifica lagunas (en legislación existente, en prestación de servicios y la recopilación de datos.)
- Da forma a la promoción, la sensibilización y las comunicaciones en los medios.
- Proporciona un contexto para una agenda de investigación sobre conductas suicidas.

En suma, los gobiernos nacionales son fundamentales para proporcionar liderazgo a través de la movilización y coordinación de múltiples partes interesadas, incluidos los sectores gubernamentales y no gubernamentales, la sociedad civil y comunidades.

Sin embargo, los estados no parecen involucrarse de la forma planteada. Así, en 2021, la OMS reconoce que los gobiernos no están liderando planes integrales de prevención del suicidio, por lo que redirige sus esfuerzos hacia la acción de otros agentes también implicados en la prevención del suicidio. Así, ante la falta de respuesta de los gobiernos, y viendo que quienes realmente asumen acciones de prevención del suicidio de muchos países son agentes no estatales (administraciones locales, asociaciones, ONGs, voluntariado....), la OMS reconsidera la importancia de liderazgo institucional, y especifica que TODOS podemos hacer algo en la prevención del suicidio.

“La ausencia de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio no debe impedir que los países implementen intervenciones para la prevención del suicidio. En muchos países que no tienen estrategia, una amplia gama de partes interesadas están involucradas en actividades de prevención del suicidio, desde la organización de grupos de apoyo a la sensibilización y defensa de las personas en riesgo.

Partes interesadas de la comunidad se beneficiarán de la implementación de cualquiera de los componentes de LIVE LIFE (...) Ambos, gobiernos y comunidades (sociedad civil) pueden contribuir a la prevención del suicidio implementando LIVE LIFE y generando procesos organizativos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba”. (OMS, 2021: 1)

En este punto, **la administración local adquiere un papel fundamental** en la prevención del suicidio en las comunidades más cercanas a las personas, ya que, a la vez que pueden asumir una capacidad de liderazgo, también pueden ejercer una importantísima labor de coordinación

entre los distintos agentes socio-comunitarios que pueden operar en las diferentes áreas de la vida individual y social¹

Intentando dinamizar la acción de estas esferas intermedias de la administración y la de la sociedad civil, la OMS elabora varias guías prácticas muy interesantes, las cuales han sido muy útiles para realizar este trabajo y, sin duda, lo serán para desarrollar un Plan Local de Prevención del Suicidio.

- Guías para la elaboración de una estrategia nacional integral de prevención del suicidio a nivel gubernamental, con ejemplos de estrategias (OMS, 2012; OMS, 2014; OMS, 2018);
- Un modelo de salud pública para la prevención del suicidio, con factores de riesgo y de protección –que abarca cuestiones sistémicas, sociales, comunitarias, individuales y en materia de relaciones que reflejan un modelo ecológico (OMS, 2014).
- Un enfoque por pasos para implicar a las comunidades en la prevención del suicidio, (OMS, 2020)
- Una guía que explica cómo establecer los pilares fundamentales (6) para prevenir el suicidio y cómo ejecutar intervenciones eficaces (4) basadas en la evidencia, incluyendo acciones concretas, indicadores y ejemplos de casos reales (OMS, 2021)

Pero antes de pasar revista a las realidades y posibilidades de actuación en prevención del suicidio en nuestro entorno, conviene conocer algunas cuestiones básicas sobre la conducta suicida

1.2. La conducta suicida

1.2.1. Concepto e identificación (y registro) de una muerte como suicidio

Conceptos

El suicidio, y todo lo que le rodea, es tan longevo como la humanidad. Todas las civilizaciones y sociedades han tenido su propia concepción y significación del suicidio; desde considerarlo un acto individual noble y ético (Grecia antigua, Japón de los samuráis...), hasta la acción más indigna, ruin y egoísta que puede ejecutar un ser humano (cristianismo de San Agustín), pasando por la significación de la máxima lealtad comunitaria (primeros cristianos mártires, kamikazes de la Segunda Guerra mundial o incluso los actos de terrorismo).²

¹ Véase el Anexo 1 de la publicación mencionada de la OMS 2021

² Para conocer las diferentes interpretaciones históricas del suicidio pueden consultarse, entre otras, las obras de Diana Cohen (2007), *Por mano propia*; la de Juan Carlos Pérez (2013), *La mirada del suicida*, o la de Ramón Andrés (2015), *Semper Dolens. Historia del suicidio en Occidente*.

En nuestro contexto más inmediato, geográfico y temporal (la modernidad occidental) podemos remontarnos a mediados del siglo XIX, cuando Durkheim se dedicó a este fenómeno enfrentando sus teorías a las de los alienistas franceses de la época (Bourdin, Esquirol, Pinel, etc.), para quienes el suicidio era una especie particular de locura o el resultado de diferentes tipos de locura. Por aquel entonces se consideraba que existían cuatro tipos de suicidios, establecidos por Jacques-Joseph Moreau en la entrada *Suicide* que escribió en el *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de 1883 (pág. 177), y de los que Durkheim da cuenta en su tratado “El suicidio” de 1897.

- Suicidio maniático: Suicidio producido por delirios o alucinaciones a causa de las voces que escucha.
- Suicidio obsesivo: Suicidio causado por una idea obsesiva.
- Suicidio impulsivo: La causa del suicidio es debido a un acto impulsivo.
- Suicidio melancólico: Por último, tenemos el suicidio a causa de la depresión y la desconexión con el entorno.

Desde muy temprano, el suicidio se asoció con trastornos mentales, pues en nuestra sociedad “civilizada” solo desde la locura podía entenderse la acción de quitarse la vida uno mismo. Durkheim, sin embargo, cuestionó estos principios alienistas individuales y planteó el suicidio desde una perspectiva más social y estructural. Definió el suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado”. (Durkheim, 2016:13).

Desde una perspectiva sociológica Durkheim prefiere hablar de “suicidios”, más que de “suicidio”. Así, los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad. Dos dimensiones sociales son esenciales en la conducta suicida: la integración, cohesión social o solidaridad, por un lado, y la reglamentación o regulación social, por otro. Tan negativo es que se produzca un exceso como un defecto de cada una de estas dimensiones en una sociedad concreta. Así, Durkheim establece cuatro tipos de suicidios:

- Suicidio egoísta: Se trata de un acto realizado de manera individualista por no soportar las condiciones de la vida personal, especialmente cuando estas son difíciles o complicadas. Se produce en contextos sociales con una débil cohesión social o falta de “comunidad”, donde los vínculos sociales son débiles y no posibilitan el acoger al sujeto en sus dificultades.
- Suicidio altruista: En contraposición a la visión individualista, el suicidio altruista se centra en aquellas personas de un gran sentido del deber y que entienden que su vida individual tiene menos valor que la colectiva. Literalmente están dispuestos a ofrecer la vida por la comunidad.

- Suicidio anómico: Como dice su nombre se basa en la anomia, personas que han sufrido de una fuerte crisis religiosa, social o ética pueden encontrarse abandonados o sin ningún tipo de orientación, lo que les lleva a la indeseabilidad de vivir. Se produce en contextos de crisis, cambios...en donde los patrones de conducta no están claros (déficit de regulación)
- Suicidio fatalista: donde la reglamentación y el control social aparece como excesivo para algunos individuos, ejerciendo sobre ellos una presión insoportable.

A excepción de Durkheim, son muy pocos los científicos sociales que han abordado el suicidio como objeto de estudio. De forma tradicional, el suicidio ha pertenecido, casi en exclusiva, al área sanitaria; concretamente ha sido concebido prioritariamente desde la perspectiva de la (mala) salud mental individual (enfoque biomédico)

A mediados del siglo XX surgió un movimiento nuevo en Estados Unidos: la Suicidología. En 1958, Shneidman, Litman y Farberow crearon el Centro para la Prevención del Suicidio en Los Ángeles y con él, la Suicidología como metodología científica (Chávez y Leenaars, 2010). La definición que Shneidman ofrece sobre el suicidio es que es “un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en las necesidades de un individuo que representa un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución” (Shneidman, 1993:4). Para Shneidman el suicidio es el resultado de un dolor psicológico insoportable (psychache)

En 1996 O’Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman, en su obra “*Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology*” (1996), realizan una amplia definición del suicidio y sus tipologías:

- Acto suicida: Conductas potencialmente autolesivas para las que existe evidencia explícita o implícita que la persona tuvo la intención de suicidarse.
- Suicidio: Muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, sobre la cual existe evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y de que la persona fallecida deseaba, en efecto, morir.
- Intento de suicidio: Comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal (la persona no murió), sobre el que existe evidencia explícita o implícita de que la persona deseaba terminar con su vida. En el intento suicida puede haber o no lesiones.
- Ideación suicida: Cualquier pensamiento en el que se involucre alguno de los comportamientos relacionados con el suicidio.

Entre las definiciones de O’Carroll et al. (1996) también se definía qué era una amenaza suicida, gesto suicida, conducta parasuicida y suicidio consumado, pero estos términos fueron sometidos a revisión y se descartaron por considerarse términos inaceptables. El suicidio

consumado es un pleonismo; conducta parasuicida, gesto suicida o amenaza suicida suponen una atribución peyorativa, pues están relacionadas con un acto manipulativo (conducta parasuicida se sustituyó por autolesión o conducta violenta autoinflingida) y el término “intento de suicidio fallido” se eliminó por simplemente intento de suicidio debido a que implica que la persona que realizó el intento con todos sus esfuerzos fracasó en conseguir su meta.

En todo caso, la definición del suicidio debería incluir tres elementos esenciales:

- la muerte es producida por la propia persona
- conociendo o siendo consciente del resultado de su acción (la muerte)
- siendo esa acción el resultado de la voluntad de morir

Sin embargo, y aunque parezca simple, definir un acto como suicidio no es del todo sencillo si nos atenemos a la voluntariedad del acto. Por ello, en general, se prefiere utilizar una definición más operativa y objetivable: *toda muerte que se produce por mano de la propia víctima y que no puede ser identificada como resultado de un accidente.*

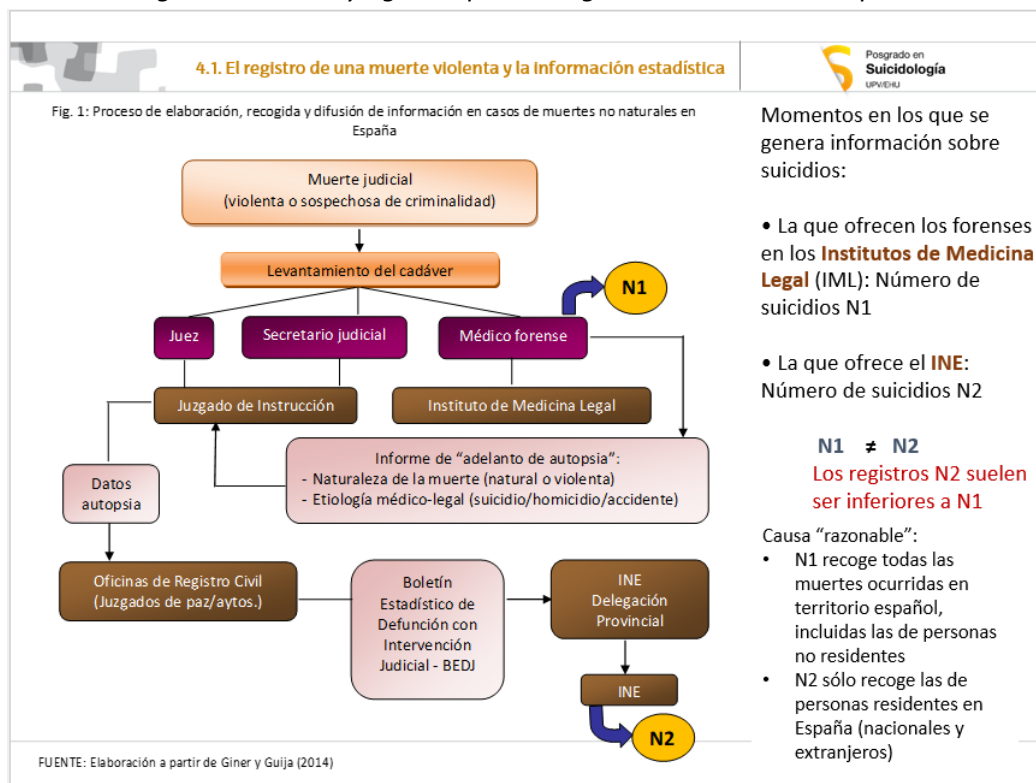
Registro

Desde el punto de vista legal y de la medicina forense, existen cuatro grandes causas de muerte (NASH): natural, accidente, suicidio, y homicidio. En el caso de las tres últimas, en tanto que muertes violentas, se requiere de la actuación de la medicina forense y de la acción judicial:

“En España, ante toda muerte violenta o sospechosa de criminalidad se procede al levantamiento del cadáver, que requiere la actuación de la comisión judicial integrada por juez, secretario judicial y médico forense (...). Tras la realización de la autopsia, el médico forense remitirá un informe de «adelanto de autopsia» en el que se establece la naturaleza de la muerte (natural o violenta) y la etiología médico-legal (suicidio, homicidio o accidental), remitiéndolo al Juzgado de Instrucción que entiende del caso” (Giner y Guija, 2014: 140)

Para poder identificar una muerte como suicidio, deben existir evidencias de que no ha sido una muerte accidental. Cuando los casos no son claros, la muerte se clasifica como de “causa desconocida”. Ello, unido a casos en los que la clasificación puede ser errónea (identificando como accidentes lo que en realidad han podido ser suicidios) o a situaciones en las que, por respeto a las familias estigmatizadas, se evita determinar una muerte como suicidio, nos ofrece un panorama claro de subregistro de suicidios reales (OMS, 2014; Guija et al., 2012; Giner y Guija, 2014).

Figura 1. Proceso y agentes para el registro de suicidios en España



FUENTE: Cristina Blanco. Curso "Especialista de Universidad en Suicidología"

Lo primero que tenemos, por tanto, es un registro deficiente de las muertes por suicidio. Por otro lado, a nadie se le escapa que para realizar labores de prevención social, es indispensable contar con la mejor información estadística posible.

1.2.2. Aproximación a la conducta suicida: proceso, factores implicados y señales de alerta

Han sido muchos los autores quienes han tratado de explicar la motivación que lleva a una persona a suicidarse y resolver una de las dudas más importantes hacia este respecto, el "¿por qué?", con el objetivo de mejorar la detección precoz y la prevención del suicidio³. Sin embargo, y dado que este no es un tratado de psiquiatría, nos acercaremos a la conducta suicida desde un punto de vista operativo (no tanto explicativo) a través de dos aproximaciones principales: conducta suicida como proceso y factores intervinientes.

³ Existen numerosas teorías y modelos explicativos de la conducta suicida; e incluso numerosas formas de clasificarlas: modelo de Diátesis-Estrés, modelo Procesual; modelos psicopatológico, contextual y de sentido; modelo biológico, psicológico y social; teorías de los Tres Pasos, Teoría Interpersonal, modelo Integrativo Motivacional-Volitivo; y un largo etcétera de combinaciones entre factores biológicos, psicológicos, relacionales, vitales y sociales que generan en una persona una vivencia de sufrimiento extremo junto con la desesperanza de no poder salir de esa situación.

1.2.2.1. Conducta suicida como proceso (y señales de alerta)

Se trata de considerar la conducta suicida como un proceso, una especie de *continuum* en el que, a veces, se pueden identificar ciertas señales de alerta, en el sentido de identificar que una persona puede estar en el proceso de pensar, planificar o intentar quitarse la vida. Esto no siempre ocurre así, ya que algunos suicidios son, más que resultado de un proceso lineal ascendente y consciente, fruto de la impulsividad y/o de consumo de sustancias que inhiben el control. Una de las representaciones de este *continuum* es la que señalamos en la figura 2

Figura 2. Conceptos de la conducta suicida según riesgo potencial



FUENTE: Andoni Anseán, 2014

En la mayoría de los casos (aunque no siempre) antes de consumir un suicidio, se evidencian una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo de suicidio. De ahí la importancia de conocer este tipo de señales para detectar este riesgo y aplicar las pautas de prevención desde su entorno más cercano (ASAFES, 2022)⁴. Las señales de alarma pueden diferenciarse entre:

Señales verbales:

- Expresar deseos de quitarse la vida, quererse hacer daño o matarse. Este pensamiento se manifiesta con distintos grados.
- Verbalizar sentimientos de desesperanza, con una visión muy negativa del futuro o incluso sin percepción de futuro ("lo mío no tiene solución", "no va a mejorar nunca", etc.)
- Expresar un sufrimiento extremo: considera que ya no se puede soportar o tolerar más una situación o estado vital ("esta vida es un asco", "mi vida no tiene sentido").
- Comunicar sentimientos de soledad y sentirse una carga para su entorno.

⁴ Véase *Guía para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio adolescente en centros educativos*. ASAFES, 2022

- Manifestar sentimientos intensos y abrumadores de culpa, vergüenza y odio hacia sí misma (“no valgo para nada”, etc.)
- Hacer comentarios relacionados con la muerte (“me gustaría desaparecer”, “quiero descansar”, “no deseo seguir viviendo”...) o conversaciones reiterativas sobre la muerte.
- Realizar despedidas inusuales verbales o escritas (“quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”, “siempre te querré”).

Señales no verbales

No siempre la persona verbaliza sus intenciones suicidas, pero a través de determinados comportamientos podemos sospechar esas intenciones.

- Aparición de cambios repentinos en su conducta habitual que pueden manifestarse en dos formas:
 - Aumento significativo de la irritabilidad; mayor agresividad; no respetar límites.
 - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Esta circunstancia puede revelar que la persona ha resuelto el conflicto entre sus deseos de vivir y de morir en favor de estos últimos.
- Intento previo de suicidio. El periodo de mayor riesgo es desde que se produce la tentativa hasta los tres o seis meses posteriores (especialmente los 7 días siguientes a la tentativa)
- Presencia de un evento desencadenante o precipitante.
- Búsqueda de mecanismos para hacerse daño.
- Conducta imprudentemente temeraria.
- Retraimiento social y/o aislamiento.
- Falta de energía (anergia), actitud pasiva, apatía, tristeza.
- Anhedonia: incapacidad para experimentar placer con actividades habituales.
- Descuido en la apariencia personal.
- Dificultades en la concentración, desatención y como consecuencia, pérdida de la memoria.
- Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación.
- Conductas de cierre: cerrar asuntos pendientes, preparación de documentos, regalar objetos muy personales, entregar sus pertenencias a sus seres queridos, cerrar cuentas de redes sociales, llamar a personas para despedirse...
- Tenencia de algún medio para suicidarse (acumular medicación, llevar consigo el tóxico, la cuerda, etc...)
- Ingerir bebidas alcohólicas en cantidades y con una frecuencia inusuales.
- Cualquier otro comportamiento que pueda hacernos sospechar y esta alerta.

En caso de detectar estas señales, es importante responder con rapidez. Es imprescindible hablar con la persona y buscar la ayuda y el apoyo profesional necesario.

1.2.2.2. Factores de riesgo, protectores y precipitantes

Se trata de factores que pueden intervenir en la decisión de quitarse la vida y que, en mayor o menor medida, están presentes en las diferentes teorizaciones sobre este fenómeno. Su consideración es de gran importancia, ya que es a partir de la identificación de estos factores como se puede hacer prevención universal o selectiva (atendiendo a colectivos más vulnerables) desde las instituciones públicas: mejorando los factores protectores y reduciendo los factores de riesgo. Y es también identificando las señales de alarma (cuando estas se producen) cuando se pueden poner en marcha los dispositivos adecuados para la intervención en un caso concreto (prevención indicada). En suma, *conocer los factores de riesgo y los factores protectores de la conducta suicida resulta útil a la hora de diseñar políticas públicas de prevención del suicidio porque nos indica a quiénes debemos cuidar más*

Factores de riesgo y protectores

Existe una serie de elementos, situaciones o factores que, sin determinarlas, favorecen el desarrollo de conductas suicidas. Son los “factores de riesgo”. Por otro lado, hay también un grupo de factores que ofrecen protección contra el riesgo de suicidio (“factores protectores”). Éstos pueden disminuir el efecto de un factor de riesgo concreto o de varios a la vez.

Por eso, para reducir el riesgo de conductas suicidas es importante favorecer y robustecer los factores protectores de las personas y reducir el impacto de los factores de riesgo. Hay que añadir que existen factores que admiten cambios, pero otros no; que unos son internos y otros son externos. De ahí que sea también importante trabajar en varias direcciones a la vez:

- Incidir en los factores externos (reduciendo riesgos y fortaleciendo protecciones)
- Incidir en los recursos internos de las personas para afrontar las circunstancias adversas inevitables de la vida (aspectos psicológicos y de afrontamiento)
- Identificar situaciones de riesgo de forma temprana
- Implementar recursos de intervención y seguimiento accesibles a las personas en riesgo y sus familias
- Poner a disposición de supervivientes recursos para afrontar el duelo por suicidio.

Los grupos de clasificación de ambos no son exhaustivos, pero a grandes rasgos se pueden considerar tres tipos: factores individuales, factores sociofamiliares y factores contextuales.

Factores individuales

Se trata de características propias de las personas, por lo que hacen referencia a la vulnerabilidad individual. La edad y el sexo forman parte de este grupo (no tanto por las características en sí, sino porque las personas presentan de forma recurrente diferentes

conductas según sexo y según edad). Además de estos, hay varios factores de riesgo individuales a los que prestar atención.

- Uno de los principales consiste en la presencia de trastornos mentales, mostrándose en diversos estudios una asociación fuerte entre éstos y el suicidio (Henriksson et al., 1993; Bedoya y Montaña, 2016; San Too et al., 2019). Especial relación se percibe entre la depresión y el suicidio. La bipolaridad (entre el 20% y el 58% de personas con trastorno bipolar ha llevado a cabo un intento de suicidio), la esquizofrenia (riesgo de suicidio entre 30 y 40 veces mayor que en la población general), los trastornos de la conducta alimentaria (el riesgo de suicidio aumenta 4,7 veces en personas con un TCA) y el déficit de atención por hiperactividad (con casi tres veces más posibilidades de suicidarse) son otros de los trastornos más frecuentes en personas que terminan por suicidarse. Además, en caso de presentar más de un trastorno mental el riesgo de suicidio aumenta (Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Departamento de Salud, 2019).
- El consumo nocivo de alcohol y el abuso de sustancias como opiáceos también entra dentro de esta categoría, aumentando el riesgo de suicidio hasta un 8,5 y 13,5 veces respectivamente.
- Uno de los factores más graves es la existencia de intentos previos de suicidio. Aquellas personas que han intentado suicidarse anteriormente presentan un riesgo de suicidio 40 veces mayor al de la población general, que puede aumentar hasta 100 veces durante el año siguiente (Gómez, 2012; García de Jalón y Peralta, 2009). Nada menos que el 50% de aquellas personas que se han suicidado ha llevado a cabo un intento de suicidio previo (Cooper et al., 2005).
- Los factores psicológicos y los rasgos de personalidad son otro de los factores a tener en cuenta. Rasgos como la inseguridad, la introversión, el perfeccionismo y autodesvalorización, la difusión de la identidad, unos altos niveles de impulsividad o la desesperanza, que se puede apreciar en el 91% de personas con conducta suicida (Krug et al., 2002), constituyen características que pueden conducir a la ideación suicida (Simón y Sanchís, 2010), especialmente entre adolescentes, debido a la inestabilidad emocional característica de esta etapa.
- También las enfermedades físicas, dolores crónicos y discapacidades acrecientan el riesgo de suicidio, observándose que en el 25% de los suicidios las personas tenían una enfermedad física. La cifra es mayor en personas de una edad avanzada, del 80% (Krug et al., 2002). Enfermedades como la esclerosis múltiple, el cáncer, la diabetes o la infección por VIH que pueden traer consigo dolor, discapacidad física, angustia y la deficiencia del desarrollo nervioso son ejemplos de ello, más frecuentemente en los primeros meses tras el diagnóstico y la aparición de los síntomas de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2014).

- En último lugar, los factores genéticos y neurobiológicos inciden también en el riesgo de suicidio, relacionándose las alteraciones genéticas o de factores bioquímicos con bajos niveles de serotonina (García de Jalón y Peralta, 2009).

Por su parte, también existen en el ámbito de lo personal-individual factores protectores.

- Contar con estrategias eficaces de bienestar subjetivo es muy importante en la protección individual frente al riesgo de suicidio (Sisask et al., 2008). El bienestar está relacionado con los hábitos saludables y con la inteligencia emocional, compuesta por un conjunto de características personales como la esperanza, la autoestima, las relaciones interpersonales, la estabilidad emocional, el optimismo y la capacidad de afrontamiento positivo de los problemas (Suárez-Colorado, 2012). Todo esto es muy importante, ya que poder hacer prevalecer los pensamientos positivos frente a los negativos se traduce en una mayor capacidad de resiliencia, lo que permite atenuar los efectos de los factores de riesgo (Sher, 2019).

Factores sociofamiliares

Los factores sociofamiliares se refieren a las relaciones que mantenemos con otros individuos, como la familia, los amigos o los compañeros de estudio y de trabajo.

- Uno de los primeros elementos a tener en cuenta como factor de riesgo en son los antecedentes familiares de suicidio. Vivir el suicidio de un miembro de la familia es una experiencia traumática, por lo que las tasas de suicidio son significativamente mayores en las familias de víctimas del suicidio, así como los intentos de suicidio (Rihmer et al., 2012). Para los menores es especialmente impactante que los padres presenten conductas suicidas, así como las malas relaciones con ellos y la disfunción familiar (Hernández-Bello et al., 2020).
- La falta de apoyo es otro elemento fuertemente dañino para los individuos. Cuanto mayores son la falta de apoyo social y los sentimientos de soledad, también lo son la prevalencia de intentos suicidas y del riesgo de suicidio (Santillán et al., 2022). Esto explica que el riesgo de suicidio aumente en personas solteras y divorciadas (Burgos et al., 2017) y personas de la tercera edad que viven solas (Velásquez, 2019).
- Las personas que han sufrido maltrato, sea emocional o físico, presentan mayores posibilidades de suicidarse debido a las consecuencias psicológicas que ocasiona. Así, haber sufrido abusos en la infancia o la violencia por parte de la pareja son factores de riesgo que hacen de los niños y las mujeres colectivos especialmente afectados (Sachs-Ericsson et al., 2017; Pico-Alfonso, et al., 2006).
- Por otro lado, hay que atender a la discriminación que se da en contra de determinados grupos de la población. Cuando una persona o grupo son o se sienten rechazados, el riesgo de suicidio aumenta. Esto sucede de forma frecuente con personas que forman

parte del colectivo LGBTI (De Lange et al, 2022) y adultos racial y étnicamente diversos de una región (Gomez et al., 2011).

Por su parte, también existen en el ámbito sociofamiliar factores protectores.

- Contar con una red social de apoyo y mantener relaciones personales sólidas amortigua la relación entre los eventos negativos y la ideación suicida, sobre todo en épocas de crisis y ante factores de estrés (Kleiman et al., 2014; Franco et al., 2020). Del mismo modo, la integración y participación en la comunidad protegen frente a la conducta suicida y permiten una mayor recuperación de las adversidades (Leamy et al., 2011).

Factores contextuales

En último lugar, el tercer grupo está conformado por los factores contextuales, que son un conjunto de elementos legales, culturales, históricos y religiosos propios de una comunidad.

- A esta categoría pertenece el nivel socioeconómico del país. El nivel de desempleo está relacionado con un riesgo de suicidio más alto, al igual que la falta de confianza en la situación laboral (Yur'yev, A. et al. (2010).
- En determinados lugares es legal poseer y es fácil obtener medios letales, como armas de fuego, venenos, plaguicidas, medicamentos o gases tóxicos. Esto tiene una relación directa con el riesgo de suicidio, ya que la facilidad de acceso influye en la elección del método y en la probabilidad de utilizarlos para cometer suicidio (Sarchiapone et al., 2011), sobre todo en profesiones donde están fácilmente disponibles.
- Los medios de comunicación pueden cometer errores a la hora de informar acerca del suicidio debido a la transmisión de información inadecuada o simplificación (Sudak, H.S. y Sudak, D.M., 2005), pudiendo provocar actos de imitación del suicidio. Esto se conoce como efecto Werther. Las redes sociales e Internet, por otra parte, permiten el acceso a representaciones sobre el suicidio inadecuadas, que pueden llegar a incitar al suicidio (cibersuicidio) (López, 2020).
- Las guerras, los conflictos y los desastres naturales, tienen un efecto en la salud mental de la población, y consecuentemente en el riesgo de suicidio (Peña, et al., 2007; Krug, et al., 1998). Además, pueden derivar en desplazamientos forzados de la población y en que estas personas se tengan que adaptar a una nueva cultura ajena a la propia (aculturación) (Vásquez-Ventura et al., 2022), lo que explica que los refugiados, migrantes y pueblos indígenas presenten un mayor riesgo de suicidio (Cogo et al., 2022).
- Además, en nuestra sociedad hay un estigma en relación a la salud mental que lleva a que en ocasiones las personas sean reacias a pedir ayuda, generando una barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental (Moloney, 2018).
- Aún en el caso de que este estigma se superase, lamentablemente existe una serie de barreras en el acceso a la atención de salud. En muchos casos el sistema de salud de un

país es complejo o no goza de los recursos necesarios, haciendo que sea más difícil el acceso al mismo y que la atención sea inapropiada (Ilona Kickbusch, 2013).

En último lugar, también hay factores contextuales y comunitarios que protegen de los factores de riesgo.

- Uno de ellos son las creencias y prácticas religiosas o espirituales de una comunidad. Cuanto mayor es el grado de religiosidad, menor es el riesgo de conducta suicida, ya que ello implica un conjunto de valores compartidos que rechazan determinados factores de riesgo y condenan el suicidio (aunque la religión como factor de protección depende de las prácticas y las interpretaciones contextuales y culturales) (Gearing y Lizardi, 2008).

Factores precipitantes

Existen determinados factores que originan un alto nivel de estrés y pueden ser el detonante para que se termine por precipitar un suicidio. Los más habituales son los relacionados con problemas familiares o de pareja, destacando también los problemas laborales, de salud y financieros. Así, que una persona haya discutido fuertemente con amigos, familiares, o su pareja; haya perdido el empleo o lleve un período largo sin trabajo, haya sido diagnosticada con una enfermedad recientemente o esté pasando por problemas financieros, son ejemplos de ello. La desesperanza, la no aceptación de la identidad sexual y sufrir maltrato físico, abuso sexual, bullying o violencia de género son también factores precipitantes del suicidio (Broco et al., 2023; Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Departamento de Salud, 2019).

1.3. Colectivos vulnerables

Hay algunos factores de riesgo que están más presentes en ciertos grupos de personas por sus características o por su posición en el conjunto de la sociedad, y que, en base a ello, configuran lo que se conoce como “colectivos de riesgo” o “colectivos vulnerables”. Son

“grupos de población que presentan mayor riesgo de presentar conducta suicida que el existente en la población general sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o ciertos antecedentes personales o familiares, etc. Incluye por ejemplo a las personas que han padecido traumas o abusos, las afectadas por conflictos o desastres, o los familiares de personas que se han suicidado” (*Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*, 2019: 16).

Presentamos algunos de esos grupos, sabiendo que el listado es mucho más amplio (reclusos, mujeres víctimas de violencia de género, personas migrantes, personas víctimas de abusos sexuales, etc...) y que es importante centrar la atención en la especificidad de todos estos sectores de población a fin de orientar estrategias preventivas específicas y eficaces. También es importante recordar que no se trata de identificar personas concretas, sino de grupos con características que les hacen más vulnerables frente al suicidio y que requieren una atención especial, no tanto como personas concretas de riesgo (prevención indicada, que se verá más adelante) sino como pertenecientes a un grupo con factores de riesgo más profundos que la población general (prevención selectiva).

Como se verá más adelante, las acciones de prevención se clasifican según el público al que van dirigidas. Cuando están orientadas a toda la población, hablaremos de prevención universal; cuando están orientadas a grupos vulnerables, prevención selectiva, y cuando están orientadas a personas concretas con riesgo suicida, prevención indicada. Es importante para las administraciones públicas identificar y diagnosticar potenciales poblaciones de mayor riesgo, con el fin de dirigir más específicamente acciones preventivas para ellas.

1.3.1. Población mayor

La población mayor presenta una de las mayores tasas de suicidio, ya que, en general, la tasa de suicidios incrementa junto al incremento de la edad. En el entorno nacional también se da este caso, y es que la tasa por 100.000 habitantes que ejecuta el INE recoge el incremento que ocurre desde que comienza la etapa de edad de los 70 años, siendo el pico más alto entre los 90 a los 94 años (Blanco, 2022). En este grupo de población se pueden concitar varios factores de riesgo importantes:

- La pérdida de autonomía y autoestima, con la edad todos perdemos capacidades físicas y mentales que nos llevan en algunas ocasiones a la dependencia, así como las enfermedades crónicas, el dolor corporal y la demencia que acompaña a la vejez.
- El cambio físico, mirarse al espejo, no es lo mismo que cuando lo hacemos a los 20 años, no se considera el impacto de la autoimagen que afecta a los mayores (Hein, 2022).
- La soledad es un motivo crucial del suicidio en la población mayor y es que la soledad no deseada está muy relacionada con la insatisfacción vital. La soledad agrava numerosas psicopatologías como la depresión que en la población mayor está muy desarrollada y no es diagnosticada.
- Otro factor que produce la soledad no deseada es la muerte silenciosa, es decir, la falta de apoyo social y familiar hace que no sean capaces de poder hablar con nadie sobre sus preocupaciones y dolencias, es por eso que las personas ancianas planean sus intentos de suicidio de una manera más metódica y que, por la edad, las probabilidades de recuperarse de las secuelas de una tentativa son escasas.

- Especial factor de riesgo asociado a las personas mayores es la muerte. Pensamientos recurrentes sobre la muerte no es tema alejado en la mente de la gente mayor, ya que se preocupan por la propia o por la ajena. La pérdida de amigos o familiares es muy frecuente, lo que propicia también el factor anterior de la soledad y falta de apoyo social (García Ormaza, 2022).
- Los mayores también tienden a escoger los métodos más letales o de menor rescatabilidad. Vivir solos, o aislados en zonas rurales, podría aumentar la letalidad de las tentativas por la escasa rescatabilidad. En zonas rurales es más habitual tener armas de fuego (de caza) lo que facilita el uso de este método altamente letal. Otro método asociado a la edad es el envenenamiento debido al acceso a sustancias como los fármacos recetados (García Ormaza, 2022).

1.3.2. Población adolescente

La adolescencia se considera una etapa de cambios internos y externos. La búsqueda de una propia identidad, la gran importancia dada al grupo de pares, los cambios físicos y hormonales son los que caracterizan la adolescencia, además de una gran impulsividad. Si bien es cierto que el volumen de suicidios no es muy alto entre la población adolescente, sí que manifiestan ideaciones y conductas de riesgo que, unidas a la impulsividad y a la propia situación de cambio que a veces no saben o no pueden gestionar bien o con la rapidez que desearían, pueden generar verdaderas situaciones de riesgo suicida.

- Los adolescentes necesitan de adultos referentes que les ayuden a buscar las soluciones a sus problemas; que les acompañen en las dificultades, que les ofrezcan seguridad, presten atención y les apoyen en sus decisiones; que le enseñen habilidades y estrategias de resolución de conflictos; que promocionen su autoestima y salud mental; y que el ámbito familiar y escolar sea un entorno seguro en el que tengan total confianza para pedir ayuda. Es por eso que uno de los grandes factores de riesgo en adolescentes es la soledad o el aislamiento.
- El ser incapaz de resolver algunos conflictos también es un factor de riesgo en el adolescente, pues creará en él una sensación de indefensión aprendida que le llevará a la desesperanza, la depresión e incluso el suicidio.
- La indefensión aprendida está muy relacionada con los casos de abusos sexuales, maltrato o bullying que sufren algunos adolescentes, así como a los conflictos sociales, personales o familiares (García Ormaza, 2022).
- La adicción a distintas sustancias como el alcohol, el tabaco u otras drogas también son factores de riesgo, pues son muchas las ocasiones en las que estas sustancias se convierten en un hábito cotidiano del menor hasta monopolizar su día a día hasta convertirse en una adicción y en un problema personal, social y familiar.
- Otra adicción y factor de riesgo es el abuso del móvil o las redes sociales, donde los menores pueden estar expuestos a un sin fin de comentarios sobre su cuerpo, su

mentalidad, su forma de ser, su estilo de vida, su nivel económico e incluso sus gustos personales y hobbies y dónde comparan su perfil con el de otra gente deseando poseer la vida o cuerpo de otra persona. No es raro escuchar testimonios de menores que han desarrollado una depresión o un TCA (trastorno de conducta alimentaria) por culpa de las redes sociales, donde los “likes” de una foto valen más que su vida propia. Existen retos virales que le han costado la vida a cientos de menores, como el de la ballena azul, donde los menores seguían una serie de retos hasta llegar al último que suponía el suicidio.

1.3.3. Población LGTBI+

Pertenecer al colectivo LGTBIQ+ también puede ser un factor de riesgo (especialmente para adolescentes, pero no solo) por el rechazo y falta de apoyo social que pueden padecer, haber sufrido agresiones físicas y psicológicas por parte de su grupo de pares y sus familiares, así como haber participado en terapias de conversión.

En los jóvenes transgéneros y no binarios el principal factor de riesgo es la disconformidad entre el sexo sentido y el sexo afirmado, por lo cual, el mayor factor protector todos estos casos es el apoyo familiar, escolar y social y es que el simple apoyo de los familiares y el permitir utilizar la ropa, los nombres y pronombres deseados reduce considerablemente los intentos de suicidio (García Ormaza, 2022).

1.3.4. Población según sexo/género

En general, en el mundo, los hombres mueren por suicidio en mucha mayor medida que las mujeres. La relación puede oscilar entre el 60% y el 75%, según los países (OMS, 2014).

En España 3 de cada 4 suicidios corresponden a varones. Los últimos datos del INE (provisionales de 2022) muestran que de las 4.097 muertes registradas 3.042 fueron de varones (74,25%) y 1.055 de mujeres (25,75%). En el País Vasco, de las 174 muertes registradas en 2022, 124 fueron de varones (71,3%) y 50 de mujeres (28,7%) (EUSTAT). Esta tendencia se mantiene más o menos constante a lo largo de las décadas.

Es necesario realizar más estudios en profundidad sobre esta brecha de género en cuanto a conducta suicida. Muchas personas especialistas aluden a cuestiones de socialización, de roles de género, de formas diferenciadas de afrontar la vida y la realidad, de establecer y cumplir expectativas... Así, si las mujeres sufren mayores situaciones de discriminación, violencia machista, peor calidad de vida, impacto debido a los trabajos relacionados a los cuidados, su trabajo se remunera peor, etc., también es cierto que son más conscientes de sus malestares y sufrimiento psíquico y no suelen tener tanto reparo como los hombres en pedir ayuda y visibilizar esos malestares. Probablemente sea por eso que el porcentaje de mujeres diagnosticadas con ansiedad y depresión es mayor que el de los hombres y que, por lo tanto, la

prescripción de psicofármacos también sea mucho mayor. Esta situación, si bien pone a su alcance una mayor capacidad de fármacos, también las coloca en una mejor posición para resolver situaciones de riesgo. Por otro lado, los hombres tienen menor capacidad de afrontar socialmente los malestares, por lo que, junto a las expectativas que entienden existen en relación a su rol de proveedores, tienen muchas más dificultades para pedir ayuda cuando tienen problemas graves.

Algunos estudios indican que el suicidio va asociado, en muchos casos, al abuso de sustancias como alcohol y drogas, lo que impide un control efectivo sobre la propia conducta. El consumo de alcohol y drogas es más elevado en hombres que en mujeres, lo cual puede estar coadyuvando a que la tentativa o conducta de riesgo suicida termine en muerte con más frecuencia en el caso de los varones que en el de las mujeres

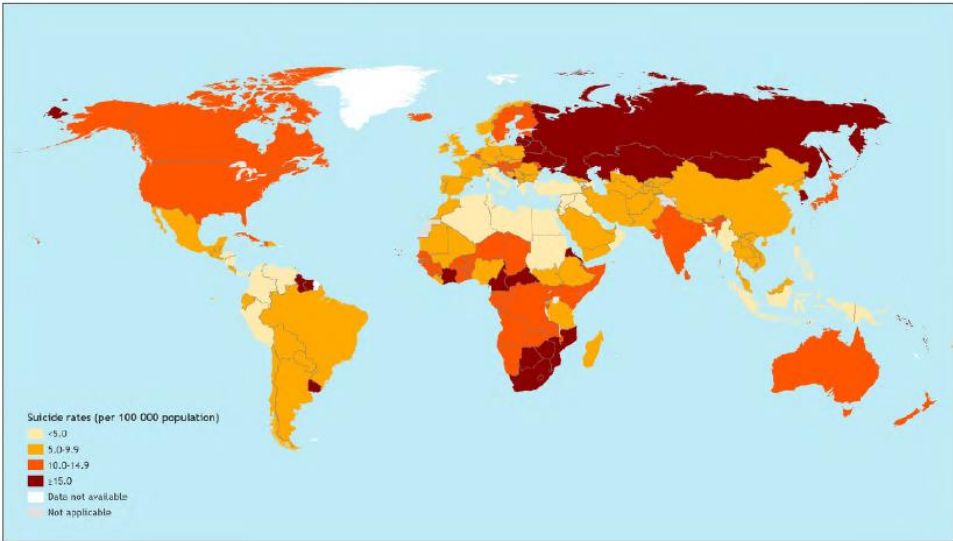
La perspectiva de género, en todo caso, se presenta como un factor fundamental para abordar la prevención del suicidio, debido a la diferencia de comportamientos y conductas suicidas que se produce entre hombres y mujeres. Entendemos que a cada grupo debe dársele la atención correspondiente.

1.4. Incidencia del suicidio; algunos datos epidemiológicos

1.4.1. El suicidio en el mundo

Según los últimos datos y estimaciones de la OMS, en el mundo mueren **más de 700.000** personas al año por suicidio (OMS, 2019). **Una muerte cada 40 segundos**. La **tasa media anual** de muertes por suicidio en el mundo es de **9 personas** por cada 100.000 habitantes, si bien existe una gran variación entre países, con tasas de entre 2 y 80 muertes anuales por cada 100.000 habitantes.

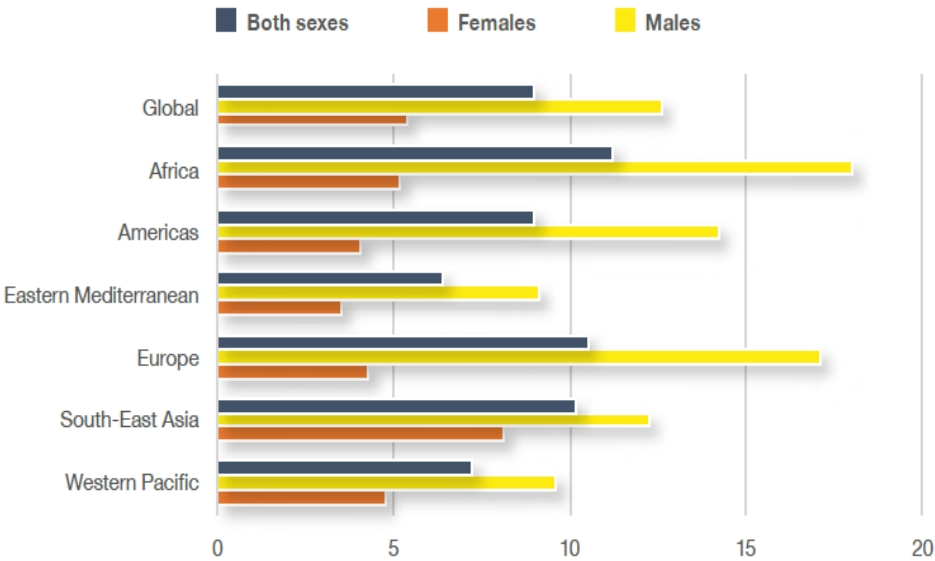
Figura 3. Tasas estandarizadas de suicidio por 100.000 habitantes. 2019



FUENTE: OMS, 2019: 4

En general, tanto el número de muertes por suicidio como las tasas son mucho **más elevadas entre varones** que entre mujeres. La proporción suele ser de entre el 66% y el 75% de varones frente al 33% o 25% de mujeres, salvo en pocas excepciones en las que hay más muertes por suicidio de mujeres que de hombres (China, por ejemplo)

Gráfico 1. Tasas estandarizadas de muertes por suicidio (por 100.000 hab.) por sexos y regiones del mundo. 2019

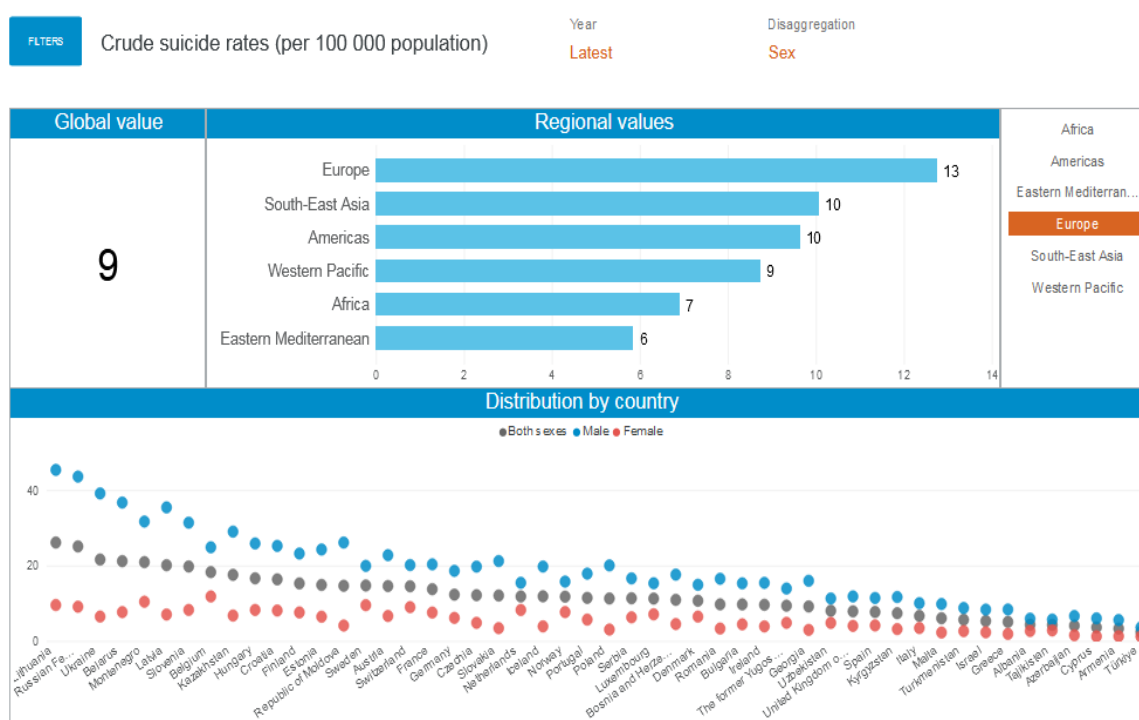


FUENTE: OMS, 2019: 9

Tomando las tasas *estandarizadas*⁵ por edades, África es la región mundial con más tasas de suicidio en general; y también del masculino, pero no del femenino. El área donde más tasas de suicidio femenino hay es el sudeste asiático. Aún así, las tasas de suicidio entre mujeres asiáticas siguen siendo inferiores a las de los hombres.

Si tomamos las tasas *crudas* (gráfico 2), Europa aparece como la región con tasas más altas de suicidio. Sin duda por el efecto del envejecimiento de su población, ya que las tasas de suicidio son mucho más altas entre la población anciana que entre la joven.

Gráfico 2. Tasas crudas de suicidio por áreas regionales y países europeos. 2019⁶



FUENTE: OMS, Estadísticas de suicidio

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

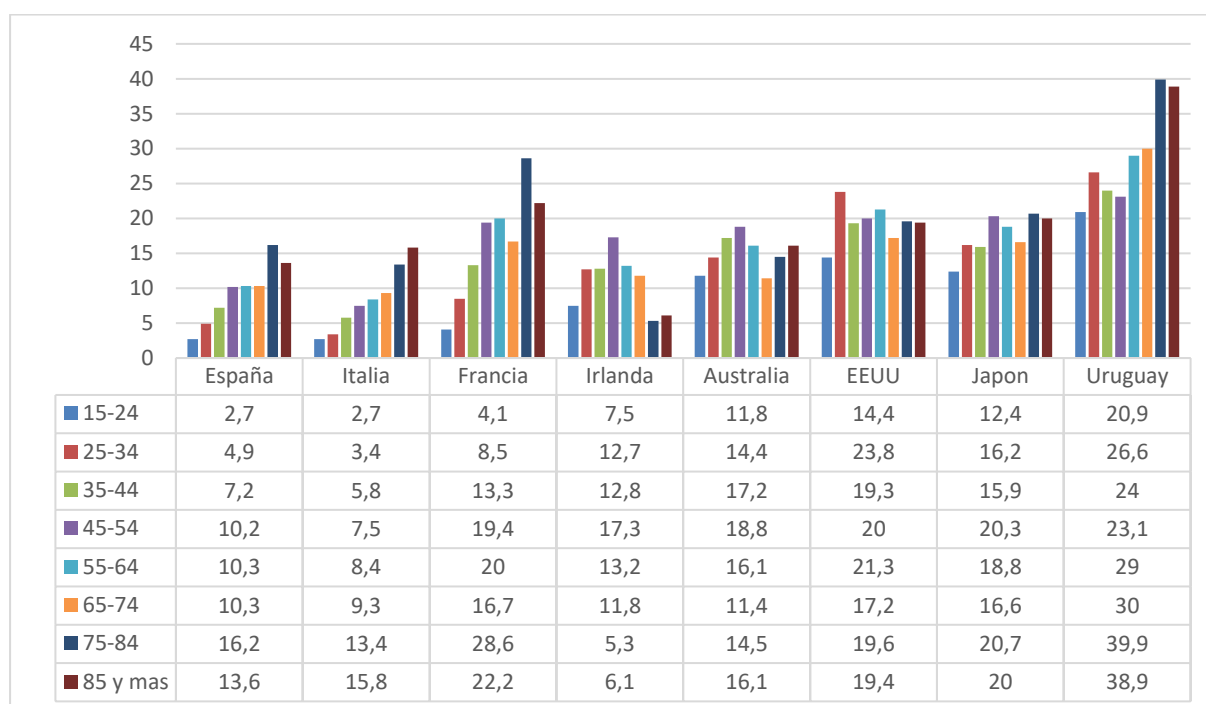
⁵ Se suele diferenciar entre tasas *crudas* y tasas *estandarizadas* por edad. Las tasas *crudas* son el resultado del número de muertes de una población (general, por sexos, por edades, o por cualquier otro grupo) entre 100.000 habitantes de la población total de cada grupo (población total, hombres/mujeres, para cada grupo de edad, etc). Las tasas *estandarizadas* suponen la aplicación de un coeficiente corrector o ponderador a las tasas crudas según la proporción que cada grupo de edad supone en el conjunto de la población mundial como media. Así, la comparación por países es más adecuada dado que minimiza la incidencia de las diferentes estructuras de edad por países. Por ejemplo, y sabiendo que las poblaciones más ancianas presentan tasas de suicidio más altas que las jóvenes, una sociedad envejecida tendrá una tasa cruda de suicidio más alta que si se pondera y estandariza por edades (es el caso de España, que arroja una tasa cruda de suicidio en 2019 de 7,7 por 100.000, mientras que la estandarizada es de 5,3 por 100.000, según datos de la OMS, 2019, anexo estadístico). En realidad, para cada país la tasa “real” es la cruda, pero la estandarizada se utiliza para comparar el impacto del suicidio por países.

⁶ En estos gráficos la OMS utiliza tasas “crudas” por 100.000 habitantes

En la parte inferior del gráfico se pueden ver las tasas de suicidio de los diferentes países del continente europeo, tanto las tasas generales como las tasas por sexos, describiendo un amplio abanico desde las tasas más bajas de Turquía (menos del 5 por 100.000) hasta las más altas de Lituania (más de 40 por 100.000). **En todos los países las tasas masculinas superan a las femeninas.**

Por último, atendiendo a la edad, hemos seleccionado un grupo de países occidentales para conocer si existen las mismas o similares pautas de tasas de suicidio por grupos de edad. El resultado lo vemos en el gráfico 3.

Gráfico 3. Tasas de suicidio por grupos de edad en diferentes países. 2019



FUENTE: Elaboración propia a partir de OMS, Estadísticas de suicidio

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Lo primero que llama la atención es que en muchos países (entre ellos, España) las tasas de suicidio son muy diferentes según las edades. Podemos discernir tres grandes modelos entre los países representados (todos occidentales, a excepción de Japón).

Modelo A: (Forma lineal ascendente). Las tasas de suicidio crecen conforme aumenta la edad, siendo las más bajas en las edades más tempranas y más altas entre la población anciana. Es el caso de España, Italia, Francia y Uruguay. Si bien las tasas son mucho más elevadas en Francia y, sobre todo, en Uruguay (que cuenta con las tasas de suicidio más altas del mundo), el patrón ascendente por grupos de edad es similar.

Modelo B: (Forma de U invertida). Las tasas más altas se concentran en las edades intermedias, mientras que entre jóvenes y ancianos las tasas son menores. Es el caso de Irlanda

Modelo C: (Forma lineal) Las tasas son bastante similares en los diferentes grupos de edad, no apareciendo tantas diferencias como en otros países. Es el caso de Australia, Estados Unidos y Japón.

Vistos estos datos, y con todas las precauciones que impone la comparación de información estadística entre países, especialmente en un tema tan complicado como el suicidio, sí que podemos hacer algunas reflexiones interesantes sobre la conducta suicida.

- El suicidio masculino es más numeroso que el femenino. Y esto como tendencia general a nivel internacional.
- Existen tasas de suicidio muy diferentes entre países, aunque sería importante determinar cómo se recogen los datos en cada país y si éstos son realmente homologables (por procedimientos e incluso por consideración de lo que se entiende como suicidio). Con todo, esta información ofrece una foto, aunque sea aproximada y no totalmente nítida, de las diferencias de conductas suicidas que hay entre países y regiones del mundo.
- El suicidio impacta de forma diferente a las diferentes etapas de la vida, o grupos de edad. Pero a diferencia de lo que ocurre con el sexo/género, las pautas de incidencia del suicidio por edades no se repiten de forma sistemática en todos los países. Mientras en unos las poblaciones más jóvenes presentan tasas muy bajas de muertes por suicidio, en otros éstas son más elevadas que las de los ancianos, y en otros se asemejan a las de otros grupos de población intermedios.

Dicho lo anterior, y viendo las diferencias tan grandes en conducta suicida⁷ entre países, especialmente en lo que se refiere a las pautas por edad, cabe preguntarse si la conducta suicida es simplemente el resultado de enfermedades mentales y de su correspondiente atención sanitaria. Si esto fuese así, los países desarrollados y de altos niveles de renta deberían mostrar similares tasas de suicidios y similares pautas por sexo y edad. Pero los datos no avalan esta hipótesis.

Por tanto, quizá debamos pensar, como Durkheim, que algo de haber en el contexto social, en las formas de entender la vida y la muerte, en las formas de cuidar y de cuidarse, en las maneras de conectar con los demás y con la comunidad, de los ritmos de la vida y del trabajo, etc. que

⁷ Y esto que solo tomamos un único indicador, el más objetivo, que es el número de muertes por suicidio. Si pudiésemos registrar y homologar información sobre tentativas, probablemente las diferencias entre contextos serían más acusadas todavía.

afecta a la conducta suicida, y no sólo el hecho de tener o no un trastorno mental (lo que igualaría las tasas en todos los países del mundo en función de su nivel de cuidados sanitarios). Y si los niveles de salud mental de los distintos países fuesen realmente muy diferentes a los que la propia biología dictase, cabría pensar también qué parte de lo social y cultural estaría generando tan diferenciados malestares.

1.4.2. El suicidio en España

La primera estadística de muertes según su causa en España data de 1861, aunque las estadísticas de suicidios tendrían que esperar hasta 1906, ya que en las anteriores se agrupaban todas las muertes violentas.

España contó con una estadística específica sobre suicidios, *La Estadística de suicidio*, publicada ininterrumpidamente desde 1906 hasta 2006, e incluida en el apartado de Seguridad y Justicia del Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta estadística incluía variables como ocupación, motivos del suicidio, existencia de hijos, educación y estado civil del fallecido, además de las actuales. Curiosamente **también registraba las tentativas** y, como el propio INE indica:

“La Estadística de suicidio se ha realizado ininterrumpidamente desde 1906 hasta 2006. Con periodicidad anual, recogía información tanto de los suicidios consumados como de las tentativas, estudiando el acto del suicidio con todas las circunstancias de tipo social que pudieran tener interés.

Desde 2007, siguiendo los estándares internacionales en la materia, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la *Estadística de defunciones según la causa de muerte*.⁸

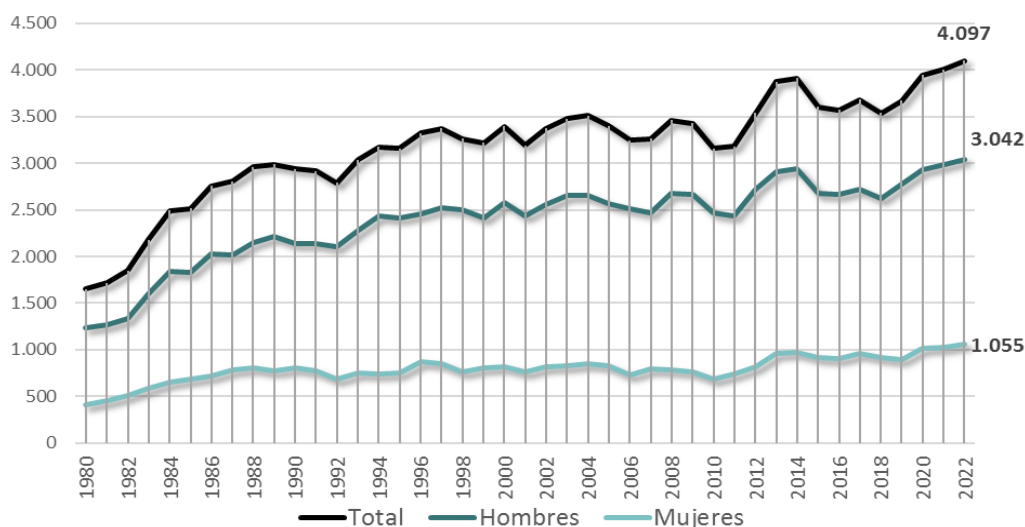
Así, desde 2006 la referencia oficial del registro de muertes por suicidio en España es el INE, si bien las fuentes originales de la información son los Institutos de Medicina Legal existentes en las diferentes comunidades autónomas. También cabe decir que las comunidades que tienen instituto de estadística propio, como es el caso del EUSTAT en el País Vasco, también ofrecen información estadística sobre muertes por suicidio en su comunidad autónoma.

Actualmente esta información se recoge en el apartado de *Estadísticas de Defunciones según causa de muerte*, del INE, si bien se elabora una estadística propia dentro de la principal: *Muertes por suicidio*. Las variables sobre las que se recoge información son: edad, sexo, lugar de residencia, lugar de defunción, mes de defunción, nacionalidad, método empleado y tasas estandarizadas por 100.000 habitantes.

⁸https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206

Ofrecemos algunos datos importantes respecto al conjunto de España.

Gráfico 4. Evolución de los fallecimientos por suicidio en España, por sexo. 1980-2022

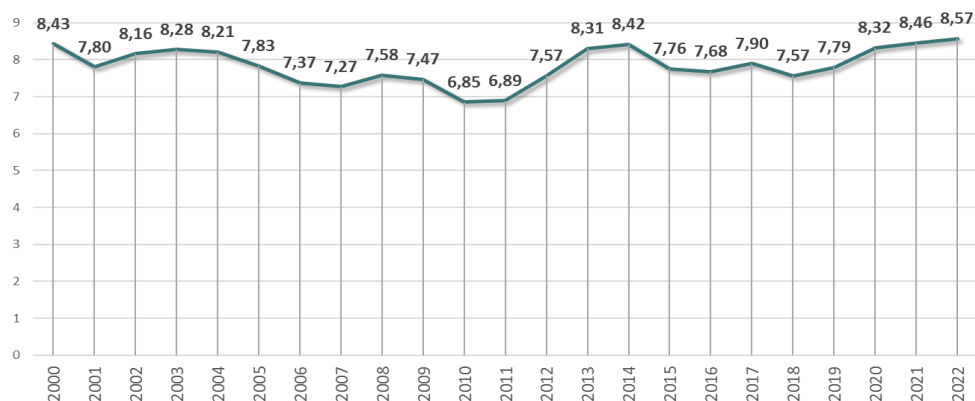


FUENTE: Elaboración propia a partir de INE, Estadística de defunciones según causa de muerte, varios años. Los datos de 2022 son provisionales

Podemos ver que en España el número de suicidios no ha dejado de crecer en los últimos 40 años. También se percibe que el número de muertes de varones supera al de mujeres en una proporción generalmente de 3 a 1 (el 75% de muertes son de varones).

Podría considerarse que el incremento del número de suicidios podría estar relacionado con el incremento de la población. Ciertamente que haya más habitantes puede incrementar el número de suicidios (y de hecho, sucede) pero tomando la tasa de cada año, podemos ver que en los últimos 20 años la tasa no ha descendido, sino que ha aumentado ligeramente (Gráf.4).

Gráfico 4. Evolución de las tasas de suicidio por 100.000 habitantes. España, 2000-2022

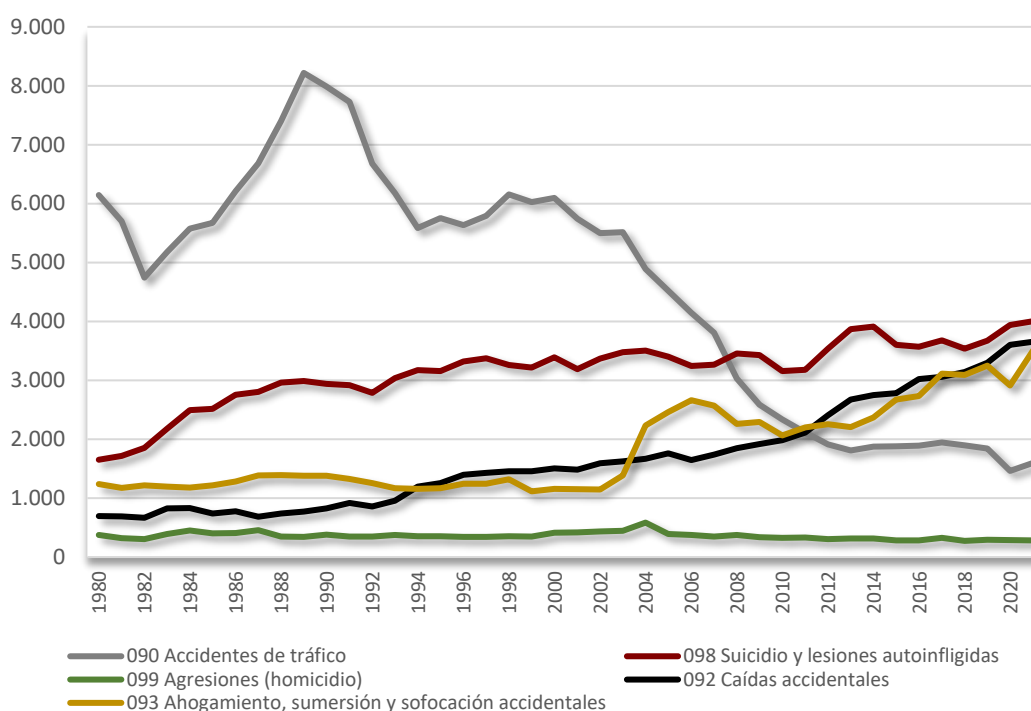


FUENTE: Elaboración propia a partir de INE, Estadística de defunciones según causa de muerte, varios años. Los datos de 2022 son provisionales

En definitiva: el impacto del suicidio en España no disminuye, ni en números absolutos ni en relativos.

Si comparamos las muertes por suicidio con otras causas externas de muerte (gráfico 5) podemos comprobar su evolución, especialmente en relación con los accidentes de tráfico. Mientras estos últimos descendieron sin cesar desde la década de los 90, los suicidios no han dejado de incrementarse; no de forma estridente, pero sí constante. Llama también la atención del incremento de otros tipos de accidentes, como ahogamientos y caídas, que han crecido de forma alarmante desde mediados de la década del 2000. El suicidio sigue siendo la causa de muerte no natural más elevada desde 2008.

Gráfico 5. Evolución de fallecimientos según diferentes causas externas. España, 1980-2021



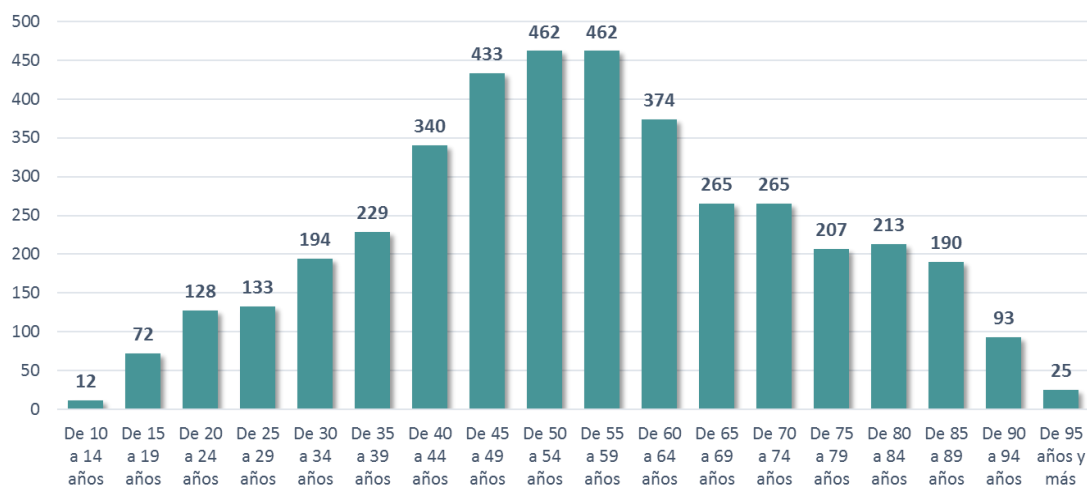
FUENTE: Elaboración propia a partir de INE, Estadística de defunciones según causa de muerte, varios años. Los datos de 2022 son provisionales

Poniendo cifras concretas, podemos decir que en 2021 en España murieron:

- 4.003 personas por suicidio
- 3.655 por caídas accidentales
- 3.504 por ahogamientos accidentales
- 1.599 por accidentes de tráfico
- 283 por homicidios

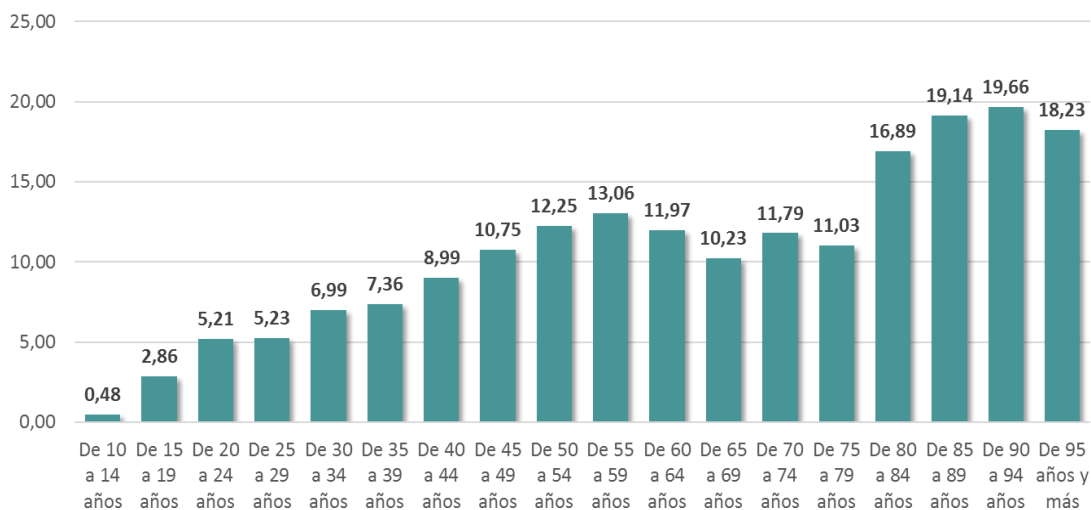
Ya hemos comentado que los hombres mueren más por suicidio que las mujeres, por lo que pasamos a detallar los suicidios según grupos de edad.

Gráfico 6. Número de muertes por suicidio por rangos de edades. España 2022 (datos provisionales)



FUENTE: Elaboración propia a partir de INE, Estadística de defunciones según causa de muerte.

Gráfico 7. Tasa de muertes por suicidio por grupos de edades (por cada 100.000 hab. de cada rango de edad). España 2022 (datos provisionales)



FUENTE: Elaboración propia a partir de INE, Estadística de defunciones según causa de muerte.

Según estas informaciones podemos comprobar que el suicidio juvenil no es el más importante en cuanto a volumen, como tampoco por tasas. Siendo una población de riesgo por su alta impulsividad y por otras características básicas de la conducta adolescente, parece que finalmente las conductas de riesgo no terminan en muerte en la misma medida que ocurre en otros grupos de edad.

El suicidio en España está más presente en las edades intermedias; entre los 45 y los 65 años es en la etapa de la vida en que más mueren las personas por suicidio. Pero si observamos las tasas

por edades, éste afecta muchísimo más a las personas mayores que al resto de la población. A partir de los 85 años, las tasas de suicidio se disparan a casi el 20 por 100.000, siendo la tasa media de 8,57 muertes por cada 100.000 habitantes.

Juntando ambas variables, edad y sexo, podemos ver las grandes diferencias de las muertes por suicidio, tanto entre varones y mujeres como por grupos de edad (tabla 1). La población anciana masculina es la que más riesgo de muerte presenta, con gran diferencia con respecto a las mujeres de su edad y con respecto a los varones de otras edades.

Tabla 1. Tasa de muertes por suicidio por grupos de edades y sexo (por cada 100.000 hab. de cada rango de edad y sexo). España 2022 (datos provisionales). Tasa media = 8,57

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES
10 a 14 años	0,692	0,245
De 15 a 19 años	3,233	2,458
De 20 a 24 años	7,197	3,106
De 25 a 29 años	6,726	3,677
De 30 a 34 años	11,246	2,684
De 35 a 39 años	10,961	3,782
De 40 a 44 años	13,994	3,937
De 45 a 49 años	16,070	5,315
De 50 a 54 años	17,700	6,791
De 55 a 59 años	19,565	6,737
De 60 a 64 años	19,213	5,157
De 65 a 69 años	15,589	5,373
De 70 a 74 años	17,408	6,954
De 75 a 79 años	19,166	4,587
De 80 a 84 años	29,539	8,077
De 85 a 89 años	43,020	5,534
De 90 a 94 años	48,721	6,719
De 95 años y más	49,651	8,581

FUENTE: INE, Estadística de defunciones según causa.

1.4.3. El suicidio en la Comunidad Autónoma Vasca

Para el caso del País Vasco contamos, además de las cifras que ofrece el INE por comunidades autónomas y provincias, con los datos propios del EUSTAT. En este caso la información estadística sobre muertes por suicidio no la encontramos en el área de salud (“Defunciones según causa”) como en el INE, sino en el área de población; concretamente en el de “Movimiento de Población” (donde se encuentran las defunciones).

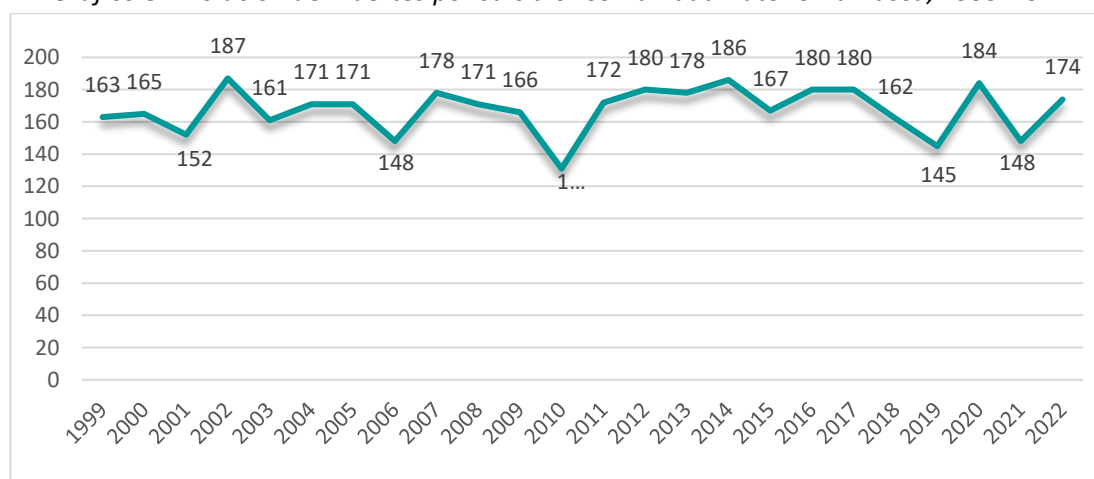
Cabe señalar que en el caso del EUSTAT hay muy poca información desagregada por municipios o comarcas en lo que se refiere a las causas de muerte. La información de muertes por suicidio la encontramos en la variable “grupos de causas” (de defunciones), la cual ofrece información solo por grupos de edad, sexo y territorios históricos⁹. El EUSTAT aporta otras dos variables relacionadas con las “causas”, en las que sí se desagregan los datos por municipios o comarcas, pero en las que no podemos identificar las muertes por suicidios, ya que estas son incluidas en “causas externas” o en “otras causas”.

Por otro lado, si queremos consultar las **tasas de suicidio**, existe una tabla en la que aparecen las tasas de muerte por diferentes causas, entre las que encontramos el suicidio. La cuestión es que el dato que se ofrece es el de tasas para **población mayor de 25 años**, excluyendo poblaciones menores de esa edad. Esto probablemente no afecte mucho a la tasa general, pues sabemos que las tasas de muertes por suicidio son muy bajas entre menores de 25 años, pero sí impide la comparación con otros territorios. Además, la información la ofrece desagregada por grupos de edad y sexo, pero no se ofrece la tasa general, lo que hace todavía más difícil la comparación con otros territorios.

Así pues, una primera constatación que podemos hacer es que sería importante ofrecer más y mejores datos sobre fallecimientos por suicidios en el País Vasco, facilitando la homologación y comparación con otros territorios, por un lado, y el conocimiento del suicidio en áreas geográficas más reducidas que la provincia, por otro.

La evolución de las muertes por suicidio en Euskadi durante los últimos 20 años es una constante con muchos “dientes de sierra”.

Gráfico 8. Evolución de muertes por suicidio. Comunidad Autónoma Vasca, 1999-2022



FUENTE: Elaboración propia a partir de EUSTAT

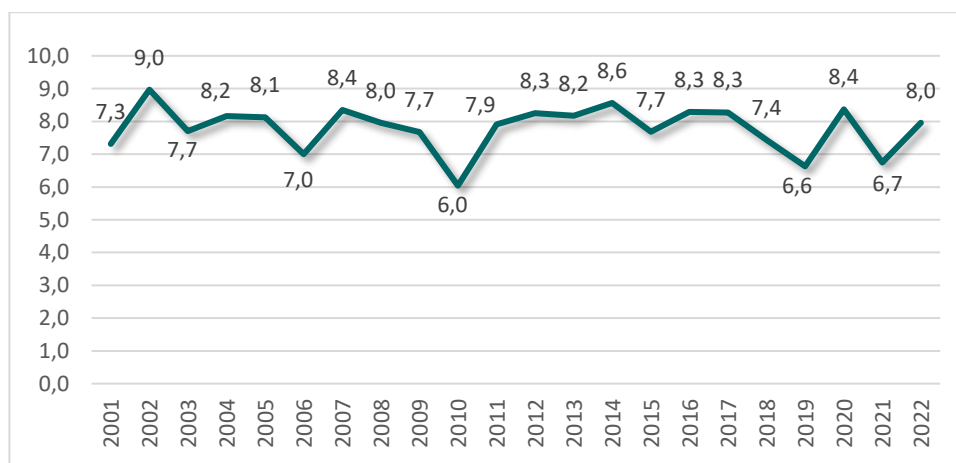
⁹ También ofrece una tabla específica de suicidios, en la que se relaciona edad, sexo y territorios: “Suicidios de la C.A. de Euskadi por grupos de edad según territorio histórico y sexo”. Pero en realidad nada más.

Estas diferencias anuales aparentemente tan acusadas son normales cuando las cifras son pequeñas, ya que una diferencia de 10 casos entre un año y otro, en un total de menos de 200, incide notablemente en la línea evolutiva. El suicidio en Euskadi sufre importantes altibajos anuales, siendo la tendencia general a una constante.

En cuanto a las tasas, tal y como hemos mencionado sólo se ofrecen para la población mayor de 25 años, si bien la ofrecen por grupos de edad y sexo. Pero conociendo la población total de cada año y el número de suicidios sí podemos obtener la evolución de la tasa cruda por 100.000 habitantes en el País Vasco.

Según esta información, contaríamos con una tasa para 2022 ligeramente inferior a la del conjunto de España (8,0 frente a 8,57). Con la cautela de que no se trata de tasas estandarizadas. Al igual que ocurría con el número de suicidios, las oscilaciones en las tasas también son muy pronunciadas, pues el volumen total de la población es mucho más estable que el número de suicidios, por lo que estas inestabilidades se trasladan a las tasas.

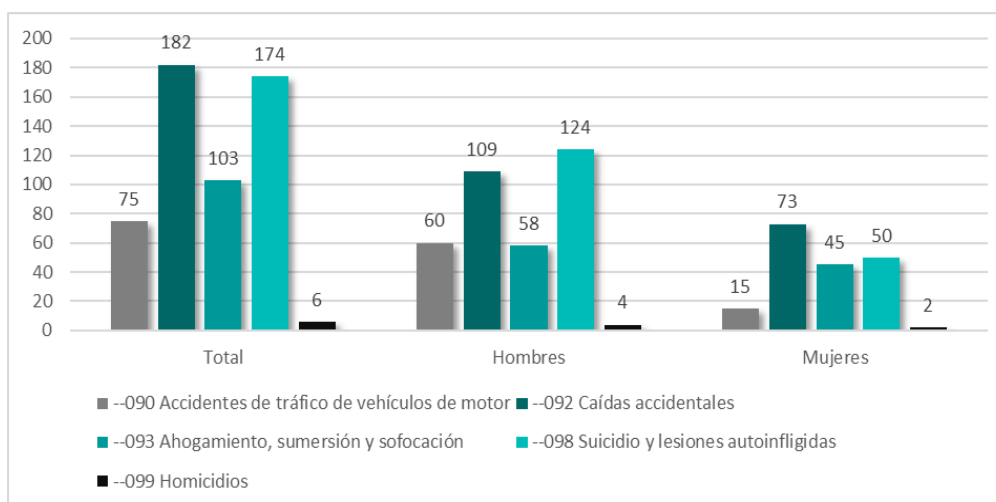
*Gráfico 9. Evolución de las tasas crudas de muertes por suicidio.
Comunidad Autónoma Vasca, 2001-2022*



FUENTE: Elaboración propia a partir de EUSTAT

En cuanto a la relación del suicidio con otros tipos de causas externas, a diferencia de lo que ocurre en el conjunto de España, en el País Vasco el suicidio no es la primera causa de muerte externa, sino la segunda, por detrás de las caídas accidentales (184 caídas mortales frente a 174 suicidios). Esta pauta, sin embargo, no se produce entre los varones; en este caso, los hombres mueren más por suicidio que por otras causas externas (gráfico 10)

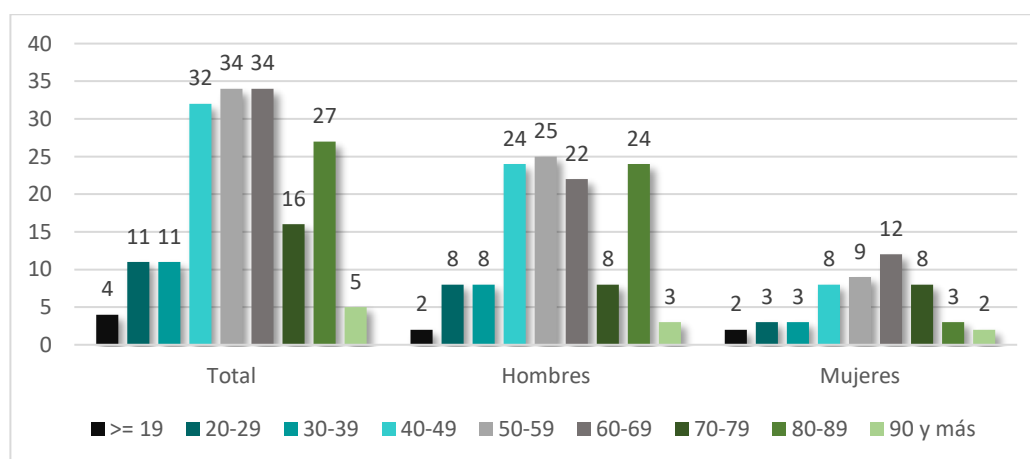
Gráfico 10. Número de muertes según diferentes causas externas, por sexo. CAPV, 2022



FUENTE: Elaboración propia a partir de EUSTAT

Por grupos de edad y sexo, las muertes por suicidio en el País Vasco siguen una pauta parecida a la del conjunto de España: pocas muertes en las edades más tempranas y las más avanzadas, concentrándose la mayoría en las edades intermedias. Sin embargo podemos observar algo diferente: las muertes ocurridas en personas de entre 80 y 89 años son más numerosas que las ocurridas entre personas de 70 a 79 años, y prácticamente la totalidad de las mismas son de varones. La pauta por género se vuelve a reproducir: la mayoría de los suicidios corresponden a hombres de entre 40 y 70 años (41% de las muertes totales), sin olvidar las 24 muertes de varones de entre 80 y 89 años (mientras que en esta edad solo 3 mujeres perdieron la vida por suicidio).

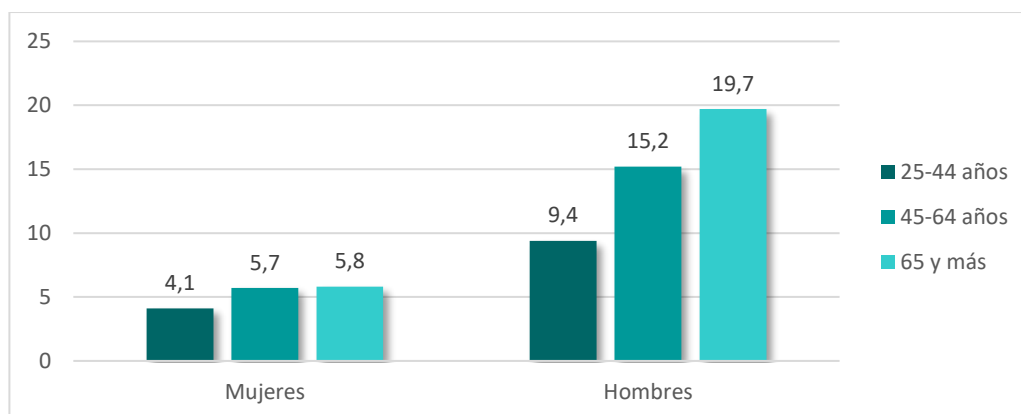
Gráfico 11. Número de muertes por suicidio por grupos de edad y sexo. CAPV, 2022



FUENTE: Elaboración propia a partir de EUSTAT

En cuanto a las tasas de suicidio, tal y como las presenta el EUSTAT (sólo para población de 25 y más años de edad) por edad y sexo, están representadas en el gráfico 12, redundando en lo ya explicado.

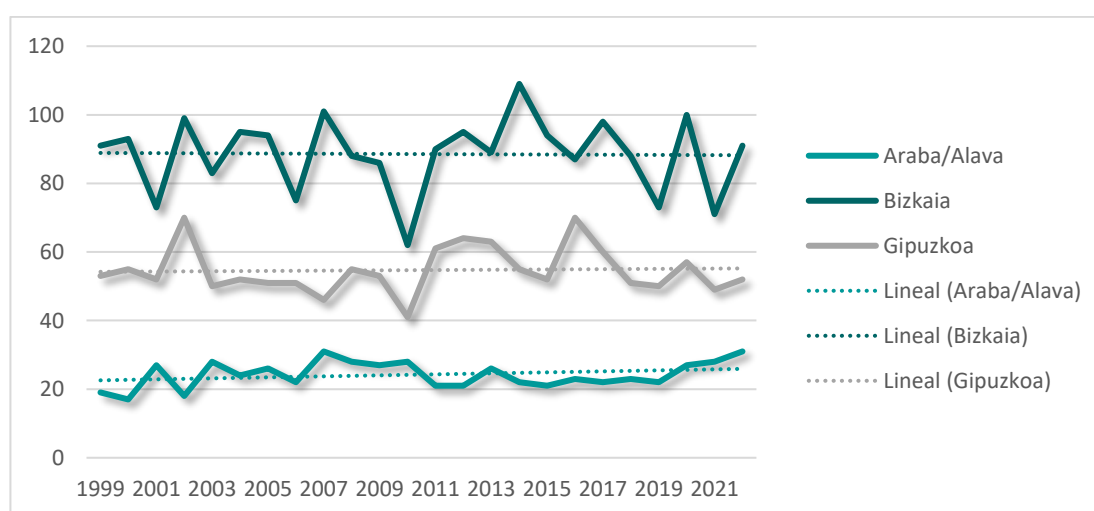
Gráfico 12. Tasas de suicidio por grupos de edad y sexo (por 100.000 habitantes). Población de 25 y más años de edad. CAPV, 2022



FUENTE: Elaboración propia a partir de EUSTAT

Exponemos a continuación alguna información por provincias.

Gráfico 13. Evolución del número de suicidios en Araba, Bizkaia y Gipuzkoa. 1999-2022



FUENTE: Elaboración propia en base a EUSTAT

Se puede apreciar que en los tres Territorios la tendencia es bastante estable en el tiempo, si bien en Bizkaia se producen muchos altibajos, algo que se debería analizar: los períodos en los que aumenta y disminuye mucho el número de muertes y que, casualmente, no coinciden con fenómenos altamente vinculados al suicidio, como es la pandemia de 2020.

Así pues, Bizkaia cuenta con mucha variabilidad; mucha más que Gipuzkoa y, sobre todo, mucha más que Araba. Además de ello, las líneas de tendencia apuntan a un incremento, lento, del

fenómeno en Araba, siendo un proceso lento pero constante. De hecho, las tasas de suicidio para 2022, son muy diferentes en Araba que en los otros territorios:

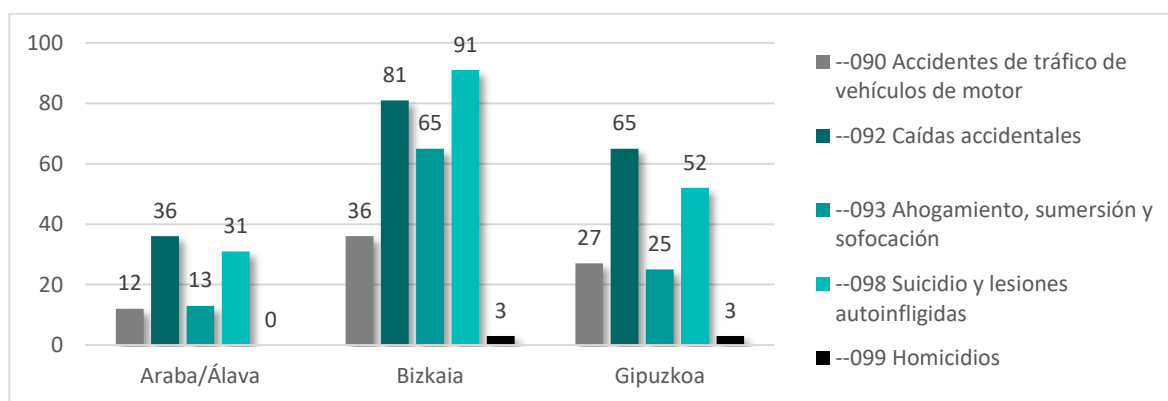
Tasas de suicidios en 2022 por 100.000 habitantes (según datos de población y de suicidios del EUSTAT):

- Total CAPV.....7,9
- Araba.....9,3
- Bizkaia.....8,0
- Gipuzkoa.....7,2

Gipuzkoa y Bizkaia no presentan un aumento importante de las muertes por suicidio en los últimos 25 años, pero sí importantes altibajos que sería interesante analizar, especialmente porque Araba presenta una tendencia temporal muy diferente al Bizkaia y Gipuzkoa. Vemos, por tanto, cómo el territorio tiene su importancia en la conducta suicida. Probablemente por la incidencia del modo de vida rural y urbano; la mayor o menos densidad de población; los servicios comunitarios, etc.

Si atendemos a otras causas de muerte externas, también vemos algunas diferencias. Si bien Araba presenta la mayor tasa (cruda) de suicidios, es Bizkaia el territorio donde el suicidio se configura como primera causa de muerte externa, mientras que en Araba y Gipuzkoa las muertes por suicidio son menores que las producidas por caídas accidentales. El “comportamiento” frente al suicidio de los tres Territorios es verdaderamente diferente.

Gráfico 14. Número de muertes según algunas causas externas. Territorios Históricos, 2022

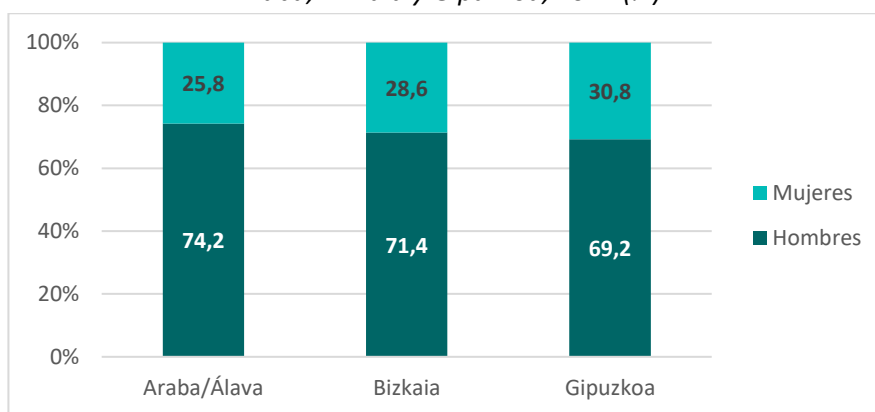


FUENTE: Elaboración propia en base a EUSTAT

Aunque el volumen de fallecimientos es poco y la información estadística disponible también es muy escasa, estos pocos datos ya revelan situaciones sociales y territoriales muy diferenciadas.

Otra de las diferencias territoriales la encontramos en la composición por sexos de las muertes por suicidio. De las 31 muertes producidas en Araba en 2022, 23 fueron de hombres (el 74,2%); de las 91 producidas en Bizkaia, 65 fueron de hombres (el 71,4%), pero de las 52 muertes producidas en Gipuzkoa, apenas el 70% fueron de hombres, constituyendo las mujeres casi el 31% de estas muertes (16 mujeres frente a 36 hombres)

Gráfico 15. Composición porcentual de las muertes por suicidio entre hombres y mujeres. Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, 2022 (%)



FUENTE: Elaboración propia en base a EUSTAT

No ha sido posible mostrar los datos de suicidios por grupos de edades y provincias porque esa información no está publicada, ni en el EUSTAT ni en el INE. Dado que esa información realmente existe, sería necesario hacer una solicitud específica a estos organismos para disponer de ella.

2. ACCION INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

2.1. Tipos de acciones preventivas

Como hemos señalado anteriormente, el suicidio se puede prevenir con distintos tipos de medidas de prevención.

Existen tres tipos de medidas o intervenciones que, desde la OMS, se insta a seguir a los gobiernos con el fin de integrarlas en un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Estas tres medidas de prevención son de tipo: Universal, Selectiva e Indicada. Estas medidas deben de contextualizarse, además de ser monitoreadas y evaluadas, y tener como objetivo principal la reducción de las tasas de suicidio y de las autolesiones (OMS, 2021).

Figura 3. Descripción de los principales tipos de medidas de prevención del suicidio y su relación con los factores de riesgo.

Tipos de prevención		Categorías de factores de riesgo ^a	
Tipo	Ejemplo	Categoría	Ejemplo
Universal Afecta a toda la población, independientemente del riesgo de suicidio que pudiera tener cada persona	Limitación de acceso a medios letales ^b Campañas de sensibilización e información Formación de profesionales de los medios Políticas para reducir el consumo de alcohol	Sociedad	Fácil acceso a medios letales Estigma, desinformación sobre el suicidio y el trastorno mental
Selectiva Se dirige a colectivos con ciertas características sociodemográficas, biológicas o psicológicas que incrementan el riesgo de suicidio	Programas escolares de educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio ^b Formación de agentes sociales Líneas telefónicas de ayuda para personas en situación de crisis suicida Programas de prevención, ámbito laboral (profesiones de riesgo) Programas de prevención, prisiones	Comunidad, interpersonal	Soledad, aislamiento, discriminación Problemas de relación, pérdidas Problemas económicos, laborales Victimización, trauma
Indicada Se dirige a individuos concretos altamente vulnerables por presentar ciertos síntomas-signos de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada	Evaluación y tratamiento de la conducta suicida ^b (p. ej., psicoterapias específicas, continuidad de cuidados y seguimiento tras tentativa) Evaluación y tratamiento de los trastornos mentales ^b (p. ej., tratamiento de la depresión, formación de médicos de atención primaria, cribado de riesgo en atención primaria)	Individual	Tentativa suicida previa Trastorno mental Uso perjudicial de alcohol Enfermedad física grave, dolorosa, discapacidad Antecedente familiar de suicidio

^a La tabla refleja el vínculo principal entre cada tipo de prevención y cada categoría de factores de riesgo. Existen vínculos secundarios que no quedan reflejados.
^b Intervenciones que cuentan con una evidencia más sólida según las fuentes revisadas.
 Modificada de refs. 2, 4, 20 y 21.

FUENTE: Andrea Gabilondo, 2020 (pág. 29)

Cada uno de estos tipos de medidas o intervenciones están ligados con distintas clases de factores de riesgo, de manera que, las intervenciones de tipo universales actúan sobre el acceso a los medios letales, el estigma y el desconocimiento que rodea al suicidio; las intervenciones selectivas actúan sobre la soledad, el aislamiento, la victimización, los problemas de tipo relacional, de pérdidas, económicos y/o laborales; las intervenciones indicadas actúan sobre los factores de riesgo como las tentativas de suicidio, los trastornos mentales, las adicciones, las

enfermedades físicas crónicas, la discapacidad y los antecedentes familiares de suicidio (Gabilondo, 2020).

Para saber qué tipo de medida se debe de desarrollar, es necesario conocer la situación en la que se encuentre la población a la que van a ir destinadas las actividades de prevención, al igual que el contexto cultural y social en el que se encuentra dicha población. Es decir, previamente a la elaboración de un plan de acción **se requiere realizar un diagnóstico de la situación**.

De esta manera, se podrán adaptar las medidas y asegurar un buen nivel de funcionamiento, sin olvidarse de la continua evaluación y reformulación de las medidas en caso de que no se encuentren efectivas para su objetivo último, que es el de prevenir el suicidio.

2.1.1. Prevención Universal

Las medidas o intervenciones de tipo universal se diseñan con el fin de que lleguen a toda una población, “independientemente del riesgo suicida que pudiera tener cada persona” (Gabilondo, 2020), con el objetivo de potenciar y promocionar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio con la eliminación de la inaccesibilidad a la atención de la salud y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los factores protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico (OMS, 2014), y reducir el estigma y el desconocimiento que rodea al suicidio (mitos, ideas falsas, etc.).

Algunos ejemplos de medidas de prevención universal del suicidio son:

- Charlas a la ciudadanía en donde se aborde información básica del suicidio, como el funcionamiento de la conducta suicida o los datos epidemiológicos, mitos sobre el suicidio, herramientas para saber “¿Qué hacer?”, en caso de encontrarse o convivir con una persona con conducta suicida, y dar a conocer recursos de ayuda a los que se pueda acudir en cualquier momento (p. ej.: líneas de ayuda: Teléfono de la Esperanza, 024, etc.).
- También es importante que se realicen campañas publicitarias, al igual que en su momento los medios de comunicación anunciaron el comienzo de la línea telefónica 024 en la televisión, en la radio o en prensa, también sería positivo mencionaran los distintos recursos de ayuda que pueden existir sobre el suicidio para todas aquellas personas con ideación o que se encuentre en una crisis y que pueda acudir a los distintos espacios de ayuda en vez de comenzar la tentativa o alcanzar la muerte.
- Conmemoración de fechas señaladas. El 10 de septiembre, todos los años se celebra el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, aquí la labor de las asociaciones, de los profesionales y de los medios de comunicación es muy relevante, pues son los que deben visibilizar este problema y, por ejemplo, se pueden hacer jornadas y conferencias para hablar de suicidio, de los distintos recursos, factores de protección, etc. y donde se

cuenten novedades o investigaciones que nos ayuden a avanzar en conocimiento y podamos evolucionar y actualizar de manera correcta cualquier problemática nueva que pueda surgir relacionado con el suicidio.

- Por último, la reducción del acceso a medios letales y a los “hotspots” (lugares públicos como puentes o acantilados muy accesibles en donde muy frecuentemente se lleva a cabo un intento de suicidio) que es una de las medidas universales con más evidencia preventiva.

2.1.2. Prevención Selectiva

Las intervenciones selectivas son las destinadas a las personas o los grupos que por sus características sociales, culturales, económicas, demográficas, biológicas o psicológicas son más proclives a tener ideas o conductas suicidas. Por lo tanto, estas intervenciones deben estar diseñadas para prevenir la aparición de estas ideas y conductas (Gobierno Vasco, 2019) en los grupos con una mayor vulnerabilidad, como los que se han identificado en el apartado anterior. Algunos ejemplos de medidas selectivas de prevención del suicidio son:

- El desarrollo de programas específicos enfocados en los grupos vulnerables. Así, se pueden crear programas de prevención del suicidio en el ámbito escolar (Espinosa, 2019), en prisiones (OMS, 2007) o en el ámbito laboral (Business in the Community, 2017), entre otros
- La formación “gatekeeper” impartida a agentes sociales como trabajadores/as sociales, policía, monitores de tiempo libre, profesionales que trabajen con grupos de riesgo (cuidadores/as, profesores/as), etc. en donde se aborden los mitos de suicidio, la conducta suicida, los factores de riesgo y protectores, el proceso de la conducta suicida, las señales de alarma y el “cómo actuar” (identificar, derivar, intervenir) (Isaac et al., 2009).
- Capacitar a los familiares, amigos o personas a cargo de personas con un alto riesgo de suicidio también contrarresta el efecto de los factores de riesgo (Williford et al., 2022).

2.1.3. Prevención indicada

Las intervenciones de tipo indicada son las destinadas a personas o individuos concretos que son altamente vulnerables por haber presentado síntomas o señales específicas de riesgo suicida, como la comunicación de ideas suicidas o poseer una enfermedad estrechamente relacionada con el riesgo suicida (Gabilondo, 2020). Estas medidas se diseñan con el fin de reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección (Gobierno Vasco, 2019).

La formación de distintos profesionales es muy importante en la prevención indicada. Los servicios de emergencia son los que actúan cuando el 112 o 092 les activan por riesgo de conducta suicida, es por eso que es fundamental que tanto **bomberos** como la **policía** o la **Ertzaintza** posea de un protocolo específico de actuación sobre el suicidio, porque el no saber

como actuar supone un riesgo emocional para la persona que se encuentra en crisis como para quien tiene que actuar en esa situación tan complicada.

Esta formación también es relevante que la posean los distintos **trabajadores/as sociales, psicólogos/as y otros profesionales** que trabajan en el Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS) o en los distintos módulos psicosociales en Bilbao (San Francisco, San Ignacio y Rekalde), ya que acuden personas con conductas suicidas al espacio con el fin de buscar ayuda o muchas veces esas personas son derivadas allí y deben saber cómo actuar de manera correcta y positiva para la prevención, identificación de factores de riesgo y la prevención, es decir, el seguimiento de estos casos con el fin de evitar otra conducta suicida.

La formación es indispensable también para **médicos de atención primaria** y para profesionales que atienden las **líneas telefónicas de ayuda**.

2.2. Planes según ámbito de aplicación

2.2.1. Aportaciones de la Organización Mundial de la Salud.

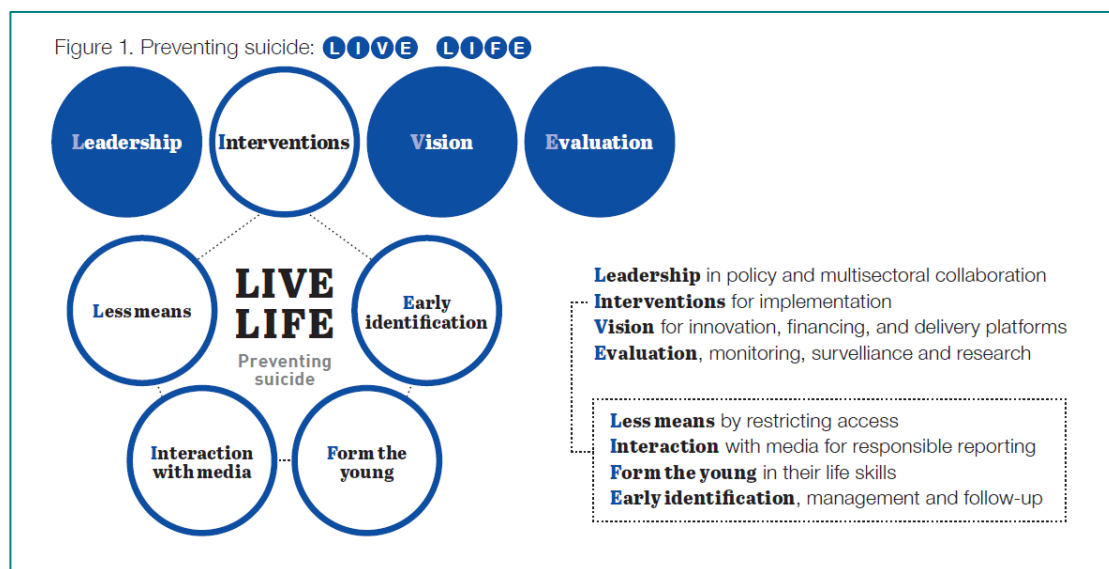
Desde el año 2014, con el informe “Suicidio: Un imperativo global”, la OMS ha instado a los gobiernos de todo el mundo a desarrollar un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, pero esta insistencia no ha sido suficiente y en muchos países siguen evadiendo la puesta en marcha de medidas desde el gobierno para prevenir este problema de salud pública que es el suicidio. Actualmente sólo 30 países en el mundo han diseñado un plan integral de prevención del suicidio. Y, aun así, las estrategias de los diferentes países que las tienen realmente son muy diferentes entre sí dificultando la identificación de buenas prácticas globales en este sentido¹⁰.

Es por esto que la OMS, en los últimos años, ha girado la estrategia de recomendar planes nacionales generales para trabajar sobre otras administraciones quizá más ágiles y receptivas como son las comunitarias y locales. Así, en una publicación de 2018 (*National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*), en la que hace un repaso a las estrategias nacionales existentes y sus progresos, reconoce que los avances no han sido muchos y empieza a cambiar el foco de atención hacia otros agentes de prevención, intervención y posvención, dibujando lo que denominará el sistema Live Life (Vivir la Vida) en el que si bien

¹⁰ Interesante consultar el reciente Trabajo de Fin de Grado de Oscar García, estudiante de Ciencia Política y Gestión Pública de la UPV/EHU, con el título *El suicidio como problema de salud pública y su lugar en la agenda política de nuestro entorno*. Facultad de CC Sociales y de la Comunicación, 2023. En este trabajo se hace un análisis comparativo de 12 estrategias nacionales de prevención del suicidio del ámbito europeo: Austria, Finlandia, Francia, Inglaterra, Irlanda, Islandia, Lituania, Noruega, Países Bajos, República Checa, Suecia y Suiza, comprobando las grandes diferencias existentes entre ellas.

mantienen que el liderazgo debería recaer en los gobiernos nacionales, también empieza a mencionar la importancia de otros agentes.

Figura 4. Elementos del sistema Live Life de la OMS



FUENTE: OMS, 2018: 9

Poco después, en 2021 publica la guía *Vivir la Vida* (en español), en la que ya abiertamente, resalta el papel de otras agencias más sectoriales y locales en la prevención del suicidio, e invitando a todas las agencias interesadas¹¹, como, por ejemplo, **gobiernos o ayuntamientos municipales**, a realizar desarrollar planes y estrategias de prevención del suicidio, con el fin de alcanzar las metas mundiales de reducción de la tasa de suicidios.

En este apartado, se expondrán dos guías prácticas realizadas por la OMS que dan herramientas a las comunidades para orientarlas en la puesta en marcha de planes y estrategias de prevención del suicidio, adaptables al contexto social, cultural y temporal en el que se encuentre cada una.

La primera de estas guías es la mencionada, ***Vivir la Vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países***. En esta guía se exponen cuatro intervenciones, basadas en la evidencia, y seis pilares transversales que fundamentan su aplicación (ibidem: vii).¹²

¹¹ Véase el Anexo 1 de “Vivir la Vida” (OMS, 2021: 84)

¹² Vídeo sobre prevención del suicidio OMS:

<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=srf0lrtjVvw&list=PL9S6xGsoqIBXrjS3UWKPxIo29PWI4X7Ez&index=11&t=1s>

Las cuatro intervenciones son las siguientes:

1. la primera es “limitar el acceso a medios de suicidio”, como puede ser “restringir el acceso a armas de fuego, poner barreras en los lugares de salto o limitar el acceso a puntos de ligadura”; esta intervención es imprescindible, ya que la inaccesibilidad a medios letales permite que sea más complicado para las personas en riesgo, realizar el acto de quitarse la vida, dándoles tiempo para que la crisis suicida se mitigue.
2. La segunda medida es “interactuar con los medios de comunicación para una información responsable” puesto que el modo en el que se divulgue la información sobre el suicidio puede crear un efecto de imitación en la población más vulnerable o, por el contrario, crear una sensibilización y un conocimiento sobre el suicidio que permita prevenir este tipo de “efecto llamada”, en este sentido se propone seguir guías de estilo en la redacción o publicación de sucesos de suicidio y divulgar testimonios de personas conocidas o famosas que hayan podido superar de forma exitosa “problemas de salud mental y/o pensamientos suicidas”.
3. La tercera intervención es la de “desarrollar las aptitudes para la vida de los jóvenes” que permite proporcionar a los y las jóvenes capacidades socioemocionales para que puedan desarrollarse de forma sana, mental y físicamente, teniendo en cuenta que se encuentran en un momento vital de grandes cambios en el que son más vulnerables a los riesgos suicidas. Por otra parte, es importante aclarar que hablar de suicidio con las personas jóvenes no aumenta el riesgo de suicidio, sino que les proporciona una capacidad de compartir y expresar su necesidad de ayuda.
4. La cuarta y última intervención es “detectar a tiempo a todas las personas afectadas” de manera que los/as profesionales intervinientes y las familias conozcan los factores de riesgo y señales de alarma y así poder localizar a tiempo a quienes están en riesgo suicida grave o han intentado suicidarse, con el fin de brindarles ayuda y apoyo para que este riesgo se apacigüe y progresivamente se supere. Esta última intervención también tiene en cuenta a las personas supervivientes de un suicidio.

Por otra parte, los seis pilares fundamentales para la aplicación de dichas intervenciones son:

1. Primeramente, el “análisis de la situación”, el cual “proporciona los precedentes y el perfil actual del suicidio y su prevención. [...] Importante para fundamentar la planificación y puesta en práctica de las actividades de control del suicidio”.
2. El segundo pilar es la “colaboración multisectorial” que es imprescindible para abordar todos los factores que influyen en el suicidio.
3. El tercero es la “sensibilización y promoción” que, por una parte, da a conocer el suicidio como un problema de salud público a las personas, y, por otra parte, crear cambios verdaderos para la mejora de la salud, incluyendo “la despenalización del suicidio o una estrategia nacional de la prevención del suicidio”.

4. El cuarto pilar es el “desarrollo de las capacidades” a través de la formación dirigida a múltiples ámbitos, con el objetivo de mejorar la atención y el conocimiento sobre situaciones de riesgo de suicidio.
5. El quinto es el “Financiamiento” que es necesario para poder llevar a cabo las intervenciones. El sexto y último pilar es la “Vigilancia y monitoreo” fundamental para determinar si las intervenciones han resultado eficaces, si se ha realizado conforme a lo acordado y si se han aprovechado correctamente los recursos para su implantación.
6. El sexto y último pilar es la “Vigilancia y monitoreo” fundamental para determinar si las intervenciones han resultado eficaces, si se han realizado conforme a lo acordado y si se han aprovechado correctamente los recursos para su implantación.

La segunda guía de la OMS se titula ***Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*** y se publicó en 2018 (OMS). A diferencia de la guía anterior, esta se centra específicamente en acciones que se pueden llevar a cabo en las comunidades con el fin de que participen en la prevención del suicidio. La guía expone un **proceso a seguir**, especificando qué acciones y tareas se debe de hacer en cada punto de este proceso (no lineal, no hay necesariamente un fin en el proceso). En total hay 6 secciones, en cada una “se ofrece orientación sobre como avanzar en la participación de la comunidad y se indican las herramientas que pueden usarse para poner en marcha el proceso de elaborar un plan de acción de prevención del suicidio que sea permanente para la comunidad” (OMS, 2018).

Las secciones del proceso son:

1. primeramente, la “preparación inicial”, en donde se explican las herramientas necesarias para contextualizar la situación de la comunidad y plantear las actividades más convenientes o aptas en la misma. Estas herramientas son “conocer la comunidad y fomentar un entorno comunitario de ayuda”, “considerar la escala, la población, los servicios y la información disponible”, “definir las metas generales”, “construir un comité directivo”, “determinar quienes son los interesados directos clave”, “elegir una técnica de participación para la primera reunión” y “planificar y organizar la primera reunión”.
2. La segunda parte del proceso es el “inicio de la conversación en la primera reunión”, en donde la herramienta que se expone es la de “Realizar un ejercicio de mapeo”, con el que se identifique los factores de riesgo de suicidio existentes en la comunidad, los perfiles de las personas en riesgo de suicidio, los grupos vulnerables, los “hotspots” y los métodos letales utilizados.
3. El tercer paso es la “Elaboración de un plan de acción comunitario” que tras conocer con detalle el entorno comunitario al que nos enfrentamos realizaremos un mapeo sobre los problemas que vamos a abordar y, como añadido, podemos realizar trabajos de sensibilización general para reducir el estigma del suicidio y ofrecer información con el fin de la detección precoz de los casos.

4. A continuación, se centran en la “Movilización continua de los medios de comunicación”. Los medios de comunicación son fundamentales, ya que son la fuente directa de información de la población, es por eso que es de vital importancia que los medios tengan el conocimiento de cómo tratar de manera responsable el suicidio en prensa.
5. El quinto paso es el “Seguimiento y evaluación del plan de acción comunitario”, el suicidio necesita un seguimiento continuo con el fin de modificar o resolver déficits o errores de manera rápida y eficaz.
6. Y por último, la “Reunión de retroalimentación de la comunidad” es vital para conocer qué es lo que piensan los participantes directos e indirectos del programa y así tener en cuenta sus opiniones, el programa se aplica directamente a ellos, es por eso que es necesario conocer las indicaciones de mejora a seguir y con visión al futuro.

Con estas guías, la OMS le otorga a las **comunidades y administraciones locales un papel imprescindible en la acción de la prevención del suicidio**, con el fin de que estas tomen la iniciativa de empezar a realizar estrategias y planes que se lleguen a desarrollar de manera más integral y que formen parte de un Plan Nacional de la Prevención del suicidio.

2.2.2. Otras aportaciones a nivel Europeo: Proyecto Euregenas

Desde la Unión Europea, en el año 2010 al 2014 se llevó a cabo un proyecto de Prevención del Suicidio titulado Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), enfocado dentro del Programa de Salud Pública (2008-2013). En este Proyecto participaron 15 socios europeos (3 españoles) en representación de 11 regiones (Euregenas, 2012).

En este proyecto se realizaron varios informes (“Directrices Generales para la Prevención del Suicidio”, “Directrices Éticas”, “Establecimiento y Mantenimiento de Grupos de Apoyo para personas en Duelo por Suicidio”, “Prevención y manejo de la conducta suicida. Recomendaciones para el ámbito laboral”, “Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio. Recomendaciones para el ámbito escolar” y “Herramienta para la Prevención del suicidio para profesionales de Medios de Comunicación”), en los que se exponían los objetivos generales que posee el proyecto, las medidas a seguir para el cumplimiento de los mismos, y una serie de herramientas y guías para la prevención del suicidio en distintos ámbitos (laboral, escolar y medios de comunicación). En definitiva, las guías de este proyecto estaban destinadas

“a los gestores y responsables políticos que trabajan en sectores relacionados con la aparición de conductas de suicidio. Dado que la prevención del suicidio requiere un abordaje multisectorial, parece importante **no solo implicar al sector sanitario**, sino también a sectores no sanitarios como el educativo, el laboral, el judicial, los medios de comunicación, etc. [...]. Animamos a los gerentes y responsables políticos a leer estas guías junto con el informe de la OMS “Acción de la Salud Pública para la prevención del suicidio:

un esquema”, que incluye un enfoque gradual en el desarrollo de estrategias de prevención de suicidio” (Euregenas, 2012).

Asimismo, se puede decir que este proyecto, impulsado por la UE, insta, al igual que la OMS, a los responsables políticos europeos (gobiernos nacionales y/o locales) a dar un paso en el desarrollo de planes, estrategias para la prevención del suicidio, y les da herramientas y técnicas a seguir para que estas medidas de prevención sean eficaces y estén fundamentadas en directrices institucionales.

Tras hacer una breve revisión de las aportaciones y recomendaciones de la OMS y el Proyecto Euregenas en lo que se refiere a las acciones que se deben desarrollar para prevenir el suicidio en todos los países, se procederá a exponer los planes, estrategias y medidas que se han realizado en el ámbito nacional, autonómico y local de España.

2.2.3. Planes en España

2.2.3.1. Plan Integral nacional

No existe un plan nacional de prevención contra el suicidio; lo más cercano a la cuestión es la existencia de una Estrategia de Salud Mental (2022-2026) y como apartado específico un Plan de Acción de Salud Mental (2022-2024). En este último, el suicidio se menciona en algunas de sus líneas estratégicas, teniendo protagonismo en la número cuatro que se refiere a la “Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida” en la que tiene por objetivos la creación de un teléfono gratuito para ofrecer ayuda y asesoramiento al individuo afectado, familiares u otras personas sobre la conducta suicida, la mejora de la accesibilidad a servicios de salud mental, el desarrollo de líneas preventivas focalizadas a grupos vulnerables (personas mayores, población infantojuvenil, etc.) y que cada Comunidad Autónoma realice un código de riesgo de suicidio.

Además, en la línea estratégica 3, relacionada con la “Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de salud mental”, el Ministerio de Sanidad se compromete a hacer campañas de difusión en los medios sobre el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación. Aun así, también hay que añadir que el Plan no menciona la postvención del suicidio en ninguna de sus líneas estratégicas (Ministerio de Sanidad, 2022).

Dentro del Plan de Acción de Salud Mental se pone en marcha la línea telefónica 024 (se activó en mayo de 2022) con el fin de atender diferentes cuestiones de la conducta suicida como las ideaciones, conductas de riesgo y tentativas, así como la atención a familiares, allegados o profesionales que trabajen activamente con esta problemática a través de la escucha activa. Este servicio es totalmente gratuito, nacional, confidencial y disponible las 24 horas del día, los 365 días del año (Ministerio de Sanidad, 2022).

Gran parte de la labor de escucha y difusión de esta problemática es gracias a los movimientos privados y asociativos de los supervivientes, aquellos familiares, amigos y allegados que quedan tras la muerte de un ser querido por suicidio.

Vemos, por tanto, que el Gobierno español no atiende a la recomendación de la OMS de elaborar un Plan Integral independiente de la salud mental; que la integre, por supuesto, pero que la exceda de forma apropiada, integrando a otros sectores, ámbitos y agentes.

2.2.3.2. Planes autonómicos. El caso de Euskadi

Actualmente en todas las comunidades autónomas existen planes o programas para la prevención del suicidio, si bien tan sólo unas pocas cuentan con planes específicos integrales, separados de las estrategias de salud mental (Aragón, Galicia, La Rioja, País Vasco, las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana)¹³. El resto incluye acciones de prevención e intervención (y en menor medida posvención) en sus particulares estrategias de salud mental, o incluso algunas cuentan solo con algún protocolo aislado para casos de emergencias ^{14 15}

En la Comunidad Autónoma del País Vasco existe la “Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi” que surgió tras la Estrategia de Salud Mental de Euskadi en 2010, donde se establece como objetivo la reducción de mortalidad por suicidio para el año 2020. Además, en 2015 el Consejo Asesor de Salud Mental del País Vasco consideró la prevención del suicidio como uno de los diez temas prioritarios a tratar (Gobierno Vasco, 2019).

Así, en 2019 el Departamento de Salud del Gobierno Vasco elabora un documento que recoge los principios, objetivos y medidas a desarrollar en el plazo de 5 años (hasta 2024). La pandemia ha ralentizado las posibilidades de ejecución exitosa de la estrategia, a decir de sus mentores, si bien la inexistencia de presupuesto y la falta de seguimiento y coordinación pueden también tener algo que ver con el escaso desarrollo de la misma.

Los **principios** que animan la acción institucional ante un grave problema de salud pública los relatan en la página 46 del documento:

¹³ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/solo-8-comunidades-autonomas-tienen-planes-especificos-contra-el-suicidio-5608>

¹⁴ Se pueden consultar estas planificaciones autonómicas, con un análisis crítico, en la publicación de Andy Castillo (2022): *Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas*.

¹⁵ Las iniciativas autonómicas están relacionadas también en el siguiente enlace: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/iniciativas-autonomicas>

1. Promoción de un **entorno protector y seguro** para la persona. La creación y mantenimiento de un ambiente individual, social y cultural favorable a la prevención de la conducta suicida es una base fundamental en el enfoque estratégico de la prevención del suicidio. Una estrategia que debe sostenerse en otros logros de la sociedad vasca, tales como:
 - Promoción de valores culturales positivos y solidarios.
 - Promoción conductas saludables, incorporando la gestión de emociones en la educación para la salud.
 - Introducción de la prevención del riesgo suicida en las políticas y normativas públicas: para mejorar la salud mental y la prevención de la conducta suicida se fomentarán políticas transversales que potencien las acciones protectoras ante la conducta suicida y minimicen los factores de riesgo potenciales (aislamiento, inequidad, inaccesibilidad a los recursos, etc.).
2. **Formación.** La formación y capacitación de profesionales y de las y los agentes implicados es básica para garantizar la adquisición de competencias para abordar efectivamente la conducta suicida. El objetivo es fortalecer las competencias de los equipos multidisciplinares que intervienen en la prevención, abordaje e intervención de la conducta suicida. La formación y capacitación en prevención de suicidio será periódica y se basará en la evidencia científica y en las mejores prácticas disponibles; buscando la formación de equipos cohesionados de intervención multidisciplinares para todas las fases de la intervención.
3. **Protocolización.** El desarrollo e implementación de protocolos para brindar servicios a las personas en riesgo de suicidio, dado que es una herramienta que promueve la colaboración y la capacidad de respuesta entre las y los distintos agentes implicados. De esta forma se crea una responsabilidad compartida y una atención colaborativa que busca establecer una comunicación efectiva entre profesionales y agentes implicados
4. **Integralidad.** La prevención de la conducta suicida involucra a todos los sectores y a todas y todos los agentes implicados en su prevención. Por tanto, la respuesta que se brinda involucra a todos los sectores para favorecer una respuesta eficaz e integral para una persona en riesgo de suicidio y su familia

El objetivo general de la Estrategia es:

Reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) en la CAE a través de un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y postvención con enfoque de salud pública y que tenga en cuenta la perspectiva de género en sus acciones y planteamiento (p. 48)

Las áreas de actuación son 9:

1. Coordinación y seguimiento de la Estrategia.
2. Vigilancia epidemiológica e investigación.
3. Información y concienciación.
4. Acceso a medios letales.

5. Emergencias y primera intervención.
6. Ámbito comunitario.
 - 6.1. Educación.
 - 6.2. Sistema de servicios sociales.
 - 6.3. Ámbito laboral.
 - 6.4. Ámbito familiar.
7. Ámbito sanitario.
 - 7.1. Ámbito sanitario general.
 - 7.2. Atención primaria.
 - 7.3. Salud mental.
 - 7.4. Hospital general.
 - 7.5. Farmacia comunitaria.
8. Postvención.
9. Colectivos en situación de vulnerabilidad.

A lo largo del documento se van describiendo las medidas (un total de 57) organizadas en estas áreas e incluyendo los objetivos específicos y la mayor o menor urgencia para su implementación. Así se establecen 4 tipos de medidas según el orden de prioridad:

- Grupo A: Su despliegue debería iniciarse a lo largo del primer año.
- Grupo B: Su despliegue debería de empezarse tan pronto como sea posible, pero no más tarde del segundo año.
- Grupo C: Su despliegue debería de comenzarse tan pronto como sea posible, pero no más tarde del tercer año.
- Grupo D: Tan pronto como sea posible en estos cinco años de proyecto.

Por otra parte, el Departamento de Educación del Gobierno Vasco, ante la alarma suscitada en el ámbito escolar especialmente tras la pandemia, publicó en 2023 la “Estrategia de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo”. Este documento tiene la intención de orientar a la comunidad educativa de menores adolescentes (equipos directivos, orientadores, personal no docente y profesorado en general), sobre cuestiones básicas de la conducta suicida (mitos, factores implicados), ofrecer herramientas para detectar situaciones de riesgo (señales de alerta) y plantear actuaciones protocolizadas (qué hacer ante una situación de riesgo). Se ofrecen 18 anexos que los profesionales pueden usar y rellenar según la actividad o problemática que les atañe (Gobierno Vasco, 2023).

2.2.3.3. Planes a nivel local

Apenas existen iniciativas en este sentido. En España, entre las escasas actuaciones desarrolladas podemos encontrar los dos planes locales de prevención del suicidio ubicados en la Comunidad de Madrid: el caso del Ayuntamiento de Madrid y el del Ayuntamiento de Tres Cantos. Nos consta, sin embargo, que algunos ayuntamientos más están interesados en elaborar un plan local, e incluso han iniciado los estudios preliminares para fundamentarlo.

Veamos los ejemplos de los planes locales existentes.

Plan de actuación de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2022-2026¹⁶



Madrid es la tercera comunidad autónoma con menor tasa de suicidio. Dentro del municipio de Madrid, los distritos con mayor número de muertes por suicidio en 2019 fueron Carabanchel, Hortaleza, Fuencarral y Moratalaz, con menor número está Vicálvaro y Barajas. Sin embargo, las tasas más altas pertenecen a la zona de Salamanca, San Blas, Centro y Hortaleza, mientras que la menor tasa la presentan siguen siendo Vicálvaro y Barajas (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

Las razones que aporta el documento para responder la pregunta de por qué Madrid tiene una de las tasas más bajas a nivel nacional es la concentración de recursos y oportunidades que ofrecen, aunque sí es cierto que reconocen que el estilo de vida de la ciudad, la falta de cohesión social y la soledad no deseada son factores de riesgo que rodean la ciudad (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

Las actuaciones planteadas se organizan en torno a 6 líneas y objetivos estratégicos:

1. Línea estratégica L1: Coordinación y Organización.

Objetivo estratégico 1: La prevención del suicidio en La Comunidad de Madrid está integrada y coordinada en la organización.

¹⁶ El documento puede descargarse de: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-prevencion-del-suicidio-comunidad-madrid-2022-2026>

2. Línea estratégica L2: Sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

Objetivo estratégico 2: La información sobre los casos de suicidio en la Comunidad de Madrid permite implementar medidas de apoyo por caso y actuaciones de prevención efectivas y generalizables.

3. Línea estratégica L3: Limitación del acceso a los medios.

Objetivo estratégico 3: Los medios para el suicidio en la Comunidad de Madrid son tan difíciles de alcanzar como resulta posible.

4. Línea estratégica L4: Conciencia y conocimiento.

Objetivo estratégico 4: La concienciación y el conocimiento de la suicidabilidad y del afrontamiento y atención de las crisis están muy extendidos entre la población general y entre los profesionales en la Comunidad de Madrid.

5. Línea estratégica L5: Prevención del suicidio y promoción de la salud mental.

Objetivo estratégico 5: La integración de los programas de prevención y de promoción de la salud mental de los diferentes ámbitos de la comunidad permite tejer una red de proximidad que reduce el riesgo o bien lo detecta de forma precoz, para ofrecer a las personas el mejor apoyo y tratamiento.

6. Línea estratégica L6: Apoyo y tratamiento.

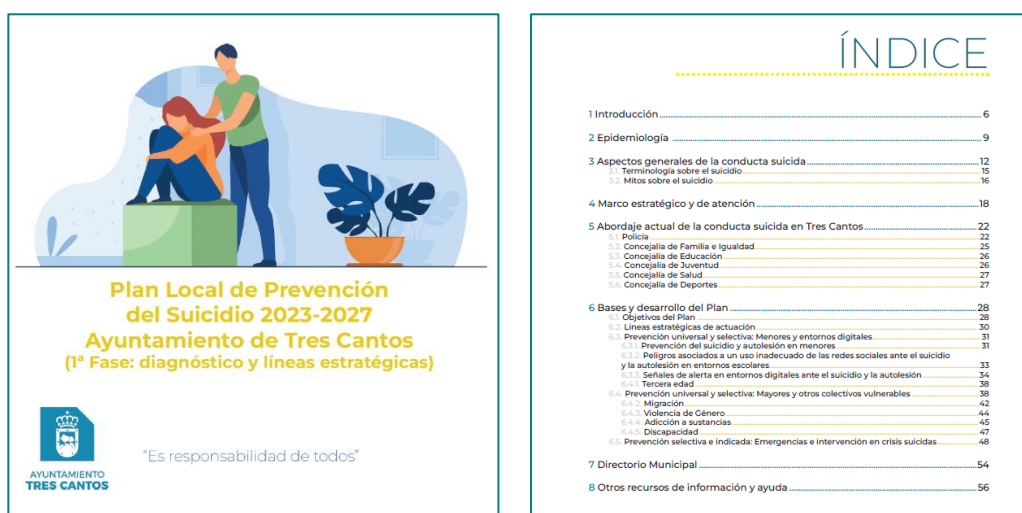
Objetivo estratégico 6: Las personas con riesgo de suicidio y los grupos de riesgo reciben el apoyo o tratamiento adecuado cuando lo necesitan.

Así, entre las acciones planteadas en el Plan se encuentran las siguientes:

- La coordinación interinstitucional: Entre el Ayuntamiento de Madrid y el órgano competente existe una colaboración en materia de estadística para facilitar datos sobre el número y tasa de suicidio por distrito, edad y sexo del municipio.
- Investigación epidemiológica: Estudios realizados sobre la soledad y la soledad en jóvenes de Madrid es un factor de riesgo del suicidio y, además, existe una beca de investigación sobre la prevención de la conducta suicida.
- Sensibilización e información: Para cumplir este apartado se han creado dos páginas web al respecto, así como la realización de campañas en días singulares como el 10 de septiembre (Día Mundial de la Prevención del Suicidio) y el 20 de noviembre (Día Internacional Superviviente del Suicidio). También se están analizando los diferentes programas y guías de la ciudad para introducir la prevención del suicidio.
- Formación dirigida a profesionales de la salud, educación, cuerpos de seguridad, medios de comunicación y facilitadores comunitarios: Como población objetiva de la formación están los profesionales de los Centros Joven, Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, profesionales del entorno educativo, familiares y facilitadores comunitarios.
- La limitación de métodos de acceso e identificación de puntos calientes.
- Líneas de ayuda telefónica o virtuales 24 horas.
- La promoción de la salud mental, fomento de habilidades para la vida, estrategias de afrontamiento de situaciones difíciles.

- La aplicación de estrategias específicas y adaptadas a colectivos vulnerables:
 - Se realizarán talleres en el ámbito educativo para enseñar a los jóvenes a gestionar sus emociones con el fin de poseer una mayor estabilidad emocional y un desarrollo de habilidades en los distintos entornos. Concretamente, están los “Talleres de Prevención del suicidio en el Ámbito Educativo” en el que se centran en la promoción de los factores protectores frente al suicidio, se enseñan habilidades de afrontamiento y gestión de emociones y se abordan también las autolesiones que puedan tener o no intencionalidad suicida. El profesorado y familiares participan de manera paralela en el que se les enseñan que el suicidio es prevenible y diferentes pautas de detección, reducción de mitos, habilidades de comunicación y el abordaje de las ideaciones suicidas.
 - En la población general, tenemos “Actuaciones para la prevención del duelo complicado, especialmente, en el duelo por suicidio” mencionan que las personas que han perdido a un familiar o ser querido por suicidio pueden desarrollar un mayor riesgo de duelo patológico, así como la aparición de comportamiento suicida. El estigma del suicidio crea el silencio de los supervivientes, ya sea por vergüenza, culpa o incomprensión, lo que provoca el aislamiento y el alejamiento de las redes de apoyo.

Plan Local de Prevención del Suicidio 2023-2027. Ayuntamiento de Tres Cantos
(1ª Fase: Diagnóstico y líneas estratégicas)



Otro municipio de la Comunidad de Madrid que se plantea la realización de un Plan específico de Prevención del Suicidio es Tres Cantos. Los datos que presentan son las intervenciones policiales por autolisis o intento de suicidio, en el que se recogen 44 actuaciones policiales en 2022, 20 más que el año anterior (Ayuntamiento de Tres Cantos, 2023).

A diferencia del anterior, este documento sólo presenta una primera fase de diagnóstico y establecimiento de objetivos y líneas estratégicas (a fecha de finales de 2023), dejando para una segunda fase la delimitación de actuaciones concretas(especialmente protocolos) y sistemas de evaluación y seguimiento. En el apartado de diagnóstico también incluyen programas existentes en las diferentes concejalías que pueden ayudar en la prevención del suicidio.

Así, siguiendo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de considerar el suicidio como un problema de salud pública, desde el ayuntamiento se plantea este plan de prevención del suicidio con los siguientes objetivos:

- Conocer y comprender la conducta suicida en la localidad de Tres Cantos, en el que se comprometen a coordinar y monitorizar para identificar la conducta suicida en los diferentes grupos etarios y realizar un mapa de “hotspots” e instalar barreras arquitectónicas, así como ofrecer información o disuasión.
- Informar y sensibilizar sobre la conducta suicida a través de campañas de concienciación, y la celebración de jornadas divulgativas sobre prevención del suicidio (10 de septiembre y 20 de noviembre).
- Prevenir los factores de riesgo y promocionar los factores de protección.
- Potenciar la capacidad de profesionales y población en general en la detección y prevención en personas de riesgo de conducta suicida.
- Actuar mediante medidas preventivas dirigidas a colectivos vulnerables.
 - En cuanto al **ámbito educativo**, los profesionales educativos prestarán atención y orientación de factores de riesgo y factores protectores, así como la detección del riesgo suicida entre sus alumnos, el manejo de situaciones de emergencia y que conozcan los protocolos específicos de actuación.
 - Para la **población mayor**, el plan se centraría en disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores de la conducta suicida, entrenamiento en habilidades sociales con el fin de potenciar una red de apoyo, la inclusión en distintas actividades en promoción de su autonomía e independencia e implantar sistemas de ayuda a domicilio.
 - Para la **población migrante** se propone realizar grupos de ayuda para hablar sobre el duelo migratorio, enseñar el idioma y la cultura del país, conocer los distintos recursos sociales, sanitarios e institucionales que les puedan ayudar, establecer proyectos de vida y ofrecerles psicoeducación de autocuidado y bienestar personal.
 - Para las **víctimas de violencia de género** se les ofrecerán espacios seguros para trabajar la prevención del suicidio, desarrollar programas para favorecer su autoestima, autoconcepto y desestigmatización del suicidio y la violencia de género, facilitar la reinserción laboral, fomentar la red de apoyo, así como la colaboración interdisciplinar con el fin de fomentar los factores de protección.

- Para las personas que presenten **adicciones** a ciertas sustancias se les acercara a los programas de prevención de recaídas y se centraran en enseñar a fortalecer los factores de protección como las relaciones sociales y familiares, los hábitos de vida saludable y la reinserción laboral.
- Por último, la población que presente algún tipo de **discapacidad** también podrá asistir a programas de prevención del suicidio, facilitar zonas de acceso y desarrollar programas relacionados con los factores protectores como la autoestima, inserción laboral, autonomía y red de apoyo.

En este caso, llama la atención que en el diseño de este plan solo participan “psicólogos y psiquiatras”, quienes, a decir del alcalde, son los que “mejor conocen el problema”:

“Las estrategias para combatir el suicidio deben estar diseñadas por quienes mejor conocen el problema: los psicólogos y psiquiatras” (Jesús Moreno, Alcalde de Tres Cantos; Presentación del Plan de Prevención del Suicidio)

Si bien indudablemente los profesionales de la salud mental son quienes pueden realizar la intervención cuando la conducta suicida ya está presente, el enfoque del plan local, planteado en términos generales de prevención, choca con el planteamiento de la OMS (ya expuesto repetidamente en este documento) que insiste en la necesidad de extraer la prevención del suicidio del ámbito exclusivo de la salud mental, proponiendo la inclusión de los múltiples protagonistas implicados (incluyendo supervivientes y afectados directos), pero no sólo como agentes implementadores de políticas diseñadas desde la salud mental, sino por su condición de conocedores de las múltiples realidades que sustentan la conducta suicida. A continuación reproducimos algunos pasajes importantes de ***Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*** (OMS,2021)

“Facilitar la participación de la comunidad en la prevención del suicidio es una tarea importante. Si bien los gobiernos deben tomar la delantera en el desarrollo y la aplicación de estrategias multisectoriales integrales para la prevención del suicidio, las comunidades pueden incorporar y mejorar estos esfuerzos teniendo en cuenta las necesidades, prioridades y circunstancias locales” (P.V)

“Con frecuencia, los miembros de la comunidad y los interesados directos que quieren participar en la prevención del suicidio tienen que determinar ellos mismos las prioridades y las estrategias” (P.3)

“La participación de la comunidad es un proceso de abajo arriba, activo y participativo mediante el cual las comunidades pueden influir en las políticas y los servicios y configurarlos (McLeroy et al., 2003). Las comunidades pueden conseguir esto iniciando actividades que sean importantes y adecuadas para su contexto local. (...). Es necesario sensibilizar acerca del suicidio como problema de salud pública mediante un enfoque multidimensional que tenga en cuenta las repercusiones sociales, psicológicas y culturales” (P1)

Por último, reproducimos un recuadro de la guía **Vivir la Vida** en el que se ve claramente la apuesta por la incorporación, en este tipo de planificaciones, de otros agentes importantes además de las personas expertas en salud mental (OMS, 2021-versión en español, P.3)

Recuadro 1. Establecimiento de un comité directivo y de grupos de trabajo

Se necesita un comité directivo (o comité de supervisión o equipo de tareas) para proporcionar liderazgo y coordinación, y también para estructurar la planificación, la dotación de recursos, la aplicación, el monitoreo y la evaluación de VIVIR LA VIDA.

Se convocarían grupos de trabajo (subdivisiones del comité directivo) para dirigir la aplicación de cada pilar e intervención. Un miembro del comité directivo debe mantener la coherencia y facilitar la coordinación entre grupos.

En ambos niveles debe incluirse a personas que encarnen la autoridad, la administración y los conocimientos técnicos. Lo ideal sería que hubiera colaboración entre grupos o personas de los sectores público, privado y comunitario (véase el anexo 1, en el que figura una lista de sectores e interesados directos). Deben incluirse:

- personas que ocupan cargos de liderazgo en los sectores pertinentes (p. ej., atención de salud, educación, empleo, desarrollo social);
- personas con experiencia en la prevención del suicidio (p. ej., expertos académicos, del sector de la salud y de organizaciones no gubernamentales (ONG);
- personas con aptitudes y experiencia específicas del pilar o la intervención en cuestión (p. ej., un grupo de trabajo para el análisis de la situación debe incluir a personas con aptitudes en materia de recopilación y análisis de datos, mientras que un grupo de trabajo encargado de interactuar con los medios de comunicación debe incluir a personas de organismos de regulación de los medios u ONG con experiencia en la interacción con los medios); y
- personas que han vivido de cerca el suicidio (que han tenido pensamientos suicidas, han intentado suicidarse, han cuidado a un ser querido durante una crisis suicida o han sufrido un duelo por suicidio).

3. SUICIDIO Y ADMINISTRACIÓN LOCAL EN BILBAO

El suicidio, como bien se ha mencionado anteriormente, es un fenómeno multicausal y multifactorial, por lo que se deben de tener en cuenta diversas dimensiones en el momento de crear un plan para su prevención. El contexto social es uno de los factores que pueden intervenir en la conducta suicida, ya que este se ve influido por la cultura del lugar en el que las personas se desarrollan como individuos y terminan formando parte de dicho contexto social y cultural, los cuales, a su vez, se relacionan con el sistema económico y político correspondiente.

La importancia de tener en cuenta esta dimensión a la hora de producir un plan de prevención del suicidio a nivel local, viene dada por la relevancia de conocer el contexto en el que se va a aplicar dicho plan. Por lo tanto, en este apartado se expondrán algunos datos a tomar en cuenta sobre el lugar en el que se propone realizar el plan de prevención (Bilbao)

Este no pretende ser un diagnóstico exhaustivo de los recursos y necesidades del municipio en prevención del suicidio; tan sólo una primera aproximación a los mismos. Tal como se dijo en la presentación, el objetivo es realizar una primera toma de contacto con:

- Los recursos estructurales (administrativos y competenciales) con los que cuenta esta administración local: existencia de programas que puedan ser útiles para la prevención del suicidio; departamentos vinculados; potencialidad para la coordinación y para la recogida y explotación de datos e indicadores necesarios, etc.),
- Las necesidades percibidas por parte de las personas responsables de servicios y áreas de administración más vinculadas con colectivos vulnerables.
- Las necesidades de información y coordinación para implementar un plan de prevención del suicidio en Bilbao.

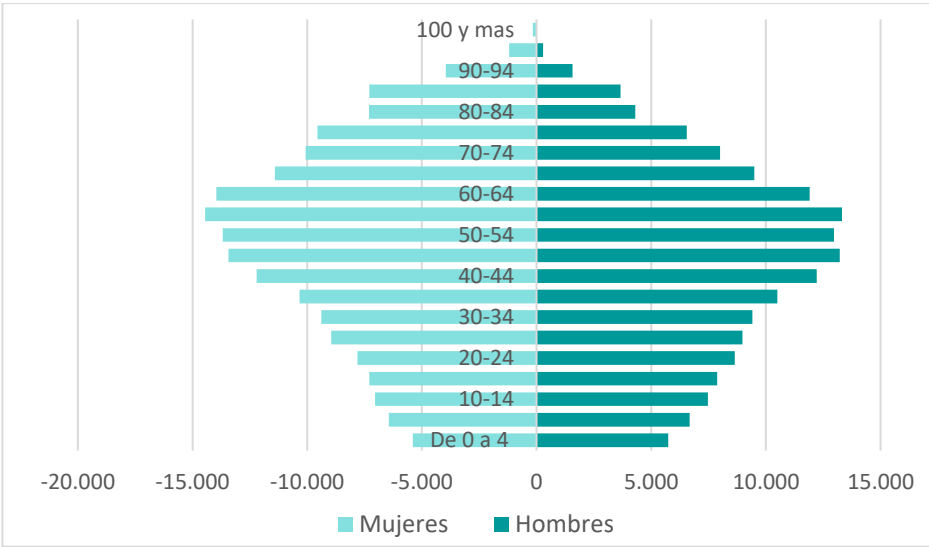
Todo ello en el marco de los fundamentos de la conducta suicida, de la importancia del entorno local y comunitario en la prevención del suicidio y de las líneas básicas para el diseño y desarrollo de estrategias, planes y programas por parte de las instituciones más cercanas a la ciudadanía.

Así pues, ofrecemos un contexto básico para reflexionar sobre el propio contexto social, sobre los elementos y recursos existentes que puedan ser útiles para la prevención del suicidio, sobre los elementos y recursos que pueden ser útiles para construir sobre (o con) ellos nuevos programas y sobre aquellos de los que no se dispone pero con los que se debería contar (como información estadística sobre suicidios e indicadores sociales y demográficos que identifiquen y localicen colectivos potencialmente vulnerables).

3.1 El municipio de Bilbao

El municipio de Bilbao es la capital provincial de Bizkaia, en el País Vasco. Su número de habitantes es de 344.127 personas, según los datos publicados en el Padrón Continuo por Unidad Poblacional en el año de 2022, 2.278 personas menos que en el 2021. Esta cifra de 2022 se divide en 162.828 hombres y 181.299 mujeres.

Gráfico 16. Pirámide de población por sexo y edad. Bilbao, 2022 ¹⁷



FUENTE: Elaboración propia a partir del INE (Estadística del Padrón Continuo)

Los datos censales arrojan una población bastante envejecida, incluso algo más que el conjunto del territorio bizkaino. En la tabla siguiente vemos cómo en Bilbao los grupos de población de edad más avanzada suponen casi un 25% del total de la población bilbaína, algo más que en el conjunto de Bizkaia. Por su parte, la proporción de niños es algo menor, lo que indica que, sin inmigración exterior, la población seguirá envejeciendo.

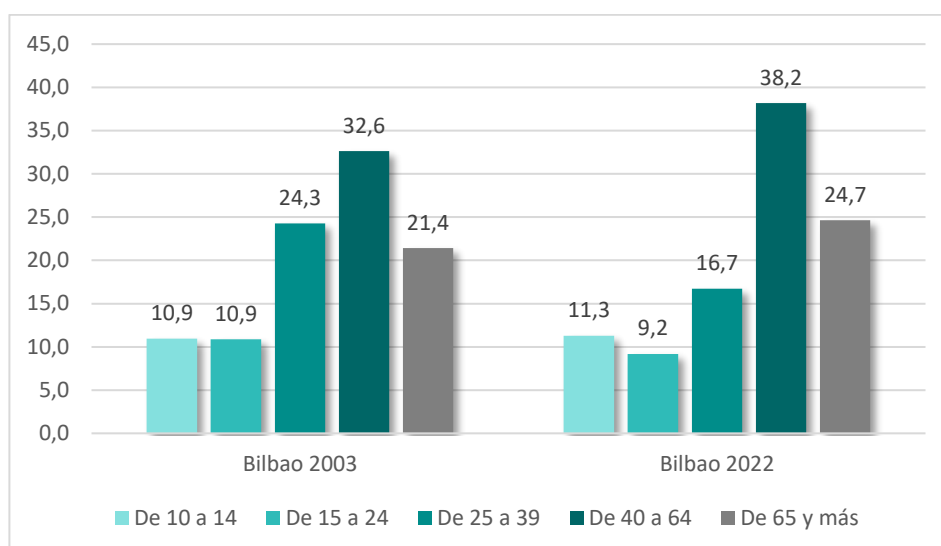
Tabla 2. Distribución porcentual de diferentes grupos de edad en Bilbao y en Bizkaia. 2022

Características del grupo	Grupos de edad	% Bilbao	% Bizkaia
Niños. Población dependiente; inactiva	0-14	11,3	12,4
Jóvenes. Estudiantes; primeros trabajos	15-24	9,2	9,2
Inicio de edad adulta. Estabilización laboral; hijos. Población activa	25-39	16,7	15,5
Consolidación y desarrollo vital y laboral. Población activa	40-64	38,2	39,1
Personas jubiladas y ancianas. Población inactiva	65 y mas	24,7	23,7
Total		100	100

FUENTE: Elaboración propia a partir del INE (Estadística del Padrón Continuo)

Gráfico 17. Estructuras porcentuales de los diferentes grupos de edad en Bilbao, 2003, 2022.

¹⁷ Los signos negativos que aparecen en el caso de las mujeres son solo un recurso práctico para elaborar una pirámide de edades en Excel, para colocar datos a un lado y a otro del eje de las ordenadas.



FUENTE: Elaboración propia a partir del INE (Estadística del Padrón Continuo)

Puede apreciarse en la comparación de la estructura etaria actual con la de hace 20 años que la población está cada vez más envejecida (gráfico 17). Cada vez se vive más y se tienen menos hijos. Esta tendencia de disminución del número de hijos se ha revertido parcialmente gracias a la inmigración¹⁸

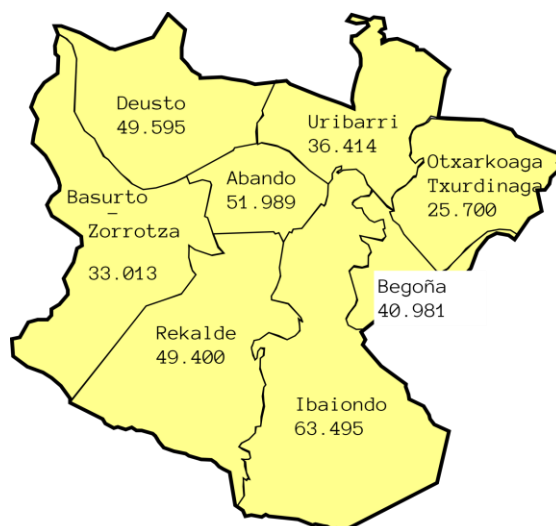
Hay que tener en cuenta desde el punto de vista de la conducta suicida, que la categoría de edad que más número de suicidios presenta en general (de 40 a 60 años) es la que más ha aumentado en Bilbao y la que más población tiene. Por su parte, el grupo de población que presenta elevadísimas tasas de muertes por suicidio, el que supera los 75 años, está aumentando en número (en 2003 había 33.239 personas mayores de 75 años residiendo en Bilbao; en 2022 ascendían a 45.865) y en proporción (un 21,4% de la población total en 2003 y un 24,7% en 2022)

Es fundamental conocer las estructuras de edades que caracterizan no solo al municipio en su conjunto, sino también en sus diferentes barrios. Y ello porque, como ya se ha dicho más arriba, la edad y el sexo/género son variables muy vinculadas a la conducta suicida.

¹⁸ Según datos del INE, en 2000 en Bizkaia nacieron 8.819 niños y niñas; en 2021 nacieron 4.935, lo que indica que el número de nacimientos va disminuyendo con el paso del tiempo. Además de eso, de los 8.819 niños y niñas que nacieron en Bizkaia en el año 2000, el 94,75% fueron hijos e hijas de padre y madre españoles, mientras que en el caso de los nacimientos producidos en 2021 sólo el 72,3% fueron hijos e hijas de ambos progenitores españoles. Esto indica el papel rejuvenecimiento demográfico que aporta la inmigración.

Por otra parte, cabe señalar que el municipio está conformado por 8 distritos (Abando, Basurto-Zorrotza, Begoña, Deusto, Rekalde, Ibaiondo, Otxarkoaga-Txurdinaga, Uribarri) en los cuales se distribuyen un total de 40 barrios. En el último anuario socioeconómico realizado por el ayuntamiento (Bilbao Observatorio, 2021) se recoge el número de habitantes en los siguientes distritos:

Mapa 1: Distribución y número de habitantes de los distritos de Bilbao (2021)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Bilbao Observatorio (2021)

3.2. Administración Local: coordinación y áreas municipales

En cuanto a la organización política del municipio de Bilbao, el organigrama¹⁹ del gobierno municipal se divide de la siguiente manera (según las últimas remodelaciones de 2023):

- El alcalde
- La Secretaría General del Pleno (conformada por el alcalde y sus concejales delegados), que cuenta con tres unidades de apoyo:
 - Asesoría Jurídica,
 - Oficina de la Junta del Gobierno
 - Intervención General Municipal.
- El Gabinete de Alcaldía, conformado por
 - la Oficina de Comunicación y
 - la Oficina de Protocolo, Relaciones Públicas e Institucionales

¹⁹ Bilbao.eus: Web del Ayuntamiento de Bilbao (2022). Organigrama general municipal, Disponible en: https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000017095&language=es&pageid=3000017095&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal.

- Unidades de Coordinación de políticas de actuación y Áreas de Gobierno
 1. Coordinación de Alcaldía y Políticas Culturales,
 2. Coordinación de Movilidad, Sostenibilidad, Regeneración Urbana, Desarrollo Saludable, Vivienda y Educación.
 3. Coordinación de Políticas Sociales,
 4. Coordinación de Políticas de Desarrollo Urbano y Proyectos Estratégicos,
 5. Coordinación de Seguridad
 6. Coordinación de Políticas Económicas

Coordinación de Alcaldía y Políticas Culturales

- Área de Cultura y Gobernanza: El área de Cultura posee un **Programa Anual de Cultura** en el que se recogen los principales eventos culturales de Bilbao, desde festivales de teatro, cine, música, museos, certámenes, jornadas literarias, actividades artísticas y divulgativas, cursos, convocatorios y concursos para poder disfrutar plenamente de la capital. Por otro lado, en el apartado de Gobernanza nos muestra con facilidad las **ofertas públicas de empleo y las bolsas de trabajo**.
- Área de Juventud y Deporte: El área de Juventud y Deporte se divide en tres secciones: Infancia, Juventud y Deporte. La primera muestra espacios de ocio en los distintos distritos para menores nacidos entre 2011 y 2019, siendo los dos espacios más reconocidos **Haurgune** y **Kidegune**. El apartado de Juventud recoge muchas cuestiones de interés como el espacio de **Gaztegune** en el que los jóvenes se pueden reunir para poder realizar diferentes actividades como ir al cine, al teatro, actividades deportivas, etc. También, para los aficionados de la música, los jóvenes que posean una banda o quieran empezar su carrera solista pueden registrarse en **MUSIK** o participar en el **VillaSoundBilbao**. Por último, en el apartado de Deporte, recoge de manera sencilla y ordenada los distintos campos de fútbol municipales, centros de actividad física, frontones, pabellones municipales, polideportivos y remo.
- Área de Euskera, Atención y Participación Ciudadana, Agenda 2030 e Internacional: En esta área se destaca las distintas memorias de “Bilbao y la participación” donde se recogen una serie de **cartas de servicios** de las distintas áreas del ayuntamiento donde las personas pueden acudir y participar en dichas actividades. Otra de las labores que se destacan de esta área es la **guía de entidades** y las subvenciones a las distintas asociaciones de la zona (Ayuntamiento de Bilbao, 2023). En el apartado de Euskera tienen como objetivo la normalización del euskera en el ámbito municipal y administrativo para conseguir un bilingüismo real, así como el impulso del idioma en la vida cotidiana, mediante la motivación, sensibilización y fomento del aprendizaje y uso.
- Área de Fiestas: El área de Fiestas se encarga del trámite y de la realización de las distintas fiestas programadas en el municipio de Bilbao (Ayuntamiento de Bilbao, s.f.)

Coordinación de Movilidad, Sostenibilidad, Regeneración Urbana, Desarrollo Saludable, Vivienda y Educación.

- Área de Movilidad y Sostenibilidad: Esta área se encarga la circulación y el transporte de los autobuses municipales (Bilbobus), del servicio de préstamo de bicicletas (Bilbaobizi), del transporte escolar y de uso especial, taxis, de la Estación Intermodal y el Funicular de Artxanda.
- Área de Regeneración Urbana: En Bilbao **Surbisa** tiene como objetivo que el patrimonio y la edificación de la ciudad sea segura, eficiente, accesible y de calidad. Entre sus programas están los “Fondos Next Generation” y “Rehabilitación de inmuebles” en los que Surbisa se compromete a rehabilitar edificios residenciales y fomentar la eficiencia energética.
- Área de Salud y Consumo: En la última memoria del 2021, se recogen los objetivos que el área desea conseguir, entre ellos está: la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de la drogodependencia, la realización de controles sanitarios en diferentes sectores cotidianos de la población, el control y suministro de la alimentación y la elaboración, seguimiento y evaluación de un **Plan Municipal de Salud**.
- Área de Vivienda: El área de Vivienda posee un **Plan Director de Vivienda** de Bilbao entre el año 2020 hasta el 2023, en la estrategia se recogen una serie de objetivos a cumplir como el incremento del parque de viviendas de alquiler, así como unas rentas asequibles de los mismos, que ese mismo parque de viviendas sea habitable y accesible a todas las personas y realizar un diagnóstico con las necesidades específicas y cambiantes de diferentes colectivos.
- Área de Educación: El área de Educación recoge de manera ordenada una buena cantidad de información dirigida al alumnado, familiares y centros escolares. Por ejemplo, en el apartado de “Educación en Bilbao, Distrito a Distrito” recoge de manera clara y accesible los diferentes centros escolares y su respectiva información. También, poseen un **Consejo Escolar Municipal** de Bilbao en el que se permite la participación ciudadana, consulta y asesoramiento en el sector educativo.

Coordinación de Políticas Sociales

- Área de Acción social: El Ayuntamiento de Bilbao, a través del Área de Acción Social, desarrolla los servicios sociales de Atención Primaria establecidos en la Cartera de prestaciones y servicios de la ley 15/2008 de servicios sociales. Se trata de una red de centros y servicios próximos a la ciudadanía y distribuidos en los 8 distritos del municipio. El Área de Acción Social pone a disposición de toda la ciudadanía sus **11 servicios sociales base** y el **servicio de urgencias sociales** donde se informa, valora, asesora y facilita el apoyo que sea necesario a quienes lo necesiten. Cuenta con un

Catálogo de Servicios Sociales Municipales ²⁰ en el que se pueden encontrar los servicios que ofrecen a la ciudadanía. En este documento se muestran sus ámbitos de actuación, los datos de contacto de cada servicio, cómo se pueden solicitar y a quienes va destinado cada servicio, así como los centros de atención ciudadana.

- Área de Igualdad, Convivencia, Cooperación e Inmigración: Esta área se encarga de temas actuales de la sociedad como la Igualdad entre mujeres y hombres, la violencia de género y la diversidad sexual y de género. En el **V Plan Municipal para la Igualdad de Mujeres y Hombres** (Ayuntamiento de Bilbao, 2020), se defiende la importancia de conseguir una igualdad real y legal entre hombres y mujeres. Por otra parte, dentro del área de Igualdad trabajan con la promoción, sensibilización, visibilización social y pública del colectivo LGTBIQ+, así como la eliminación de la discriminación hacia este colectivo (Ayuntamiento de Bilbao, 2020). Las áreas de Cooperación y Convivencia han sido trasladadas aquí. En la primera, según recoge el **IV Plan Director de Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Bilbao** (2022-2030) en el que tiene por objetivos a conseguir: la disminución de la pobreza, igualdad de género, construir un medioambiente sostenible, promover la creación de sociedades locales y ofrecerles más recursos, la colaboración, acompañamiento y recursos a los miembros de las comunidades locales del Sur y, por último y no menos importante, el respeto a los derechos de todas las personas. Por otro lado, tenemos el área de Convivencia, relacionada fundamentalmente con la Inmigración y la Diversidad, en el que el **Consejo de Inmigración** del Ayuntamiento de Bilbao tiene como función el potenciar la participación ciudadana, el respeto hacia la diversidad cultural y la sensibilización de la ciudadanía bilbaína. También, este sector cuenta con la ayuda del Observatorio de la Inmigración en Bilbao en el ámbito de la investigación con la colaboración de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Coordinación de Políticas de Desarrollo Urbano y Proyectos Estratégicos.

- Área Planificación Urbana, Proyectos Estratégicos y Espacio Público: En el Plan General de Ordenación Urbana de Bilbao del año 2022 se recogen los retos urbanísticos a los que se enfrenta la ciudad de Bilbao, como la sostenibilidad, el medio ambiente, el cambio climático, la complejidad demográfica y los movimientos migratorios. También, se plantea la mejora en la conectividad entre zonas de Bilbao como el aeropuerto, la estación de autobuses y el metro, así como utilizar la cultura y lugares de interés de la ciudad como medio atractivo de conocimiento y turismo.

²⁰ Se puede descargar en PDF, en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=1279192766813&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

- Área de Obras Públicas y Servicios: Incluye la limpieza, la recogida de residuos y las inspecciones que son fundamentales para preservar la calidad de vida de una ciudad. Además, mantiene presente la labor de reciclaje que realizan los habitantes bilbaínos.

Coordinación de Seguridad

- Área de Seguridad: En el Área de Seguridad Ciudadana se recogen de manera sencilla el nombre y la información de las comisarías presentes en Bilbao. Por otro lado, el ayuntamiento, junto a los servicios de ambulancias y emergencias médicas, ejecutaron un Plan de Reanimación Cardio Pulmonar para la colocación de desfibriladores en diferentes zonas y la activación del Sistema de Emergencias (112) de forma precoz. También el sector de Protección civil da consejos de actuación a la ciudadanía frente a fuertes vientos, vientos o incendios.

Coordinación de Políticas Económicas

- Área de Desarrollo Económico, Comercio, Turismo y Empleo: Dentro de esta área se encuentran distintas unidades, como, por ejemplo, Bilbao Ekintza, en el que se ofrece asesoramiento empresarial o como abrir un negocio en Bilbao; Bilbao Turismo, en el que se recogen distintas actividades para turistas o habitantes de la ciudad como paseos por la ría, guías turísticas o información sobre el autobús turístico, o el MercaBilbao, en el que se hacen distintas actividades alrededor de las frutas, hortalizas, plátanos, pescados, mariscos, polivalentes, la zona comercial u otras actividades complementarias.
- Área de Hacienda: El área de hacienda se encarga, entre otras cosas, de la realización de los presupuestos anuales de la capital y de resolver las reclamaciones dirigidas al Tribunal Económico Administrativo de Bilbao.

3.3. Áreas de interés y recursos existentes útiles para la prevención del suicidio

En este apartado incluimos información de programas y recursos de interés que el Área ya tiene en funcionamiento y que pueden ser plataformas sobre las que apoyarse o sobre las que actuar para realizar acciones concretas de prevención (universal, selectiva o indicada), de intervención y de posvención del suicidio. Incluimos también la información ofrecida por las personas representantes del área que recogimos en las entrevistas

3.3.1. Área de Salud y Consumo: Jóvenes, Mayores y Población general

Programas e información institucional

- Memoria del 2021

En la última memoria del 2021 del área de Salud y Consumo se recogen los objetivos que el área desea conseguir. Entre ellos están: la promoción de hábitos de vida saludable, la prevención de adicciones, la realización de controles sanitarios en diferentes sectores cotidianos de la población, el control de la distribución y suministro de alimentos y bebidas, la elaboración, seguimiento y evaluación del I Plan Municipal de Salud, y del V Plan Local de Adicciones (Ayuntamiento de Bilbao, 2021). Y, en general, informar y asesorar en materia de consumo.

- I Plan Municipal de Salud

El primer Plan Municipal de Salud de la ciudad de Bilbao es un proyecto ambicioso y novedoso que supone una mejora y una consideración innegable del marco de la salud y el bienestar de la población, residente o no, de la ciudad. En este Plan se recogen seis líneas de actuación a seguir en el transcurso de los 5 años que proponen de proyecto, desde 2019 hasta 2023 y que se convertirá en la ruta a seguir para los próximos años. Las líneas estratégicas tienen como objetivo: el trato de la salud en la política municipal, la promoción de la salud en los distintos grupos de edad, la importancia del entorno urbano para la salud, la existencia de distintos niveles de salubridad según el distrito de Bilbao, mejorar la participación y cohesión comunitaria, apoyar las investigaciones que puedan identificar de manera precoz los problemas de salud y crear herramientas de recolección de datos (Ayuntamiento de Bilbao, 2019).

- VI Plan Local de Adicciones de Bilbao

Por otro lado, tenemos, en consonancia con el Plan de Salud anterior y conforme a las conclusiones extraídas de la evaluación del V Plan Local de Adicciones, el VI Plan Local de Adicciones de Bilbao. Se trata de una versión ampliada y actualizada del Plan anterior en el que muestran las distintas realidades de la población bilbaína al respecto y cómo las administraciones planificarán, ordenarán y coordinarán esta materia en los próximos 3 años, desde el 2023 hasta el 2026. Los objetivos del plan se dividen en cuatro colectivos: Infancia, Adolescencia, Juventud, Población general y Población específica (Ayuntamiento de Bilbao, 2023).

Entrevista

Se indica que llevan muchos años trabajando, en los centros educativos, la promoción de la salud con el colectivo adolescente; y ello mediante talleres donde se trabaja la idea de la alimentación saludable, la importancia de la actividad física, la salud mental, la salud emocional, la salud afectivo-sexual, la reanimación cardiopulmonar y la prevención de las adicciones

El trabajo que realizan con los profesores es más exhaustivo, pues consideran que son los profesores, por su cercanía al alumnado, quienes tienen las competencias de poder hablar con los jóvenes sobre las diferentes cuestiones. Mencionan el reciente protocolo establecido por el Departamento de Educación y Universidades del Gobierno para prevenir el suicidio en las aulas vascas, ya que desde el Ayuntamiento han recibido demandas de parte de los profesores sobre suicidio y duelos por suicidio de los alumnos, y que este protocolo ha sido de gran alivio para ellos porque se encontraban en una situación de desamparo. Como Ayuntamiento deben ir con precaución sobre este tema, pero exponen están dispuestos a colaborar con cualquier demanda que tengan los profesores.

Tienen talleres de salud para mayores en los que se les ofrece actividades físicas adaptadas desde octubre hasta junio, una hora a la semana. Desde esos talleres se escuchan las preocupaciones de los y las participantes y se han efectuado talleres de prevención de caídas, información sobre distintas vacunaciones o talleres hablando de la salud mental y la soledad no deseada. Gracias a esos talleres las personas mayores conocen gente y afianzan una buena red social. Comentan que el grupo de Irala sí ha mostrado preocupación sobre este fenómeno (la muerte) y se ha trabajado la salud emocional.

Realizan un curso de “Mujeres por la salud”, dirigido a mujeres; grupos de 20. Se menciona la dificultad de hacer los grupos; mayoritariamente son mujeres mayores (media de 60 años). Se ha realizado en colaboración con diversos servicios. Este año con asociaciones de mujeres. Se trabajan con las situaciones que generan malestar y cómo resolverlas. Muchas de ellas han conseguido reducir el consumo de fármacos por depresión o ansiedad con estos cursos.

Entendemos que el Área es de vital importancia ya que trabaja cuestiones de salud con grupos vulnerables, como adolescentes y mujeres. Además, ya cuenta con recursos y dinámicas apropiadas para abordar las cuestiones más delicadas como es la conducta suicida.

3.3.2. Área de Juventud y Deporte: Jóvenes

Programas e información institucional

- Panel Joven

El Panel Joven es una acción nueva impulsada por esta área municipal con el fin de crear un espacio de diálogo y participación para los y las jóvenes de entre 18 y 28 años para que puedan proporcionar su opinión y su visión en temáticas que sean de su interés y puedan desarrollarlas con el apoyo del ayuntamiento, creando una colaboración que permita fomentar la creación de nuevas propuestas y proyectos (Ayuntamiento de Bilbao, s.f.), en el marco del Plan Municipal de Juventud: *Bilbao Hiri Gaztea 2022-2025* (Bilbao Gazte, s.f.).

- Bilbao Hiri Gaztea 2022-2025

El último Plan Joven de Bilbao nace tras la implantación de la nueva Ley Vasca de Juventud 2/2022 del 10 de marzo, la cual define el marco normativo que se debe de seguir para la creación de políticas y estrategias, y que deben basarse en tres ejes de actuación del Sistema Vasco de Juventud, que son: la Promoción Juvenil, la Emancipación, y la Participación (Ayuntamiento de Bilbao, 2022). De esta manera, los objetivos principales de este plan son:

1. “Favorecer la autonomía como elemento de acceso a la emancipación
2. Hacer de la ciudad una oportunidad para el bienestar integral y desarrollo vital de las personas jóvenes
3. Avanzar con los y las jóvenes en los objetivos de “gobierno abierto”, impulsando la ética de la transparencia y los espacios de participación, promoviendo oportunidades para la colaboración y la co-creación en un proceso compartido de reconocimiento de derechos y asunción de obligaciones” (Ayuntamiento de Bilbao, 2022).

Entrevista

Las entrevistadas explicaron que en el Área de Juventud y Deporte no contaban con datos específicos relacionados con el suicidio, pero sí contaban con “impresiones”. En el proceso de contactar con las personas jóvenes se encuentra una dificultad, ya que la relación entre jóvenes e instituciones no es muy fuerte, si bien, en los procesos participativos que se han llevado a cabo y en el diseño colaborativo de algunas acciones vinculadas al ocio y el tiempo libre, la sensación de “soledad no deseada” y malestar en, al menos, cierta parte de la juventud ha quedado patente, así como la dificultad para contrarrestarla.

Existe también una gran preocupación por el futuro por parte de los y las jóvenes, posiblemente fruto de la incertidumbre que sienten. No se puede decir a ciencia cierta si esto es por causa de la pandemia, pero la situación actual es esta. “En un mundo de la comunicación, la inmediatez, lo líquido, la gente joven se siente sola”.

Entendemos que esta es una idea bastante novedosa, ya que habitualmente se entiende que los jóvenes están “superconectados”. Sin embargo, se debería explorar hasta qué punto esa soledad genera malestares y desconexiones del mundo real. Este ámbito parece de vital importancia para conocer la realidad de los jóvenes y tratar de encontrar soluciones de forma participativa.

Interesante mencionar que el Área cuenta con un espacio amplio, el edificio conocido como “La Perrera”, en el que se pueden realizar actividades, talleres y charlas por, con y para los jóvenes. Un recurso a tener en cuenta para futuros encuentros y foros juveniles con esta temática, a fin

de trabajar con ellos temas como el reconocimiento y gestión emocional, el sentido de la vida, lo que les mueve a vivir, esperanzas, deseos y oportunidades, etc.

3.3.3. Subárea de Inmigración: Inmigrantes, mujeres y hombres

Programas e información institucional

- III Plan Bilbao Ciudad Intercultural

El objetivo principal de este Plan es promover la integración, la convivencia ciudadana y la cohesión social, avanzando en la construcción de Bilbao como ciudad intercultural. Existen cuatro principios rectores: principio de igualdad, principio de diversidad, principio de interacción positiva y principio de pertenencia y vecindad (Ayuntamiento de Bilbao, s.f.).

- Programa Mujer, Salud y Violencia

Este programa con un recorrido de 15 años, busca la prevención comunitaria en las comunidades inmigrantes, promoviendo el aprendizaje de la autogestión y autocuidado de la salud integral, así como la prevención de todas las violencias (Ayuntamiento de Bilbao, s.f.).

Entrevista

Desde el Negociado de Inmigración se informa de las diferentes líneas de intervención que existen en el marco del programa “Mujer, salud y violencia”. Este programa se puso en marcha con el fin de mitigar la discriminación múltiple a la que están expuestas las mujeres inmigrantes bilbaínas; tanto por ser mujeres, como por su origen inmigrante. Actualmente, este Programa se despliega en diversas intervenciones dirigidas tanto a mujeres, como a hombres, dotándoles de herramientas para su inclusión:

- Formación de mujeres como Agentes de Empoderamiento.
- Formación de hombres como Agentes por la Igualdad y Prevención de la Violencia de Género.
- Información y sensibilización “a la carta” al tejido asociativo.
- Encuentros para la derivación en casos de violencia de género.
- Provisión de soportes y herramientas de información, sensibilización, servicios y recursos en diversos idiomas.

También se coordina el Programa Integral para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF, en adelante) que se despliega en las siguientes actuaciones: la formación de mujeres y hombres de la franja de países practicantes como Agentes de Salud, la formación de profesionales multidisciplinares para la prevención de la MGF, la coordinación de la Comisión

Interinstitucional y el protocolo de funcionamiento, y por último, el diseño y difusión de herramientas para la prevención.

El duelo migratorio al que se enfrentan estas comunidades en cuestión, resulta también muy importante, dado que puede desembocar en momentos emocionales muy estresantes, acompañados de sensación de vacío. Desde esta perspectiva, el Programa Mujer, Salud y Violencia trabaja también el mandato de género en mujeres y en hombres, así como la prevención de adicciones que se pueden generar.

Por otra parte, existen iniciativas que se despliegan a nivel de barrios para la intervención territorial como el proceso de intervención comunitaria intercultural Auzoak Abian que se desarrolla en Irala y Ametzola. En este proceso hay una línea específica de trabajo sobre salud comunitaria con una Mesa de Salud que reúne a agentes que trabajan este ámbito en la zona, con talleres y actividades que incluyen el cuidado de la salud mental.

Dado que este Negociado trabaja con estas comunidades especialmente vulnerables, tanto por cuestión de discriminaciones y limitación de oportunidades vitales, como por cuestión de brechas de desigualdad y existencia de un duelo que es necesario reconocer y gestionar, es fundamental poder abordar la temática del suicidio en sus talleres y programas formativos y en los encuentros comunitarios que puedan realizar. La puesta en común de experiencias vitales puede ser un excelente recurso para hablar de la vida y la muerte e intercambiar opiniones y afrontamientos de situaciones difíciles de forma participativa.

3.3.4. Área de Acción Social: Población general e individual

Programas e información institucional

- Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS)

El Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS) se concibe como un servicio social para la atención de situaciones de urgencia de carácter individual, familiar y social, ocurridas en el municipio de Bilbao, al objeto de prestar una atención inmediata, mediante la intervención de profesionales del Trabajo Social y la aplicación de los recursos sociales existentes, con el fin de responder a situaciones de necesidad social.

Tiene carácter de urgencia social aquella situación que viene producida por un suceso precipitoso, con conciencia de las personas afectadas y que requiere de una atención inmediata e ineludible, sin la cual es previsible o existen indicios razonables de que se produzca un deterioro claro e importante de la situación o un perjuicio para las personas implicadas. Así mismo el carácter de urgencia se complementará con el grado de oportunidad de la intervención que se desprenda de la situación en sí misma.

Existen situaciones que se caracterizan por un alto riesgo social (sospechas fundadas de violencia doméstica, maltrato infantil, intentos de suicidio etc.). Entendemos que, en estas situaciones, de no iniciar una actuación profesional en breve, la situación puede precipitarse en sucesos con graves consecuencias para las personas afectadas. La intervención requiere una valoración concreta del carácter de urgencia. A partir de ahí se realizará una intervención directa o una derivación a otro servicio.

Se caracteriza, además, por la detección y diagnóstico social avanzado, sujeto a posterior comprobación de los datos, la disponibilidad para la resolución de situaciones de emergencia social mediante la inmediatez en las actuaciones que se precisen y, en ocasiones, la posterior derivación a las instancias sociales correspondientes para continuar la intervención social realizada.

El Servicio Municipal de Urgencias Sociales, integrado en la red básica de servicios sociales del municipio, se concibe como un recurso de horario continuo (24 horas / 365 días) tiene como misión la atención inmediata en situaciones de urgencia y emergencia de carácter individual, familiar y social ocurridas en el municipio de Bilbao.

Los objetivos que establece el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao son los siguientes:

1. Facilitar a las personas que lo demanden información sobre los recursos sociales existentes, tanto de los dependientes del Ayuntamiento como de otras instituciones o asociaciones de la ciudad.
2. Atender de forma inmediata las llamadas que la ciudadanía de Bilbao realiza al 010, cuando dichas llamadas sean de contenido social, y que suelen ser derivadas al Área de Acción Social.
3. Atención en situaciones de emergencia social, incendios, derrumbamientos, inundaciones etc. en estricta colaboración con el Área de Protección Civil, Policía Municipal, Ertzaintza y otras instituciones que pudieran estar implicadas.
4. Aplicación, en casos urgentes, de los recursos sociales (programas y servicios) de que dispone el Área de Acción Social para solventar las necesidades de las personas que se atiendan por motivo de urgencia y/o emergencia.
5. Colaborar en las tareas de observatorio social, es decir, recoger la demanda social existente y no satisfecha a efectos de proponer nuevos recursos y/o programas.

Situaciones que motivan la activación del SMUS

- Violencia de género: Agresión física o psíquica y/o abuso sexual a una mujer, ejercida por su pareja o ex-pareja, existiendo o habiendo existido convivencia.
- Violencia intrafamiliar: Situación en la que se ha producido una agresión física o psíquica por un miembro de la familia a otro, ambos mayores de edad, excluida las de violencia de género.
- Conflicto familiar: Situación conflictiva entre personas adultas miembros de una familia, sin que haya existido violencia física o psíquica.
- Conflicto violencia familiar originado por menor: Conflicto en una familia generado por el comportamiento de un/a menor (generalmente adolescente); legalmente se considera una situación de “menor desprotegido”.
- Desprotección de personas adultas en vía pública: Situaciones que afectan sólo a personas adultas, sea cual sea el grado de vulnerabilidad y, por tanto, el alcance de nuestra intervención.
- Desprotección de personas adultas en domicilio: Persona adulta sin capacidad de auto cuidado y que no cuenta con apoyo de otras personas; la situación es prolongada en el tiempo; se incluyen aquí las situaciones en que la persona se aísla en su domicilio y no permite que el apoyo se le preste.
- Desprotección sobrevenida a persona adulta: Persona adulta sin capacidad de auto cuidado que venía contando con el apoyo de otras personas y que, de manera súbita (accidente, enfermedad, etc.) no pueden prestárselo.
- Persona adulta perdido/desorientado: Persona adulta que está en lugar público y se muestra perdida/desorientada.
- Desprotección de persona adulta con menor: Una persona adulta (o varias) y un/a menor (o varios/as) se encuentran desprotegidos/as por circunstancias de falta de medios que afectan a ambos, sin que exista dejación deliberada de las responsabilidades de guarda. La titularidad de la urgencia se asigna a una persona adulta.
- Desprotección de menor de edad: Menor cuyos padres/tutores hacen dejación de sus responsabilidades de guarda y/o sufren maltrato de ellos (abandono, estado de embriaguez, etc.).
- Desprotección sobrevenida a menor: Menor que queda súbitamente desprotegido/a porque sus padres/tutores no pueden ejercer sus responsabilidades de guarda por causas ajenas a su voluntad (accidente, enfermedad, etc.).

Programa de Emergencias y Urgencias Sociales

La misión del programa es procurar intervención social inmediata a personas afectadas por hechos inesperados y/o agravantes de una problemática ya existente que generan la aparición súbita de necesidades personales objeto de los servicios sociales, hasta la

estabilización de situación, así como realizar las derivaciones que aseguren la continuidad de la intervención realizada.

En este apartado se analizan globalmente las situaciones de urgencia atendidas en el año, es decir, incluidas las denominadas Emergencias Ordinarias.

- Programa “Mirada Activa”

El progresivo envejecimiento de la población plantea algunos de los desafíos más importantes de la actualidad social, y entre esos retos no es menor el de propiciar que las personas mayores sigan participando en la vida ciudadana y contribuyendo al bienestar de la comunidad. El Ayuntamiento de Bilbao trabaja por mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, tal y como se define a una ciudad amigable según la Organización Mundial de la Salud (OMS), título que Bilbao posee desde 2011.

El programa de MIRADA ACTIVA del Ayuntamiento de Bilbao surge en 2013 para paliar la fragilidad, el aislamiento social y la soledad de personas mayores de la Villa.

El acceso a este programa se articula a través de un sistema multicanal que consiste en la identificación de personas en situación de fragilidad social por los Servicios Sociales Municipales. Esta identificación se hace a través de la ciudadanía en general, entidades profesionales, las Asociaciones de Personas Mayores, entidades del Tercer Sector o los servicios sociales de base.

Una vez identificadas estas personas, se utiliza la herramienta de medición de fragilidad social, y con el resultado de esta valoración, se consensua el tipo de apoyo más adecuado para cada persona.

Para ello, se ponen a disposición de estas personas los recursos y programas con los que cuenta:

- Servicio de Ayuda a Domicilio,
- Servicio de acompañamiento Urrats Bat Gehiago,
- Servicio para la participación comunitaria (SERPAC).
- Urrats Taldea: salidas grupales ocio y cultura
- Digitalización o adquisición de competencias digitales
- Espacios Nagusi Kafegunean
- Centro de apoyo a personas cuidadoras Zaintzea,
- Las Ayudas de Emergencia Social,
- La Teleasistencia del Gobierno Vasco

Entrevista

El entrevistado nos ofrece por escrito información detallada de los programas y servicios existentes en el Área, y que están descritos más arriba.

Vista la amplitud de servicios existentes, y que estos están fundamentalmente (aunque no exclusivamente) destinados a poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, entendemos que los Servicios Sociales del Ayuntamiento constituyen un área primordial para ubicar formación sobre las conductas suicidas y la forma de gestionarlas (conociendo recursos y derivando los casos necesarios a salud mental) entre los y las trabajadoras, así como para realizar programas preventivos específicos, ya que, por definición, atiende a personas con elevados factores de riesgo y escasos factores protectores. También consideramos que es un área de gran interés para elaborar microdiagnósticos de situaciones con riesgos potenciales, planteando acciones comunitarias “desde abajo” y con la colaboración e información de las personas usuarias de los servicios y programas.

3.3.5. Área de Igualdad: Mujeres y Colectivo LGTBIQ+

Programas e información institucional

- V Plan Municipal para la Igualdad de mujeres y hombres

Este plan tiene como objetivo principal conseguir la igualdad real y legal entre hombres y mujeres. Así, trabajan, entre otras cuestiones, en fomentar la igualdad de trato y oportunidades, el respeto, la integración de perspectiva de género, acción positiva, eliminación de roles y estereotipos de género, igualdad de representación, coordinación y colaboración, etc. Los años en los que este plan estará en vigor es hasta el 2023 (Ayuntamiento de Bilbao, 2020).

- Programa de prevención y atención de violencia machista

La desigualdad entre hombres y mujeres es un tema muy antiguo, pero de atención reciente. En la Memoria del Programa de Prevención y Atención de violencia machista contra las mujeres del Ayuntamiento de Bilbao del 2021, se plantea como objetivo principal la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, el facilitar una atención de calidad a las mujeres bilbaínas y sus hijos que hayan sufrido violencia de género o violencia vicaria, la sensibilización y visualización de la violencia machista, facilitar a los profesionales una serie de estrategias que faciliten una detección y prevención de las situaciones de violencia y la correcta derivación y, por consiguiente, una colaboración entre administraciones institucionales (Ayuntamiento de Bilbao, 2021).

Entrevista

Respecto a la perspectiva de género mencionada anteriormente, se describe el posible hecho de que el mayor número de suicidios sea cometido por hombres pueda deberse a la

construcción de la masculinidad, tal y como es concebida actualmente en nuestra sociedad, y en la que ya se aprecian diferencias, tanto en los que se refiere al uso de la violencia (incluso contra uno mismo) como en relación a las conductas de riesgo con el propio cuerpo (adicciones, riesgo al volente violencia, etc.) con respecto a las mujeres. Esto también podría explicar un rasgo suicida. Aun así, desde el área de igualdad no trabajan con hombres directamente.

Trabajan con las mujeres. Realizan talleres semanales por la igualdad para todas las mujeres de Bilbao, pero la participación se concentra en 300 mujeres con una media de edad de 70 años que presentan ciertos índices de soledad no deseada y quieren realizar actividades de esta índole. También, trabajan con mujeres víctimas de violencia de género, que en ocasiones son derivadas de los servicios sociales por un intento de suicidio o conducta suicida o, también, son muchas las ocasiones en el que las trabajadoras sociales identifican estas conductas suicidas en las mujeres que acuden a los talleres y considera que este colectivo es de importante atención al ser tan vulnerable. Las mujeres no solo muestran síntomas de violencia, sino también problemas económicos, adicciones, enfermedad mental y muchas más.

Desde el área de igualdad consideran importante saber a quién y a donde derivar cada caso y que exista un trabajo en común entre todas las áreas debido a que trabajan con colectivos muy vulnerables donde el suicidio está presente.

En cuanto a la comunidad LGTBIQ+ están actualmente realizando un diagnóstico para un futuro plan, en el que consideran relevante introducir la variable suicidio, pues también es un grupo vulnerable.

Coincidimos con la entrevistada en la importancia del Área de cara a abordar la problemática del suicidio, pues, efectivamente, trabaja con grupos muy vulnerables psicológicamente: soledad, violencia, ansiedad... Sería interesante identificar las diferentes formas de afrontamiento de la vida entre hombres y mujeres, dado que se trata de un área de igualdad, con el fin de aprovechar las experiencias femeninas de afrontamiento de sus grandes malestares para extraer enseñanzas que ofrecer a los hombres. La diferente perspectiva de género frente al suicidio es un tema pendiente que se debería afrontar desde la investigación social.

3.3.6. Área de Seguridad Ciudadana: Policía y Bomberos

Programas e información institucional

Desde el área de Seguridad Ciudadana se disponen las acciones y servicios que se llevan a cabo desde la Policía Municipal y desde los Bomberos de Bilbao. Algunas de estas acciones y servicios son: la asistencia ciudadana en distintas situaciones de emergencia, la supervisión del cumplimiento normativa en relación con el control de adecuación, protección y seguridad de los edificios contra posibles incendios, la prevención, el tráfico y la seguridad vial, el servicio de

la policía administrativa, la atención a la ciudadanía, la protección pública y los servicios especiales (Ayuntamiento de Bilbao, s.f.).

Entrevista a Policía Municipal

Mencionan que tienen amplias necesidades en relación al conocimiento y gestión de la conducta suicida; que deben mejorar. Especialmente porque en sus servicios se encuentran con personas con conductas de riesgo que necesitarían saber evaluar y gestionar. Una vez que llegan, en este tipo de situaciones, son los propios policías los que identifican el estado de riesgo o vulnerabilidad. Y lo hacen sin herramientas específicas, de forma intuitiva, lo que supone un riesgo añadido ya que existen estereotipos muy nocivos en torno al suicidio que es imperioso identificar. Identificada la situación, activan el recurso sanitario (ambulancia psiquiátrica) y es el facultativo quien decide si procede o no el traslado a un centro sanitario (internamiento voluntario o involuntario), custodiando en caso de ser necesario a la ambulancia durante el traslado. Cuando existen indicios de vulnerabilidad o desprotección se contacta con el SMUS: una patrulla realiza informe tras una actuación y si se considera que los hechos revisten tal naturaleza, se informa a los servicios sociales para su seguimiento. Del resultado de sus seguimientos con el/la usuario/a no existe reporte porque ya no es de índole policial.

En este sentido, consideran importante disponer de un canal en el cual conozcan todos los incidentes por suicidio y tentativa que tengan entrada en los servicios de emergencia (SOS Deiak, principalmente). Los actores directamente implicados son Ertzaintza-Bomberos-Policía Municipal de Bilbao. El objeto de esto sería conocer la casuística, y en caso de actuaciones futuras, disponiendo de la información y formación sobre cómo actuar en estos casos, y atender el incidente en condiciones de seguridad para la víctima. Sería importante disponer de un protocolo compartido y coordinado para este tipo de actuaciones

En cuanto a la formación que ellos reciben, mencionan la Academia de Arkaute en la que desde hace 5 años le dan importancia a la salud mental, pues dicen que 3 de cada 10 actuaciones están relacionadas con la salud mental (suicidio), pero en realidad no saben si la persona posee un diagnóstico o no.

Están comprometidos a revisar la normativa interna, así como a la creación de un protocolo específico sobre el suicidio, ya que en los propios calabozos de la policía municipal han observado tentativas de suicidio. Algunos son menores y procedentes del extranjero. El mayor desamparo, el cuadro médico que ya traen de su país de origen y el duelo migratorio hace que sean víctimas de múltiples desigualdades.

Algo muy importante a tener en cuenta es la preocupación de todos los trabajadores en reconocer que la labor como policía es un factor de riesgo, ya que encuentran muy difícil la

“ventilación emocional” tras, por ejemplo, una situación traumática; disponer de un arma posibilita el suicidio con mucha más facilidad que en la población general.

Muchas veces cuando les activan para acudir sobre una crisis suicida, activan a bomberos, policía y personal sanitario; y son muchas las veces que la policía llega primero. Está establecido que el que llega primero es el que tiene que actuar, y no se sienten preparados para ello. Mencionan que en el edificio anterior en el que se encontraban hubo suicidios con el arma reglamentaria. Actualmente, Aita Menni ofrece tratamiento psicológico a los policías sin previo aviso, pero muy poca gente conoce este recurso. Plantean la necesidad de ayuda en este sentido; no tanto de carácter psicológico individual (que ya tienen, aunque reconocen que se debería informar mejor) sino más de formación como colectivo, planteando con franqueza las situaciones y evitando estigmatizaciones entre ellos y ellas mismas.

Se percibe en esta entrevista que les faltan herramientas y espacio para actuar, además de coordinación. Formación, protocolos, coordinación, activación, seguimiento....Y frente a todas estas carencias percibidas se manifiesta un gran deseo de ser más útil, de atender mejor, de ayudar más. Encontramos disposición, compromiso y actitud muy positiva.

Entrevista a Bomberos

Los entrevistados mencionan que la mayoría de la formación que reciben se centra en incendios y accidentes, tal y como se entiende principalmente la profesión de bombero. Y, sin embargo, hay muchas cuestiones sin cubrir; entre ellas la atención a personas con conductas suicidas y sus allegados.

Si quieren realizar una formación específica debe existir una gran demanda y un gran esfuerzo para que los superiores acepten esa formación. Todos los años reciben 24 horas de formación (8 horas - 3 días). Este año han conseguido que 16 de esas 24 horas se centren en el suicidio. El Oficial de Bomberos nos comunica que la valoración de esta formación es muy positiva y que gracias a ella se ha conseguido visibilizar y desestigmatizar el suicidio entre el cuerpo de bomberos.

En relación a las formaciones de bomberos y policías, es Arkate quien da la aprobación de la formación y quien expide el título justificativo (es el organismo que oficializa y valida las formaciones). Hace 2 años los bomberos pidieron formación en actuación de tentativas de suicidio y los demás servicios también lo consideraron interesante; es decir, existe interés real entre los intervinientes de estas conductas para conocer mejor este suceso y poder actuar de manera eficiente.

La formación que sí reciben los bomberos es relativa a riesgos psicosociales, ya que el trabajo de los bomberos, al igual que el de la policía, supone una serie de riesgos psico-emocionales

importantes, pues en muchas ocasiones viven una serie de experiencias que pueden considerarse como traumáticas. Mencionan que los bomberos también son un colectivo de riesgo, víctimas frecuentemente del “burnout” y mencionan que existe un departamento de psicólogos para bomberos, pero que pocos conocen realmente.

Arkaute ofrece una formación sobre Intervención en Conducta Suicida (ICA) de 7 horas para bomberos, 112, Osakidetza y la Ertzaintza. Bomberos de Bilbao pidieron también la formación que ofrecen en Bomberos de Madrid, que es más intensa, pero se denegó la solicitud.

También piden que se forme de forma conjunta a todos los agentes que están presentes en una intervención autolítica (bomberos, policía y sanitarios) pues suelen existir problemas de cooperación y coordinación entre ellos al no recibir la misma formación y al “no hablar el mismo idioma”. La Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi menciona este respecto, una formación conjunta entre bomberos y policía realizado por Arkaute. Arkaute dice que se está impartiendo esta formación, pero la realidad que nos trasladan los bomberos es que no se está haciendo de forma adecuada, y esto supone muchos problemas en las intervenciones. Califican estas cooperaciones como de cierto “desorden” y “caos”.

Entendemos, junto con los bomberos, que las formaciones para afrontar situaciones de crisis deberían ser las mismas para todos los agentes intervinientes, de forma que, como ellos mismos señalan, se pueda hablar “el mismo idioma” y las actuaciones puedan ser verdaderamente eficaces y sin fricciones organizativas. Esta formación no sólo es fundamental para las personas que actúan (para asegurarse de que realizan intervenciones protocolizadas, seguras, para gestionar sus propias situaciones de estrés...), también es fundamental para atender a la persona en crisis según sus necesidades emocionales en situaciones de gran tensión, con acciones libres de estereotipos y teniendo en consideración el sufrimiento de los allegados (especialmente si están en el lugar de los acontecimientos), pero también saber dar malas noticias con respeto y salvaguardando la dignidad de todas las personas.

3.4. Información estadística sobre conducta suicida

3.4.1. Fuentes de datos existentes sobre la incidencia epidemiológica del suicidio.

Tal y como hemos señalado en el primer capítulo, existen datos a nivel autonómico y provincial (tanto del INE como del EUSTAT, en nuestro caso). También hemos comentado que la información sobre suicidios es escasa (solo sobre fallecimientos, ya que no existen estadísticas de tentativas en la actualidad). Además de recoger poca información sobre las personas fallecidas, esta información apenas se desagrega por provincias; menos aún por municipios.

Así, tras una revisión exhaustiva de las fuentes de datos que se presentarán a continuación, **no se ha podido encontrar ningún dato específico que nos permita conocer la incidencia actual del suicidio a nivel municipal**, y más específicamente a nivel del municipio de Bilbao, que es la capital de Bizkaia y un municipio de gran cantidad de habitantes.

Esto es una gran limitación a la hora de poder desarrollar un diagnóstico de situación del suicidio, ya que los datos son de una relevancia imprescindible para llevar a cabo una labor de prevención. El conocimiento del fenómeno es la base sobre la que se debe de sustentar cualquier plan de actuación o estrategia social.

Es por esto que, a continuación, se expondrán las diversas fuentes de datos que, por una parte, poseen datos de los suicidios, pero no a nivel municipal (algunas ya mencionadas en el capítulo primero, en donde se han ofrecido datos generales del País Vasco), y, por otra parte, fuentes que podrían brindar dichos datos a nivel municipal. De esta manera, se podrán identificar las necesidades de una recogida de datos sobre el suicidio a nivel municipal y su publicación.

Instituto Nacional de Estadística

El INE es el organismo que se encarga de recoger todos los datos estadísticos de las personas residentes en España (Autónomos y Extranjeros) y de los fenómenos sociales, estructurales y coyunturales que tienen lugar en este país.

- Los datos referentes al suicidio los recogen a nivel Nacional, Autonómico y Provincial. Para encontrar estos datos se debe de ir al apartado de Sociedad → Salud → **Estadística de defunciones según causa de muerte**. En esta Estadística, se pueden encontrar específicamente las Defunciones por suicidio, las últimas del año 2022 (provisionales), en donde aparecen los datos según los ámbitos territoriales antes mencionados (excepto Provincial) según el sexo, la edad, el método utilizado, la nacionalidad, el tamaño del municipio, la capital de residencia, la capital de defunción, el mes de defunción y la tasa de suicidios, esta última por edad y sexo. También se pueden encontrar datos sobre el suicidio en **Causa básica de defunción**, los últimos del año 2022, en donde aparecen las estadísticas según los ámbitos territoriales antes mencionados.

En las Defunciones por causa de defunción se pueden encontrar tablas con la lista reducida de las causas, en donde se simplifican y se denomina cada causa según su nombre y un código; las tablas con la lista detallada de las causas de defunción solo muestran el código de cada una, por lo que, si no se conocen dichos códigos, se facilita un documento con el significado de cada código. En las estadísticas que muestran la lista reducida de las causas de muerte aparece la variable de suicidio como “Suicidio y lesiones autoinfligidas”, la cual se puede cruzar con las variables de intervalos de edad,

sexo, mes de fallecimiento, el tamaño del municipio, capital de residencia, nacionalidad y lugar de residencia; igualmente se muestra la tasa de mortalidad por causas de muerte.

- Por otra parte, el INE realiza cada 5 años, en colaboración con el Ministerio Nacional de Sanidad, Consumo y Bienestar, una **Encuesta Nacional de Salud (ENSE)**, que dirige a la población residente en unidades familiares con el fin de conocer el estado de salud y sus determinantes desde el punto de vista de los/as ciudadanos/as. Muestran resultados a nivel nacional y autonómico. Dichos resultados fueron publicados en el año 2018, pero, los cuestionarios y los datos datan del año 2017 (INE, 2018). La ENSE emplea tres cuestionarios distintos, el destinado al “Hogar”, el destinado a “Adultos (15 años y más años)” y el destinado a “Menores (menores de 15 años)”. En ninguno de estos cuestionarios aparecen ítems relacionados con la conducta suicida (ideaciones, tentativas), ni con el conocimiento o afección de conductas suicidas externas al individuo encuestado. Lo más cercano a una relación con estas conductas en esta encuesta es el estado de salud mental de la población.

En los cuestionarios de Menores y de Adultos aparecen preguntas en relación con el estado de salud mental que perciben poseer, y posteriormente en las tablas de análisis se exponen estadísticas relacionadas con estas preguntas, pero estas solo muestran la media y la desviación típica de las respuestas dadas.

Euskadi.eus

Es la página web del Gobierno Vasco en donde se puede encontrar todo tipo de información en relación con el funcionamiento de esta administración, incluyendo trámites y servicios.

- En el apartado del Departamento de Salud, se encuentra la **Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV)** (Euskadi.eus, 2017-2018). Esta encuesta recoge datos similares a la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE, y realiza igualmente cada 5 años, a diferencia de la ENSE, los últimos datos de esta encuesta datan del año 2018, y ya se encuentra en marcha la Encuesta del año 2023. En el informe de la última ESCAV (Gobierno Vasco, 2018a) se observan las estadísticas relativas a la calidad de vida, salud mental, ingresos y situación económica, apoyo social, etc. de los y las ciudadanas de la CAV, pero en ninguna parte del documento aparece la palabra “suicidio”, a pesar de que en uno de los cuestionarios utilizados para recoger dicha información (cuestionario individual) posee dos preguntas específicas relacionadas con el suicidio, en concreto las preguntas 13 y 14, en las que se pregunta si la persona ha tenido pensamientos sobre la posibilidad de suicidarse a lo largo de su vida (preg. 13) y/o en los últimos 12 meses (preg. 14) (Gobierno Vasco, 2017-2018). No obstante, en la tabla de resultados de la Encuesta se pueden encontrar 6 tablas en las que se muestra la

prevalencia, por porcentaje, de la población que ha pensado alguna vez (a lo largo de su vida y en los últimos 12 meses) en suicidarse según intervalos de edad, sexo, territorio histórico, clase social, nivel de estudios (Gobierno Vasco, 2018b).

Según dichas tablas de resultados, **la prevalencia total de la población encuestada que ha pensado alguna vez en suicidarse a lo largo de su vida es de 3,1%**. En las mujeres esta prevalencia es más alta (3,3%) que en los hombres (2,8%). Esta prevalencia disminuye en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, y se posiciona en un 1,1% para la población total encuestada. Es el mismo porcentaje en hombres y en mujeres.

Analizar los datos de esta encuesta sería un recurso muy útil para conocer el alcance de la ideación suicida entre la población vasca, así como de las características básicas de la población que dice tener ideaciones en nuestro territorio; especialmente si se pudiese contar con la base de datos anonimizada.

Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT)

Es el organismo que se encarga de recoger información estadística de las personas residentes en la Comunidad Autónoma Vasca (Autónomos y Extranjeros), y al igual que el INE, recoge datos de los fenómenos sociales, estructurales y coyunturales que tienen lugar en esta Comunidad Autónoma.

- Los datos del Eustat relacionados con las defunciones por suicidio se encuentran en el apartado de “**defunciones**”, se presentan anualmente en una tabla estadística que cruza los datos de los suicidios con grupos de edad (el primer grupo abarca 19 años y es ≤ 19 , a partir de los 20 son cada diez años, hasta los 90 y mayores de 90), con el sexo, y con el territorio histórico (Álava, Bizkaia y Guipúzcoa) (Eustat, 2021a). Estos datos no coinciden con los del INE, ya que la fuente de estos es distinta en cada Instituto. En esta fuente de datos no es posible encontrar estadísticas agregadas sobre las defunciones por suicidio que se puedan cruzar con la variable geográfica de municipios, barrios o comarcas. Por otra parte, en el Banco de datos, tampoco hay opción de crear tablas cruzando datos del número a tasas de defunciones por suicidio con territorios geográficos más pequeños que los territorios históricos. En este Banco de datos se puede encontrar los datos del número de defunciones según municipios y comarcas, pero en este caso, las mismas causas de defunción no abarcan el suicidio, simplemente muestran “causas externas” (Eustat, 2021b).

En el Eustat es posible encontrar estadísticas por cada municipio, pero en estas solo se muestran las defunciones totales (por todas las causas), y no permite crear tablas con

más variables que las defunciones totales según el sexo, todos los territorios (provincias, comarcas y municipios) y el periodo.

- Asimismo, en el Eustat se pueden encontrar tablas estadísticas realizadas con los datos de la **ESCAV**, que muestran datos relacionados con la prevalencia de distintos determinantes de la salud, tales como la buena salud percibida, el consumo de tabaco y los síntomas de ansiedad y depresión autopercebidos en la población de estudio, pero, no existe ninguna tabla estadística que muestre la prevalencia de la ideación suicida (Eustat, 2023). Esos datos hay que buscarlos en la propia publicación de la ESCAV, tal y como hemos mencionado²¹

Proyecto MEDEA 3

El Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA 3 es una aplicación en la que se exponen los datos recogidos de un proyecto de investigación que estudió las “Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la distribución geográfica de la mortalidad en grandes ciudades de España” de 1996 a 2015 (MEDEA 3, 2015). Este proyecto fue llevado a cabo por el grupo de investigación MEDEA, y los últimos datos que presentan son del año 2015. En la aplicación se muestran los datos a través de un mapa interactivo en donde se deben elegir las variables que se quieran analizar, que son: el territorio geográfico (ciudades), el sexo y la causa de muerte; y un indicador que es: “exceso de riesgo (%)” (también aparecen “El número de muertes observadas” por cada causa de muerte). Los datos de esta aplicación en relación con el suicidio muestran los datos referentes solo a los hombres, y su vigencia ya no es útil actualmente.

Atlas Euskadi

Es una herramienta que fue creada por la Unidad de Investigación en Áreas Pequeñas de Euskadi con la finalidad de observar “las desigualdades geográficas en indicadores de salud, socioeconómicos y medioambientales en Euskadi” (Atlas Euskadi, 2012). Esta herramienta funciona a través de tres mapas interactivos: Salud, Medio Ambiente y Socioeconómico. En cada mapa se pueden elegir las variables y los indicadores que se quieran analizar, aunque los últimos datos que poseen son del año 2012. Los datos sobre suicidio que se encuentran en esta herramienta de análisis aparecen en el mapa de Salud y los indicadores que da son “Riesgo de mortalidad (secciones)” y “Riesgo de mortalidad (barrios)”. Las variables que se pueden elegir en ambos indicadores son “Causa de muerte” “Periodo” y “Género”. A diferencia de la herramienta similar expuesta anteriormente (MEDEA 3), en este atlas se pueden encontrar datos de mujeres y de hombres en relación con los datos de suicidios.

²¹ <https://www.euskadi.eus/informacion-encuesta-salud-2018-tablas-de-resultados/web01-a3osag17/es/>

Ministerio de Sanidad. Gobierno español

El Ministerio de Sanidad del Gobierno Español ha puesto a disposición de la ciudadanía una aplicación en la que se pueden analizar, a través de tablas, gráficos y mapas interactivos, los indicadores clave de salud (Ministerio de Sanidad, 2022). Dichos indicadores se dividen en 3 apartados y son los siguientes: En Salud: “Bienestar”, “Enfermedad” y “Mortalidad”; en Determinantes sociales de la salud: “Determinantes socioeconómicos”, “Estilos de vida” y “Determinantes medioambientales”; en Sistema sanitario: “Efectividad/adecuación”, “Seguridad”, “Experiencia del paciente”, “Accesibilidad”, “Usos/recursos” y “Coste/gasto”.

- Los datos sobre suicidio en esta herramienta se encuentran en el apartado de **Salud**, en el indicador de “Mortalidad” y en específico en “**Mortalidad por suicidio**”. Para acceder a los mapas, gráficos y tablas, se debe de elegir el indicador deseado y las variables que nos interesen, que será el periodo, dividido en años (el último año es 2020, por lo que son datos actuales), el territorio, dividido en Comunidades Autónomas y el Sexo, dividido en Hombres y Mujeres. Tras elegir el indicador y las variables correspondientes en relación con el suicidio, esta aplicación crea una tabla y un mapa que muestran la tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por cada 100.000 habitantes.

En definitiva, en esta aplicación únicamente se pueden encontrar las tasas de suicidio, según año, sexo y Comunidad Autónoma. No se pueden cruzar más variables que estás y tampoco se pueden elegir otros datos como los suicidios en números reales en cada CC.AA., ni los métodos utilizados.

Ninguna de las fuentes de datos que se han analizado en este apartado poseen datos a nivel municipal, por lo que no se sabe cuál es la incidencia epidemiológica y social real del suicidio a nivel del Municipio de Bilbao. Por lo tanto, en el siguiente apartado, se presentarán una serie de posibles fuentes de datos que puedan producir estadísticas sistematizadas y divulgadas a este nivel territorial con el fin de conocer dicha incidencia y poder actuar sobre ella a través de un futuro plan local de prevención.

Cabe señalar que los datos realmente existen, ya que los registros por **fallecimientos** sí contienen el lugar del fallecimiento (municipio). Esta información es recogida por los Institutos de Medicina legal, ya que en este caso de muertes ha de realizarse una autopsia.

Por otra parte, las Encuestas de Salud que ya se están realizando también podrían aportar datos interesantes de ideación y tentativas. Dependerá del volumen de la población encuestada poder desagregar esta información, con cierta representatividad, por municipios. En cualquier caso, sí sería una herramienta muy útil para conocer las características de la población que dice tener **ideas** suicidas. Además, podrían incluirse preguntas sobre **tentativas**. Aunque sea

mediante encuestas, al menos se podría tener más información sistemática sobre la conducta suicida

3.4.2. Fuentes de datos: recursos para la mejora en la recogida y en la disponibilidad de información a nivel local

Tras analizar las fuentes estadísticas existentes que presentan datos sobre el suicidio, se ha concluido que los datos necesarios para poder realizar un diagnóstico de situación sobre el suicidio en el municipio de Bilbao, aunque existan, no son accesibles. De esta manera, en el presente apartado, como se ha mencionado anteriormente, se expondrán una serie de posibles fuentes que puedan funcionar para la recogida de datos y creación de estadísticas sobre el suicidio a nivel del Municipio de Bilbao. Las fuentes anteriormente expuestas tienen la posibilidad de divulgar datos a nivel municipal, pero en este apartado se expondrán fuentes alternativas y que pueden crear datos estadísticos de manera más sistemática y continuamente actualizados.

Primeramente, una de las posibles fuentes de datos es **la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia**. Esta unidad, competencia del Gobierno Vasco, realizaba perfiles de salud para conocer las causas de mortalidad e incidencia de una lista de enfermedades y causas externas de muerte que sufrían la población en los distintos distritos de Bilbao, con datos provenientes de diversos estudios, informes y encuestas, como la ESCAV. No obstante, estos datos no se han vuelto a actualizar, ya que esta unidad no los ha recogido desde el año 2015. Sin embargo, es posible pedir los datos a través de una solicitud especial. De esta manera se podrían obtener datos específicos de la incidencia epidemiológica del suicidio en Bilbao. Otra opción es instar a la unidad de Vigilancia Epidemiológica a volver a la recogida de estos datos y ponerla a disposición del público interesado en analizar y estudiar el suicidio y otras causas de muerte en el Municipio de Bilbao.

El **Instituto Vasco de Medicina Legal** es otra de las fuentes indispensables para poder conocer el impacto real de las muertes por suicidio, ya que es el encargado de realizar las autopsias en todas las muertes violentas y de determinar las causas del fallecimiento. Por lo tanto, poseen la información exacta del número de muertes por suicidio en todo el País Vasco. Aunque esta información oficial de las muertes es la que se transmite al INE, quien pone los datos a disposición de toda la ciudadanía, el proceso por el que pasan los datos del IVML al INE es muy largo y se pueden perder o subregistrar muchos de estos. De esta manera, los datos de este Instituto son los más confiables y se ve necesario pedir un acceso a ellos, ya que el mismo IVML no los difunde públicamente.

Una posible fuente de datos más unida al nivel municipal y en la que tiene competencia completa el Ayuntamiento de Bilbao es **Bilbao Observatorio**, el cual, es un recurso del municipio de Bilbao en donde se puede encontrar información sobre su “realidad

socioeconómica [...] indicadores coyunturales sobre la actividad empresarial, mercado de trabajo, economía productiva, comercio, turismo o demografía, y a los informes de coyuntura que se elaboran periódicamente y pone a disposición [...] de la ciudadanía en general.”(Bilbao Ekintza, 2023). Este recurso posee datos generales relacionados con las defunciones totales, según distrito y/o barrio, y periodo, pero no hay posibilidad de agregar los datos de la causa de las muertes. Existe un informe en el que muestran estos datos estadísticos, y hacen mención de la pandemia, pero en este no aparece nada relacionado con las causas de las muertes ni con el suicidio (Bilbao Observatorio, 2020). No obstante, Bilbao Observatorio puede ser una herramienta útil para recoger de forma sistemática datos sobre las defunciones causadas por el suicidio y crear informes con dichos datos, incluyendo información sobre los “hotspots” de Bilbao o el “perfil” de las personas de Bilbao que se quitan la vida.

Otra de las fuentes de datos que se ven necesarios para poder conocer de una manera íntegra el impacto del suicidio en el Municipio de Bilbao es la de las llamadas al número de emergencia **SOS Deiak - 112** en este territorio. Dichas llamadas son registradas al momento de que se realizan. Los registros son del tipo de incidencia por la cual se requieren los servicios de emergencia (policía, bomberos o ambulancias). De esta manera, las incidencias relacionadas con las conductas suicidas (tentativas, autolesiones, ideación, suicidios consumados, etc.) actuales pueden ser accesibles a través de este registro de las llamadas, además de datos como el sexo y la edad de la persona que puede estar en situación de riesgo suicida, al igual que el lugar de la incidencia, lo cual es de gran relevancia para poder identificar los “hotspots”. No obstante, con este registro no se podrían recoger absolutamente todas estas conductas, ya que no en todas las situaciones relacionadas con estas se llama a estos servicios de emergencia, como por ejemplo las sucedidas en hospitales, o quienes deciden ir directamente al hospital, sin llamar al 112.

Por otro lado, los registros de las llamadas al número de la **Policía Municipal de Bilbao**, el 092, también puede ser utilizada como una fuente de datos, ya que recoge una información muy similar a la del 112, pero, al igual que el anterior registro de llamadas, no es una fuente que pueda dar unos datos exactos o completos de todas las incidencias relacionadas con el suicidio en el Municipio de Bilbao. No obstante, si ambos registros siguieran un protocolo específico y sistemático en la recogida de este tipo de incidencias, se podrían conseguir unos datos más ajustados a la realidad del suicidio en Municipio de Bilbao.

Los datos recogidos por la **Ertzaintza** son igualmente necesarios, porque, aunque son similares a los de las llamadas al 112, este cuerpo policial realiza sus propios informes sobre las llamadas y tienen sistematizado el registro de los tipos de incidencias en los que son requeridos. Por otra parte, también nos serían necesarios porque nos permitirían crear un perfil de las personas que intentan suicidarse y de los lugares “hotspots” que más utilizan para realizar este acto (en caso de que el suicidio sea por precipitación).

Por último, se encuentra relevante destacar el hecho de que en la **Estrategia de Prevención del Suicidio de Euskadi** se proponía la medida de crear un **Observatorio Vasco del Suicidio** (Medida 3) , en donde se recogieran todos los datos referentes al suicidio en esta Comunidad Autónoma, ya fuera de manera independiente o en colaboración con otros institutos estadísticos (INE, Eustat, etc.) y en colaboración con diversos recursos y servicios, los cuales se han mencionado en este apartado (IVLM, Ertzaintza, 112, SOS Deiak, etc.) (Gobierno Vasco, 2019). Sin embargo, esta medida no se ha materializado a fecha de hoy. Este observatorio se entiende como imprescindible para lograr una buena prevención del suicidio, por lo que se tiene la esperanza de que se termine llevando a cabo.

La recogida de información estadística sobre la epidemiología del suicidio a nivel municipal es de gran relevancia, ya que a través de ella se puede conocer, además de los “hotspots”, los suicidios realizados por personas residentes en el municipio de Bilbao e igualmente la capacidad de alcance de los recursos y los servicios de ayuda a la población de dicha ciudad.

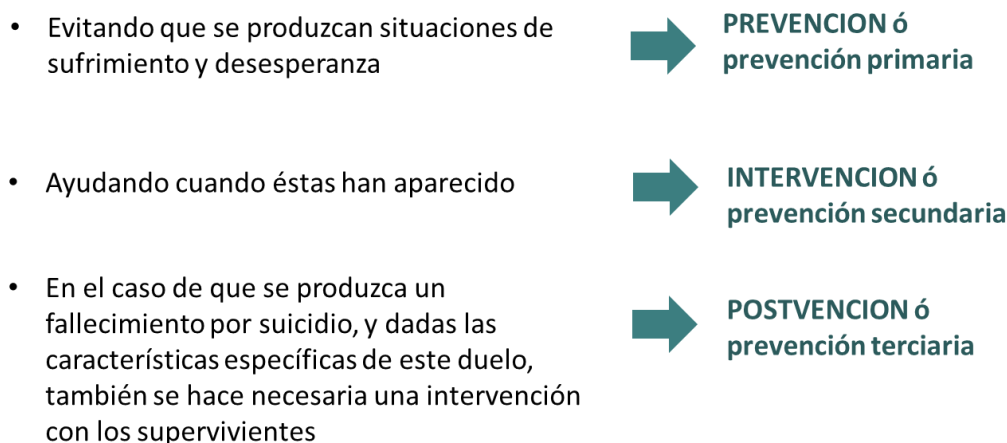
4. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación presentamos, a modo de resumen, las principales ideas-fuerza que se han ido desarrollando a lo largo de este estudio y que justifican la necesidad de actuación por parte de la Administración Local en la prevención del suicidio, tanto universal como selectiva o incluso indicada, así como su papel en ciertas intervenciones frente al suicidio y en la atención a los allegados de las personas fallecidas (posvención). Terminaremos con una serie de recomendaciones que, en su momento, habría que organizar por áreas, por tipos de actuaciones y por colectivos, así como materializarlas en propuestas concretas en torno a líneas estratégicas fundamentales (Plan Local de Prevención, Intervención y Posvención)

4.1. Conducta suicida y su prevención

- El suicidio, en la mayoría de las ocasiones, es el resultado de la combinación de un sufrimiento insoportable y una desesperanza extrema.
- También en muchos casos esa situación de sufrimiento es transitoria, por lo que se puede actuar sobre ella.
- La conducta suicida en muchas ocasiones se produce en forma de proceso, iniciándose con ideaciones y deseos de morir, siguiendo con la planificación y terminando con la tentativa, que puede resultar en muerte o no.
- En este proceso pueden producirse ciertas señales que pueden ser identificadas como señales de alerta. Aprender a identificar estas señales (aunque no siempre existen), junto con la protocolización de la actuación una vez identificadas (identificación de recursos, acompañamiento y derivación), es una de las acciones preventivas más importantes que se pueden realizar.
- Para que la conducta suicida se active deben confluír, en general, múltiples factores (conducta multicausal) que pueden ser de muchos tipos. Son los factores de riesgo y precipitantes. No obstante, las personas también disponen de factores protectores que minimizan o reducen la acción de los factores de riesgo. Sobre la mayoría de ellos se puede actuar: reduciendo su impacto (riesgo) o fortaleciendo los protectores.
- Entre estos factores se encuentran los de carácter social, familiar y relacional. También existen factores individuales psicológicos y biológicos. Prácticamente en todos los casos se puede actuar de una u otra forma: desde ampliando la capacidad de gestión y afrontamiento de los acontecimientos vitales (mejora de la resiliencia, ampliación del umbral de tolerancia a la frustración, gestión de emociones, etc.) hasta la reducción de los factores de riesgo socioeconómicos, pasando por la reconexión con la comunidad o el alivio de los trastornos mentales (si los hay) mediante terapia y medicación.

- Por tanto, ante el suicidio se puede actuar.



- La prevención (o prevención primaria) suele diferenciarse según los grupos a los que van dirigidas las acciones:
 - Prevención Universal: orientada a la población general
 - Prevención Selectiva: orientada a grupos de riesgo
 - Prevención Indicada: orientada a personas concretas que ya manifiestan conductas suicidas

4.2. Ámbitos y agentes para la prevención del suicidio

Siguiendo recomendaciones de la OMS y de su personal experto, debemos insistir en algunas cuestiones de importancia.

- La prevención del suicidio no es únicamente labor de los departamentos de salud o de los servicios sanitarios.
- La (mala) salud mental está en la base de muchas conductas suicidas, pero no todas las personas que se quitan la vida tienen trastornos mentales graves. En cualquier caso es mejor hablar de malestares (graves o no) que de trastorno mental propiamente dicho.
- Especialmente cuando hablamos de prevención universal, es decir, de actuar antes de que se produzca el malestar, debemos entender que existen múltiples agentes de prevención: educadores, medios de comunicación, trabajadores sociales, monitores juveniles, personal de residencias, profesionales farmacéuticos, profesionales de funerarias, personas que han tenido tentativas, supervivientes, etc.
- La prevención del suicidio debería contar con una actuación organizada y coordinada; un plan o estrategia en el que se recojan los objetivos, los ejes principales de actuación, las acciones concretas, responsables de su implementación, indicadores de evaluación, presupuesto, etc.

- Las administraciones o gobiernos centrales son los más indicados para diseñar estos planes, en los que deben involucrar y coordinar a todos los grupos afectados. No es eficaz que se desarrollen acciones parciales o repetidas por parte de diferentes sectores de la población, sin un objetivo claro y sin colaborar entre ellos. Por ello es importante contar con una institución que lidere este proceso preventivo.
- La Administración Local está en una situación privilegiada para coordinar acciones con otras administraciones más generales, con las que compartan objetivos y presupuestos, pero que aportan el conocimiento de la población concreta a la que van dirigidas las acciones. Hemos visto que el territorio, sociedad y/o cultura define diferentes itinerarios frente al suicidio. Es necesario conocer a la población concreta sobre la que desplegar acciones preventivas, a fin de aumentar su eficacia y validez real.

4.3. El caso de Bilbao

- Bilbao presenta un notable envejecimiento de la población, lo que indica que la población de riesgo aumenta (dado que el patrón de las tasas de suicidio aumenta conforme aumenta la edad en Bizkaia).
- Aunque la tasa de suicidios no parece elevada, es importante poner en marcha acciones que reduzcan la incidencia, especialmente atendiendo a la población general y a los grupos de riesgo.
- El Ayuntamiento cuenta con competencias específicas para atender a personas con riesgo suicida: grupos de especial vulnerabilidad y exclusión social (juventud, personas mayores, migrantes, personas sin hogar, personas en riesgo de pobreza, etc...) y también para atender a personas en situación de crisis (cuerpo de bomberos y policía local)
- Además de competencias, el Ayuntamiento cuenta con recursos útiles para afrontar la conducta suicida, si bien hace falta anclar sobre ellos una formación específica y una atención que tenga en consideración la posibilidad del suicidio (programas concretos de reconexión con la comunidad o talleres participativos en los que se hable de la trascendencia, de la vida y de la muerte de forma directa, por ejemplo)

4.4. Propuestas

A. Datos necesarios y aprovechables

En la prevención del suicidio, una de las herramientas indispensables es la de los datos (cuantitativos y cualitativos) relacionados con su incidencia, tanto epidemiológica, como social. El suicidio es un fenómeno complejo por los múltiples factores (de riesgo y protectores). Por lo que, a la hora de recoger datos que sirvan para poder tener una buena fotografía de la situación del suicidio en el contexto que nos interese, se deben de tener en cuenta todos estos factores.

Por otra parte, también se deben de entender bien los conceptos de suicidio y utilizarlos adecuadamente y de forma homologable (“suicidio consumado”, “intento de suicidio”, “ideación suicida” o “señal de alarma”) ya que son estos conceptos los que definen las acciones que las personas en riesgo de suicidio pueden llevar a cabo, y a la hora de recoger datos relacionados con dichas acciones, es primero necesario comprenderlas conceptualmente.

Ahora bien, en lo que refiere a los datos estadísticos de la incidencia del suicidio a nivel municipal de Bilbao éstos son inaccesibles para el público general, y si se quieren conseguir se deben de solicitar de una manera especial a las distintas fuentes estadísticas que recogen estos datos.

Tampoco se han podido conseguir datos específicos del suicidio en las entrevistas realizadas a las áreas de actuación del ayuntamiento de Bilbao, salvo en el caso de la Policía Municipal y los Bomberos, datos que se comentarán más adelante.

En un principio, los datos básicos e indispensables para poder llevar a cabo una labor de prevención son los relacionados con la incidencia, es decir, el número de los suicidios consumados, las tentativas de suicidio, la ideación suicida, la tasa de los suicidios y los porcentajes, todos estos, según el sexo, la edad y, si es posible, el lugar de la incidencia, para poder identificar los “hotspots” y para poder identificar posibles “perfiles”, y factores de riesgo y protectores que sean característicos de las personas que tienen conducta suicida en Bilbao.

Ahora bien, volviendo a los datos que nos fueron proporcionados por la Policía Municipal y por los Bomberos, se debe de decir que, primeramente, los datos de la Policía son datos de los suicidios consumados y de los intentos de suicidio recogidos a través de las llamadas al 092. Estos datos no dan una fotografía completa de la incidencia del suicidio en el Municipio de Bilbao, pero sí dan unos datos muy relevantes y a tener muy en cuenta, tales como el lugar exacto de la incidencia y el sexo de la persona que realizó el acto (intento o suicidio consumado). Por otra parte, los datos proporcionados por los Bomberos son datos recogidos a través de las llamadas al número de emergencias 112. Estos datos tampoco nos pueden dar una fotografía completa de la incidencia del suicidio en Bilbao (ya que puede haber casos de tentativas o de muertes que no hayan pasado por el 112, por proceder de centros hospitalarios, por ejemplo; o tentativas de las que realmente no se conozca nada); no obstante, contienen más indicadores relevantes, tales como la edad de la persona, el comunicante de la incidencia, y algunos datos cualitativos que permiten comprender mejor la situación de emergencia que se comunicó al 112.

Aun así, se necesita realizar un trasvase de la información literal recogida por los servicios de atención del 112 a una base de datos con la que se pueda trabajar y extraer información estadística y no solo relativa a cada caso. Para ello se requiere una enorme labor de sistematización, conceptualización (especialmente en lo que se refiere a identificar un caso como ideación o tentativa) e informatización de la información existente. Pero, visto como se recoge la información, quizá también sería interesante hacer un replanteamiento de la propia información que se recoge, bien de forma telefónica, bien después de la actuación de los servicios de emergencia, a fin de completar la información de cada caso, ya que en la información literal del 112 hay muchos vacíos informativos. Eso implica que las variables que podrían ser conocidas e incorporadas a la base de datos finalmente terminen por ser inoperativas al estar referidas a muy pocos casos.

B. Recursos necesarios y aprovechables

Actualmente, existen numerosos recursos que aporta el ayuntamiento que pueden servir de ayuda para prevenir el suicidio.

En la entrevista con Salud y Consumo comentan que existen grupos de mayores con los que hablan de salud mental y sobre soledad no deseada, incluso uno de los grupos haya tenido interés en hablar sobre la muerte. Esta Área, junto a la Subárea de Inmigración y el Área de Igualdad, trabajan con mujeres que presentan riesgo de conductas suicidas; por ejemplo, trabajan con el abuso de fármacos para la depresión y la ansiedad, violencia de género, violencia racial, duelo migratorio, abuso de drogas y ablación genital.

Desde el área de Acción Social indican que existe un servicio de urgencias sociales (SMUS) donde cualquier persona puede acudir o donde puede ser derivada en determinadas circunstancias. Todos estos servicios pueden ser considerados como métodos preventivos del suicidio, ya que tratan con algunos factores de riesgo (soledad no deseada, abuso de sustancias, duelo migratorio, diferentes tipos de violencia, etc.), pero no tratan con el suicidio como tal, por lo que reducir de cierta manera estos factores no nos garantiza la prevención del suicidio. Las opciones son realizar cursos o talleres específicos del suicidio para estos grupos vulnerables o dentro de estos cursos hablar de manera correcta y debida sobre el suicidio.

Por su parte, como ya se ha comentado, la policía y bomberos son agentes de primera intervención que van a tratar con personas en situación de crisis o con riesgo (detenciones policiales).

Existe, por tanto, personal y recursos que desde la administración local puede hacer frente a la conducta suicida, si bien es necesario focalizar más la mirada sobre la cuestión y formar al personal en esta materia.

C. Formación a profesionales municipales

La manera de tratar de forma correcta y debida el suicidio es con la formación. Muchas de las personas entrevistadas nos han comentado que la formación que reciben trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, profesores, policías o bomberos que trabajan de manera directa con personas con riesgo suicida es muy escasa y existe gran preocupación por no poder ayudar, o incluso agravar el problema. Por ejemplo, en el área de Salud y Consumo comentan que en el entorno educativo los profesores recibieron unas horas de formación sobre prevención, intervención y postvención sobre el suicidio y ahora poseen un protocolo educativo, pero no es suficiente. Desde el área de Acción Social nos dicen que las personas que trabajan en el SMUS “saben un poco de todo” por lo que tampoco es suficiente. Y, por último, desde el área de Seguridad Ciudadana, la Policía Municipal nos comentan que aunque trabajan activamente y de manera continua con personas con riesgo suicida, no reciben formación y tampoco tienen un protocolo de actuación, por otro lado, los bomberos, gracias a la petición de muchos de ellos han conseguido tener 16 horas de formación sobre conducta suicida.

Formación para policía y bomberos (formación conjunta para poder evitar los problemas de cooperación): También existe una queja en la cooperación entre la policía, Ertzaintza, sanitarios y bomberos, ya que al recibir formación muy distinta o la falta de formación en algunos sectores hace que el trabajo se complique y lo denominen como “desorganizado” y “caótico”. Es por eso que desde bomberos se pide una formación conjunta entre todos estos sectores para mejorar la forma de trabajo y poder prevenir el suicidio con más probabilidades.

D. Profesionales intervinientes como grupos de riesgo y su cuidado

Protocolo para la policía y bomberos como sujetos de atención. Es importante tener en cuenta estos dos colectivos como colectivos de riesgo. Desde la policía comentan que el no tener formación y el no estar sensibilizados (suicidio como estigma y tabú), hace que todas esas actuaciones se conviertan en situaciones violentas y traumáticas para ellos y ellas. Y no solo por las posibles situaciones de suicidio, sino porque tratan otros tantos temas que tristemente ocurren en nuestra sociedad (homicidios, violencia, abusos sexuales, abusos de sustancias, etc.); desde el cuerpo comentan que muchas veces encuentran problemas en la “ventilación emocional” y que no conocen los recursos de salud mental que se ofrecen.

También desde la policía existe una preocupación sobre los detenidos. Indican que en los propios calabozos del edificio de la policía municipal existen tentativas de suicidio y que es un colectivo que no se tiene en cuenta. Se actúa de forma intuitiva y espontánea ante este tipo de situaciones (entendemos que mediando algunos de los mitos sobre suicidio que sería necesario erradicar, como considerar una tentativa como una llamada de atención sin consecuencias de riesgo)

Por otra parte, desde bomberos comentan que sí existe una formación sobre riesgos psicosociales y que también existen unos psicólogos para bomberos a los que acudir, pero que nadie conoce de este recurso. Es fundamental que las personas que trabajen directamente con situaciones traumáticas tengan la oportunidad de desahogarse y al igual que con otras áreas mencionadas anteriormente, es importante que se conozcan los recursos sobre salud mental y suicidio para poder prevenir este riesgo.

E. Activación de servicios psicológicos de emergencias

Activación por parte del 112 a psicólogos de emergencias. En las situaciones traumáticas a las que acuden, el 112 activa a policía, bomberos y sanitarios dependiendo de lo que se necesite y el primero que llegue es el primero en actuar pues, en muchas ocasiones, trabajan en contra reloj. A quien no se activa desde el 112 es a los psicólogos de emergencias, lo que complica que estos puedan acudir a los lugares, poder aportar sus conocimientos psicológicos que son necesarios en ocasiones así y poder ayudar a las víctimas, a sus allegados y a los propios profesionales.

El Colegio de Psicología de Bizkaia tiene activo un Grupo de Intervención en Emergencias y Catástrofes (GIPEC), pero no es activado por el 112. Desde el GIPEC nos indican que sólo suelen ser activados por la Diputación en otros tipos de casos. Sería conveniente establecer algún tipo de convenio con este grupo para que ofrezca su apoyo profesional en casos de suicidio también.

F. Identificar hotspots

Desde la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi comentan la importancia de realizar un mapeo sobre los “puntos calientes”, es decir, sitios recorridos por personas en los que suicidarse. Conocer estos sitios es de vital importancia para poder poner las barreras arquitectónicas necesarias o carteles con información o recursos de ayuda que sirvan como método disuasorio y preventivo, ya que son muchos los estudios que demuestran que reducir el acceso a métodos letales reduce el suicidio.

G. Autopsias psicológicas

Una de las maneras de conocer los distintos factores de riesgo y la motivación de una persona a tomar el paso del suicidio es realizando autopsias psicológicas. Una vez

fallecida la persona es lógico que los médicos forenses le practiquen la autopsia al cadáver, pero no se contempla el hacer una autopsia psicológica para conocer la motivación sobre la muerte o incluso para denominar con total certeza que esa muerte es un suicidio y no un accidente. Desde el Instituto Vasco de Medicina Legal se hacen entrevistas a familiares para recabar más datos sobre la muerte, en la autopsia psicológica también se pueden revisar redes sociales, diarios u otros materiales que puedan esclarecer las dudas que puedan surgir. Esto podría servir para una futura investigación que ayudaría a poder conocer más las motivaciones, factores de riesgo, factores protectores, factores detonadores o precipitantes.

H. Plan específico del suicidio

La OMS pide planes específicos del suicidio, ya que el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública. Actualmente, el suicidio supone la primera causa de muerte externa entre todas las edades, superando los accidentes de tráfico y la primera causa de muerte entre adolescentes. Hay muchos grupos de riesgo con los que no se está trabajando de forma específica la prevención del suicidio, si bien hay recursos muy interesantes para abordar la salud mental. Pero es necesario formar a los profesionales, hablar del tema, hacer propuestas por parte de la población, erradicar mitos, hablar del suicidio....Es muy importante realizar un plan específico del suicidio en proporción al problema real en el que vivimos, en el que se planteen objetivos, un plan de acción para alcanzarlos, unos responsables de llevar a cabo las acciones concretas, un sistema de indicadores de evaluación y unos recursos adecuados. La Administración local puede estar abordando aspectos que incidan en la conducta suicida, pero no de forma integral y específica.

I. Información y sensibilización

Una forma de poder ayudar y tratar el suicidio de manera correcta es la información y sensibilización del suicidio entre profesionales y la población general, ya que aún existen ámbitos que trabajan con el suicidio día a día y siguen existiendo mitos que entorpecen la labor de prevención, intervención y postvención. También esta labor pertenece a los medios de comunicación, por ejemplo, cuando los números de muertes por accidentes de tráfico aumentaron, ciertos medios de comunicación empezaron a realizar campañas de sensibilización como "Ponle Freno". Hay pocas campañas para la prevención del suicidio; hay miedo a hablar por temor al efecto Werther, también conocido como el efecto contagio (hablar de suicidio provoca más muertes), pero desmitificar o nombrar los distintos recursos de ayuda a los que las personas con conductas suicida puedan acudir (números de teléfono, centros de ayuda, asociaciones, etc.) podría ser beneficioso y toda ayuda es importante. En este sentido sería importante divulgar los diferentes recursos a los que puede acudir la población que tenga problemas de conducta suicida, propios o ajenos. Conocer los recursos y el "qué hacer" es

verdaderamente importante para ayudar al conjunto de la población frente a la conducta suicida y frente al duelo por suicidio.

J. Apoyo efectivo a asociaciones de prevención y de duelo por suicidio

Es importante apoyar a las asociaciones que ya están trabajando en este ámbito. Las modalidades pueden ser varias: ofreciendo o facilitando espacios para reuniones y facilitando las subvenciones para esta actividad, pero también estableciendo colaboraciones para acciones concretas y tener en consideración su trabajo en este terreno. Como dicen las personas expertas: contar con quienes han pasado por una determinada situación es un imperativo para quienes quieran desarrollar estrategias para su prevención o para su gestión.

K. Investigación social y epidemiológica en el ámbito local

Sería muy interesante apoyar investigaciones sociales en relación al suicidio; investigaciones que trabajen con grupos vulnerables, que recojan indicadores locales de ubicación y localización de grupos de riesgo; que realicen encuestas y entrevistas para conocer mejor la conducta suicida y el duelo por suicidio; que recojan las necesidades de la población afectada; que colaboren en la estandarización de información cualitativa; que recojan y analicen en profundidad los datos existentes pero no publicados; etc. Hay mucho por conocer todavía. Y para que un plan de acción sea efectivo es importante que esté bien dirigido y fundamentado. En el caso del ámbito local existen especificidades que deben ser atendidas; es un error pensar que la conducta suicida sigue parámetros universales. Los datos ofrecidos en este mismo informe nos desvelan que hay diferencias contextuales, sociales y culturales que, indefectiblemente, atraviesan las conductas suicidas. Como no puede ser de otra manera en cualquier actividad humana. Conocer las especificidades locales y profundizar en lo que de social tienen las conductas suicidas es un asunto pendiente.

4.5. Apuntes para desarrollar una Estrategia Local de Prevención del Suicidio

Para desarrollar una Estrategia Local de Prevención del Suicidio en Bilbao y teniendo en consideración todo lo apuntado hasta ahora, habría que seguir el siguiente esquema:

I. Determinar el organismo, área o departamento responsable (liderará el proceso)

Con las siguientes funciones:

- Establecer los objetivos
- Establecer las líneas estratégicas o dimensiones para la acción
- Determinar la planificación temporal general
- Desarrollar labores de coordinación interna (interdepartamental) y externa (con otras instituciones o administraciones)
- Realizar el seguimiento de las actuaciones concretas
- Realizar la evaluación
- Obtener la financiación necesaria

II. Delimitación de actuaciones, medidas y programas específicos. Cada actuación o programa deberá incluir:

- Objetivo que persigue
- Población o grupo al que va dirigida
- Definición
- Unidad responsable (ejecución/supervisión)
- Agentes para su ejecución (propios o ajenos)
- Recursos económicos necesarios
- Indicadores para su evaluación
- Planificación temporal de la medida

III. Ámbitos de acción

Las medidas a desarrollar se pueden incluir en el esquema siguiente:

INVESTIGACION: para mejorar el conocimiento del fenómeno en el territorio

PREVENCIÓN: {
 - UNIVERSAL: acciones orientadas a toda la población
 - SELECTIVA: acciones orientadas a grupos de riesgo
 - INDICADA: acciones orientadas a personas con conductas suicidas

INTERVENCION: acciones orientadas a rescatar a personas con tentativas (emergencias).

POSVENCION: acciones orientadas a apoyar a supervivientes por suicidio

Ejemplos de medidas para estos ámbitos:

INVESTIGACIÓN

La investigación es fundamental para conocer la situación en el contexto territorial, identificar y localizar los lugares peligrosos, conocer las situaciones y grupos de riesgo, etc. Las investigaciones pueden ser de diferente naturaleza (cuantitativa y cualitativa) y con objetivos más generales o más específicos. Planteamos en este apartado algunas transversales, incluyendo otras más específicas en los ámbitos específicos.

- Obtención de datos sobre muertes por suicidio a nivel local; mejora de los existentes (SOS DEIAK, Instituto Vasco de Medicina Legal, etc.)
- Investigaciones sobre tentativas (por ej.: mediante encuestas existentes o propias)
- Identificación de hotspots (mediante datos de SOS Deiak; bomberos; Policía Municipal; Ertzaintza)
- Autopsias psicológicas (por ej.: mediante convenio con el Instituto Vasco de Medicina Legal, ya que la iniciativa existe)
- Identificación y localización de grupos de especial vulnerabilidad
- Identificación de buenas prácticas y medidas eficaces en el ámbito local procedentes de otros países.

PREVENCION UNIVERSAL

Se trata de medidas orientadas a toda la ciudadanía, con los objetivos de sensibilizar a la población sobre el problema, evitar el tabú, aprender a hablar de ello, erradicar mitos arraigados y ofrecer información sobre qué hacer ante situaciones de riesgo y qué recursos existen. Medidas concretas:

- Campañas publicitarias de sensibilización e información
- Elaboración de folletos con información y recursos
- Talleres, charlas, conferencias

PREVENCIÓN SELECTIVA

Medidas orientadas a grupos vulnerables, una vez. Pueden estar orientadas a los propios grupos, pero también a quienes trabajan directamente con ellos (trabajadores sociales, monitores de tiempo libre, personal de residencias, personal de ayuda domiciliaria, educadores sociales, etc.). Medidas concretas podrían ser:

- Formación de Gate Keepers para profesionales y personal municipal: formación básica de la conducta suicida, factores intervinientes, mitos, forma de identificación de situaciones de riesgo, forma de actuar ante ellas (protocolización) y recursos existentes.

- Talleres participativos para grupos específicos: jóvenes, ancianos, mujeres víctimas de violencia de género, mujeres en general, hombres en general, migrantes, menores no acompañados, etc. Con estos talleres se abordarían dos objetivos:
 - Conocer sus inquietudes, necesidades, aspiraciones....lo que da sentido a la vida. Identificar malestares.
 - Ofrecer la posibilidad de reconectar con la comunidad mediante charlas e iniciativas comunitarias.

PREVENCIÓN INDICADA

- Elaboración de protocolos de actuación ante situaciones de riesgo

INTERVENCION

Se trataría de abordar las situaciones de emergencia mediante los servicios y competencias municipales: policía municipal y bomberos. Medidas específicas:

- Formación conjunta de policías y bomberos, bien de forma autónoma, bien coordinando con SOS Deiak, Ertzaintza, Arkaute.... Esta formación incluiría:
 - Cómo abordar una situación de crisis emocional en diferentes situaciones de riesgo
 - Aspectos operativos y de coordinación entre cuerpos (el protocolo ICA ya existe)
 - Tratamiento de allegados y familiares
 - Información sobre recursos de asistencia para ofrecer a las personas en crisis y sus allegados
 - Cómo dar malas noticias
- Establecer un convenio con el Grupo de Intervenciones Psicológicas en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, a fin de poder activarlo cuando fuera necesario.

POSVENCION

Cuando se ha producido una muerte por suicidio es importante poder ofrecer ayuda a las personas allegadas, ya que en estos casos el duelo suele tener que llevarse más en silencio que en otras circunstancias. Con independencia de la asistencia psicológica individual que cada persona requiera, cabe señalar que los Grupos de Ayuda Mutua son indispensables. Se trata de grupos formados por supervivientes voluntarios (no profesionales sanitarios). Colaborar con ellos cediendo algún espacio municipal para sus reuniones sería una actuación de gran ayuda. Actualmente se pueden solicitar espacios de forma puntual si están constituidos como asociación, pero sería conveniente poder contar de forma más sencilla con un local para las reuniones de una o dos veces al mes.

IV. Seguimiento de la ejecución de la estrategia

Por parte del organismo responsable

V. Evaluación

Es fundamental establecer indicadores para valorar la efectividad de las medidas en base a los objetivos fijados para cada una de ellas.

BIBLIOGRAFÍA

General

- Aiartzagüena, M. y Morentin, B. (2021). Factores de riesgo del suicidio consumado en los jóvenes y los adultos de mediana edad: estudio poblacional forense. *Revista Española de Medicina Legal* (Bizkaia). 54-55.
- Andrés, R. (2015). *Semper dolens: Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona, Acantilado.
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España. Madrid.
- ASAFES (2022). *Guía para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio adolescente en centros educativos*. Vitoria-Gasteiz
- Atlas Euskadi (2012). *Atlas de salud, medioambiental y socioeconómico de Euskadi por áreas pequeñas*.
- Ayuntamiento de Madrid (2023). *Plan de Actuación de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Madrid*. Subdirección General Prevención y Promoción de la Salud Organismo Autónomo Madrid Salud.
- Ayuntamiento de Tres Cantos (2023). *Plan Local de Prevención del Suicidio*.
- Bacigalupe, A., Gonzalez-Rabago, Y., Jimenez-Carrillo, M. (2022). *Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas*. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). 3-6.
- Bedoya, E. Y. y Montaña, L. E. (2016). "Suicidio y trastorno mental", *Revista CES Psicología*, 9(2): 179-201
- Blanco, C. (2018). "Suicidio. ¿Una muerte voluntaria?", en CAMPUSA, UPV/EHU.
<https://www.ehu.eus/es/-/suicidio-una-muerte-voluntaria->
- Blanco, C. (2020). "El suicidio en España. Respuesta institucional y social", *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de La República* (Uruguay) vol.33 no.46 (79-106)
- Blanco, C. (2022) "Curso de Experto/a de Universidad en Suicidiología". UPV/EHU (2022-2023)
- Burgos, G. et al. (2017). "Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina". *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3): 2802-2810.
- Broco, L. et al. (2023). "El papel de los factores precipitantes, los estresores y la violencia en la conducta e ideación suicida: diferencias en función del motivo de consulta y el sexo", *Revista Clínica Contemporánea*, 14(3): 1-15
- Castillo Patton, A. E. (2022). "Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas". *Gestión Y Análisis De Políticas Públicas*, (28), 6–26.

- Castillo Patton, A.E. (2023) "Curso de Experto/a de Universidad en Suicidiología". UPV/EHU (2022-2023)
- Cogo, E. et al. (2022). "Suicide Rates and Suicidal Behaviour in Displaced People: A Systematic review". *PLOS ONE*, 17(3)
- Cohen, Diana (2007) *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Mexico, FCE
- Cooper, J. et al. (2005). "Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study". *American Journal of Psychiatry*, 162(2): 297-303
- Chavez, A.M y Leenaars, A.A (2010). "Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna", en *Salud Mental*, 33 (4)
- De Lange, J., Baams, L., Van Bergen, D., Bos, H. y Bosker, R. (2022). "Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis". *LGBT Health*, 9(4): 222-237
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio. Un estudio de Sociología*. Edición electrónica de 2016, por Epulibre
- Euregenas (2012). *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*. Gante: Universidad de Gante.
- Franco B.I., Mendieta Z. y Juárez N.E. y Castrejón R. (2020). "Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes". *Atención Familiar*, 27(1): 11-16
- Gabilondo, Andrea (2020). "Prevención del suicidio, revisión del modelo de la OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020". *Gaceta Sanitaria* [En línea] 34 (S1), 27-33
- García de Jalón, E. y Peralta, V. (2009). "Suicidio y riesgo de suicidio". *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25: 87-96
- García Ormaza, J. (2022) *Curso de Experto/a de Universidad en Suicidiología*. UPV/EHU (2022-2023).
- Gearing, R. E. y Lizardi, D. (2008). "Religion and suicide". *Journal of Religion & Health*, 48(3): 332-341
- Gobierno Vasco. Departamento de Salud. (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gomez, J., Miranda, R. y Polanco, L. (2011). "Acculturative stress, perceived discrimination, and vulnerability to suicide attempts among emerging adults", *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11): 1465-1476
- Giner, L. y Guija, J.A. (2014). "Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal", en *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3):139-146.
- Gómez, G. A. (2012). "Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado". *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5): 607-615
- Guija, J.A. et al. (2012) "Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida", en *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4):161-171.
- Hein Pablo. (2023) "Curso de Experto/a de Universidad en Suicidiología". UPV/EHU (2022-2023)

- Henriksson, M.M. et al. (1993). "Mental disorders and comorbidity in suicide", *Am Journal Psychiatry*, 150(6): 935-940
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. y Cogollo-Milanés, Z. (2020). "Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revision sistemática". *Revista Española De Salud Pública*, 94(94): 129
- Jiménez Treviño, L., Saiz Martínez, P.A. y Bobes García, J. (2006). "Suicidio y depresión", *HUMANITAS Humanidades Médicas*. 9-13
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel F. y Tsouros A. D. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H. y Schaefer, K. E. (2014). "Social support and positive events as suicide resiliency factors: Examination of synergistic buffering effects", *Archives of Suicide Research*, 18(2): 144-155.
- 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*. 1-2.
- Krug, E.G., et al. (1998). "Suicide after Natural Disasters". *The New England Journal of Medicine*, 338: 373-378.
- Leamy, M. et al. (2011). "Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic review and Narrative Synthesis". *British Journal of Psychiatry*, 199(6): 445-452
- López García, B., Hinojal Fonseca, R., Bobes García, J. (1993). "El suicidio: Aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos". *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3: 309-412
- López Martínez, L.F. (2020). "Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet", *Norte de Salud Mental*, vol. XVII, nº 63: 25-36.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Plan de Acción de Salud Mental. Estrategia Salud Mental del SNS*.
- Moloney, P. (2018). "La salud mental y el estigma en Europa", *MENS Project Policy Papers*, 75-86.
- O'Carroll, P.W. et al. (1996). "Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology", *Suicide Life Threat Behavior*, 26(3):237-52.
- OMS (1969). *Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública*, 35. Ginebra.
- OMS (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework*
- OMS (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*
- OMS (2018). *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators*
- OMS (2019). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*

- OMS (2020). *Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria*.
- OMS (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*
- Peña, L.Y., Espíndola, A., Cardoso, J. y González, T.. (2007). "La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas". *Humanidades Médicas*, 7, 3
- Pérez Jiménez, J. C. (2013). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma*. Plaza y Valdez editores. México
- Pico-Alfonso, M. A. et al. (2006). "The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide", *Journal of Women's Health* 15(5): 599-611.
- Rangel Villafañá, J.N. Y Jurado Cárdenas, S. (2022). "Definición de suicidio y los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión". *Instituto de Investigaciones Psicológicas*. 40-45.
- Rihmer, Z. et al. (2013). "Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients". *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3): 350-354
- Sachs-Ericsson, N. et al. (2017). "Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide attempts: direct or indirect effects through psychiatric disorders?" *Journal of Affective Disorders*, 215: 15-22
- Saiz, S. (11 de marzo de 2023). ONCE VIDAS. El plan nacional contra el suicidio que nunca llegó: "Entre la clase dirigente no ha habido conciencia ni voluntad". El Mundo. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/03/11/640b21fe21efa06c6d8b45bc.html>
- San Too, L. et al. (2019). "The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies". *Journal of Affective Disorders*, 25: 302-313
- Santillán, C., Eguiluz, L. de L., Ortiz, Z. y Campos, A. M. (2022). "Conductas asociadas al suicidio y su relación con el apoyo social y la sintomatología depresiva". *El Psicólogo Anáhuac*, 22: 17-31
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C. y Roy, A. (2011). "Controlling access to suicide means". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12): 4550-4562
- Sher, L. (2019). "Resilience as a focus of suicide research and prevention". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2): 169-180
- Shneidmann, E.S. (1993). *Suicide as Psychache. A Clinical Approach to Self-destructive Behavior*. Rowman & Littlefield Publ.
- Simón, A. y Sanchís F. (2010). "Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica". *Apuntes De Psicología*, 28(3): 443-455
- Sisask, M. et al. (2008). "Subjective Psychological Well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt". *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6): 431-435.

Suárez-Colorado, Y. (2012). “La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes”. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1): 182-210

Yur'yev, A. et al. (2010). “Employment status influences suicide mortality in Europe”. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1): 62-68.

Recursos web y fuentes estadísticas

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Cultura y Gobernanza. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047093&language=es&pageid=3000047093&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Educación. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279144746203&language=es&pageid=1279144746203&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Fiestas. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279228092923&language=es&pageid=1279228092923&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Movilidad y Sostenibilidad. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047078&language=es&pageid=3000047078&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Consejo Local de Inmigración. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000062545&language=es&pageid=3000062545&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Desarrollo Económico, Comercio, Turismo y Empleo. Bilbao.eus. Disponible en :

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279150526900&language=es&pageid=1279150526900&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Obras Públicas y Servicios. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279228119272&language=es&pageid=1279228119272&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea .

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Juventud y Deporte. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047127&language=es&pageid=3000047127&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Hacienda. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047111&language=es&pageid=3000047111&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Seguridad. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000047271&language=es&pageid=3000047271&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_homeArea

Ayuntamiento de Bilbao (2019). I Plan Municipal de Salud. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279194829565&language=es&pageid=1279194829565&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2019). Catálogo de Servicios Sociales Municipales. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=1279192766813&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2020). V Plan Municipal para la igualdad de mujeres y hombres. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=1279204379593&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2020). Plan Director de Vivienda de Bilbao 2020-2023. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279222570235&language=es&pageid=1279222570235&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_ListadoCategorizado

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). III Plan Bilbao Ciudad Intercultural. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279162648954&language=es&pageid=1279162648954&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2021). Memoria del área de salud y consumo 2021. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279195932258&language=es&pageid=1279195932258&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_Listado

Ayuntamiento de Bilbao (2021). Bilbao y la Participación. La ciudadanía: agente activo en las acciones municipales. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=1279125605211&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2022). Plan General de Ordenación Urbana de Bilbao 2022. Bilbao.eus. Disponible en:
https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279215608453&language=es&pageid=1279215608453&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_Listado

Ayuntamiento de Bilbao (2022). IV Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2022-2030. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279223247402&language=es&pageid=1279223247402&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2022). Bilbao Hiri Gaztea 2022-2025. Bilbao Gazte. Disponible en:

<https://bilbaogazte.bilbao.eus/es/panel-joven/>

Ayuntamiento de Bilbao (2023). Subvenciones para Entidades Ciudadanas 2023. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?cid=1279185283533&language=es&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2023). VI Plan Local de Adicciones de Bilbao. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279194829456&language=es&pageid=1279194829456&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Presentación de la Subdirección de Euskera. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000054746&language=es&pageid=3000054746&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Programa “Mirada Activa”. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279159382986&language=es&pageid=1279159382986&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (s.f.). Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS). Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=BIO_Servicio_FA&cid=3007509546&language=es&pagename=Bilbaonet%2FBIO_Servicio_FA%2FBIO_Servicio&anclaServ=aB4&rutaCatServ=3003432281

Ayuntamiento de Bilbao (2022). Organigrama general municipal. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=3000017095&language=es&pageid=3000017095&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Ayuntamiento de Bilbao (2023). La Transformación de Bilbao. Bilbao.eus. Disponible en:

https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279141757280&language=es&pageid=1279141757280&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_contenidoFinal

Bilbao Observatorio (2020). Nacimientos y defunciones; la excepcionalidad de 2020. Bilbao: Bilbao Ekintza. Disponible en:

<https://www.bilbaoekintza.eus/conocenos/areas-de-accion/observatorio/estudios-y-analisis>

Bilbao Observatorio (2021). Anuario Socioeconómico Bilbao 2021. Bilbao.eus. Disponible en: https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279196119194&language=es&pageid=1279196119194&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_Listado

Bilbao Observatorio (2020). Nacimientos y defunciones; la excepcionalidad de 2020. Bilbao: Bilbao Ekintza. Disponible en: <https://www.bilbaoekintza.eus/conocenos/areas-de-accion/observatorio/estudios-y-analisis>

Bilbao Observatorio (2021). Anuario Socioeconómico Bilbao 2021. Bilbao.eus. Disponible en: https://www.bilbao.eus/cs/Satellite?c=Page&cid=1279196119194&language=es&pageid=1279196119194&pagename=Bilbaonet%2FPage%2FBIO_Listado

Bilbao Ekintza (2023). Bilbao Observatorio: Conocenos, Disponible en: <https://www.bilbaoekintza.eus/conocenos/areas-de-accion/observatorio>

Bilbao Gazte (s.f.). Panel Joven. Disponible en: <https://bilbaogazte.bilbao.eus/es/panel-joven/>

Euskadi.eus (2017-2018). Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-de-salud-2017-2018/web01-a3osag17/es/>

Eustat (2021a). Suicidios de la C.A. de Euskadi por grupos de edad, Territorio Histórico y sexo. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0000000/suicidios-de-la-ca-de-euskadi-por-grupos-de-edad-territorio-historico-y-sexo/tbl0000007_c.html

Eustat (2021b). Defunciones de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales y sexo. Disponible en: https://www.eustat.eus/bankupx/pxweb/es/DB/-/PX_010303_cmnp_edef04.px

Eustat (2023). Encuesta de Salud. Disponible en: https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_61/opt_1/tipo_1/ti_encuesta-de-salud/temas.html#el

Gobierno Vasco (2017). Cuestionario individual. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2018-cuestionarios/web01-a3osag17/es/>

Gobierno Vasco (2018a). Datos Relevantes: Encuesta de Salud del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Servicios de estudio e investigación Sanitaria. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2018.pdf

Gobierno Vasco (2018b). Tablas de resultados: Estado de Salud. Encuesta de Salud del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Servicios de estudio e investigación Sanitaria. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2018_resultados/es_def/adjuntos/Estado-de-salud.pdf

Gobierno Vasco (2023). Estrategia de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida en el Ámbito Educativo. Departamento de Educación. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_estrategiasuicidioedu/es_def/Estrategia-de-Prevencion-Intervencion-y-Posvencion-de-la-Conducta-Suicida-en-el-Ambito-Educativo_2022.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). Encuesta Nacional de Salud. Disponible en:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=esultados&idp=1254735573175

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Defunciones por suicidio. Disponible en:
<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7933&capsel=7942>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022). Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales) 1 de enero de 2022. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=33722>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y medio empleado. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=55326&L=0>

MEDEA3 (2015). *Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3* (MEDEAPP).

Ministerio de Sanidad (2022). 024. Línea de atención a la conducta suicida. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevistas realizadas

Área de Salud y Consumo

Número	1
Nombre	Karmele Barainka y Beatriz Basterretxea
Área /subárea	Salud y Consumo / Promoción de la salud / Salud Comunitaria
Cargo	Jefa de sección de Salud Comunitaria y Jefa de sección de Promoción de la Salud, respectivamente
Fecha	11 de mayo de 2023
Lugar	Oficinas municipales. C/ Cristo, 1
Duración	1:59:03

Área de Juventud y Deporte

Número	2
Nombre	Idoia Uriarte y Karmele Hernández
Área /subárea	Juventud y Deporte
Cargo	Directora de Área y Jefa de Sección de Juventud (respectivamente)
Fecha	18 de mayo de 2023
Lugar	Edificio “La Perrera”, Sabino Arana, 50
Duración	1:39:13

Área de Igualdad, Convivencia, Cooperación e Inmigración (Inmigración)

Número	3
Nombre	Goizane Mota
Área /subárea	Igualdad, Convivencia, Cooperación e Inmigración/ Inmigración
Cargo	Técnica de Inmigración
Fecha	19 de mayo de 2023
Lugar	Edificio Aznar
Duración	59:49

Área de Acción Social

Número	4
Nombre	Txema Duque
Área /subárea	Acción Social
Cargo	Subdirector Servicios Sociales
Fecha	24 de mayo de 2023
Lugar	Edificio Aznar
Duración	43:22

Área de Igualdad, Convivencia, Cooperación e Inmigración (Igualdad)

Número	5
Nombre	Itxasne Loroño
Área /subárea	Área de Igualdad, Convivencia, Cooperación e Inmigración / Igualdad
Cargo	Jefa de Sección del Área de Igualdad
Fecha	24 de mayo de 2023
Lugar	Edificio Aznar
Duración	51:49

Área de Seguridad / Policía Municipal

Número	6
Nombre	Marta Cancela y equipo
Área /subárea	Área de Seguridad / Policía Municipal
Cargo	Jefa del Área de Atención a Víctimas y Detenidos
Fecha	25 de mayo de 2023
Lugar	Edificio Policía Municipal
Duración	2:00:00

Área de Seguridad / Protección civil / Bomberos

Número	7
Nombre	Jon Sánchez y Beñat Madariaga
Área /subárea	Área de Seguridad / Protección Civil / Bomberos
Cargo	Oficial de Bomberos Bilbao y Bombero
Fecha	6 de junio de 2023
Lugar	Edificio Bomberos
Duración	1:33:33

Anexo 2: Servicios, planes y programas de Áreas Municipales de interés del Ayuntamiento de Bilbao.

Áreas Municipales	Servicios	Planes y Programas	Contacto
Área de atención ciudadana y Participación ciudadana	<i>Atención ciudadana</i>	Teléfono de servicio 010	010@bilbao.eus 010 y 944 010 010 (llamadas desde fuera de Bilbao)
	<i>Participación y Distritos</i>	Bilbao y la participación 2021	participacion@bilbao.eus 94.420.43.33
Área de Cooperación, Convivencia y Fiestas	<i>Inmigración</i>	IV Plan Director de Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Bilbao (2022-2030). Plan Bilbao Ciudad Intercultural Consejo Local de la Inmigración	inmigracion@bilbao.eus 94.420.48.07
Área de Cultura y Gobernanza	<i>Cultura</i>	Programación Cultural 2023 Plan estratégico de Cultura de Bilbao 2023-2033 Programa mensual Equipamientos Culturales Archivo Municipal	
	<i>Gobernanza</i>	Lista de convocatorias de Oferta Pública de Empleo Bolsas de trabajo Oferta Pública de Empleo	
Área de Euskera y Educación	<i>Educación</i>	Catálogo de Servicios dirigido a Centros educativos	hezkuntza@bilbao.eus 94.420.52.43
Área de Igualdad	<i>Igualdad</i>	V Plan Municipal para la Igualdad de Mujeres y hombres. Programa de prevención y atención de violencia machista contra las mujeres	berdintasuna@bilbao.eus 94.420.48.38
Área de Juventud y Deporte	<i>Servicios generales</i>	Infancia: - Haurgune/Kidegune 2022-2023 - Programación Infantil en Vacaciones Juventud: - Gaztegun - Panel Joven Deporte - Bilbao Kirolak - Mesa de deporte	gazteria@bilbao.eus 94.420.43.95 / 94.420.43.94 / 94.420.42.22

	<i>Concejalía</i>		gaztekirol.zinegotzia@bilbao.eus 94.420.59.79
Área de Salud y Consumo	<i>Salud y Consumo</i>	Memoria del 2021. Plan Municipal de Salud y Plan Local de Adicciones	salud@bilbao.eus 94.420.49.62
Área de Seguridad Ciudadana	<i>Información general</i>	Plan de Reanimación Cardio Pulmonar	94.420.50.00

Anexo 3. Programas y planes de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Bilbao

Servicios Sociales municipales del Ayuntamiento de Bilbao (Área de Acción Social)		
Ámbitos de Actuación	Programas, Servicios y Planes de actuación	Contacto
Promoción de la autonomía y apoyo a la dependencia	Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).	Tel:94.420.48.00/94.420.48.01/94.420.48.02 Email: ayuda.domicilio@bilbao.eus Más Info: SAD
	Centro de convalecencia para personas usuarias del SAD.	Mismas referencias de contacto anteriores. Más Info: Prestación económica para ingreso en centros de convalecencia
	Servicio de acompañamiento: Urrats bat gehiago. (para personas en situaciones de soledad)	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Urrats Bat Gehiago
	Mejora del uso de medicamentos en personas atendidas por el SAD en colaboración con farmacias	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Mejora del uso de la medicación
	Servicio de apoyo a personas cuidadoras de familiares dependientes: Centro Municipal Zaintzea	Tel: 94.607.25.25 Email: zaintzea@bilbao.eus. Más info: Centro Zaintzea
	Teleasistencia	Referencia de contacto depende del Distrito en el que la persona se encuentre. Más Info: Teleasistencia
	Alojamiento para personas mayores. 3 tipos: vivienda tutelada, vivienda comunitaria (Grado 1) y hogares compartidos	Mismas referencias de contacto que el SAD. Más info: Servicio de alojamiento para personas mayores
	Servicio de atención diurna para personas mayores	Mismas referencias de contacto que el SAD. Más info: Servicio de atención diurna para personas mayores
Protección de las personas y sus familias	Guía para los Centros Educativos: la detección de situaciones de riesgo en la infancia y la adolescencia	Más info: Guía para los Centros Educativos: la detección de situaciones de riesgo en la infancia y adolescencia

	Intervención socioeducativa y comunitaria con personas menores y sus familias (PISECO)	Tel: 94.420.43.86 / 94.420.35.17 / 94 420.43.79 Email: proteccion.menores@bilbao.eus. Más info: PISECO
	Intervención socioeducativa con menores en la comunidad gitana de Bilbao y sus familias (PISEKALO)	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: PISEKALO
	Centro de día Zirkilu para menores y sus familias del Distrito VII	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Centro de día Zirkilu
	Centro Infantil Iñurri	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Centro infantil Iñurri
	Programa de prevención, detección y control del absentismo escolar (PAE)	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: PAE
	Programa de Intervención Psicosocial para menores y sus familias (PIP)	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: PIP
	Higiene escolar	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Higiene escolar
	Intervención socioeducativa con personas adultas	Tel: 94.420.45.71 / 94.420.54.67. Más info: Servicio de intervención socioeducativa con personas adultas
	Programa de acompañamiento a la incorporación social de menores y sus familias en la zona de San Francisco, Bilbao la Vieja y Zabala (BAKUVA)	Mismas referencias de contacto que el PISECO. Más info: BAKUVA
	Atención psicológica, asesoramiento y orientación en materia sanitaria	Contacto a través de Servicios Sociales de base. Más info: Atención psicológica y asesoramiento y orientación en materia socio sanitaria
Inclusión Social y atención a la exclusión	Plan contra la pobreza en el marco de la crisis	Entidades colaborativas: Cáritas, Cruz Roja o Banco de Alimentos o a través de los Servicios Sociales de Base
	Servicio Municipal de Atención Frente a Desahucios	Tel: 94.470.14.60/94.413.24.00
	Ayudas de Emergencia Social (AES).	Tel: 94 420 59 66 Email: aes.web@bilbao.eus. Más info: AES

Prestaciones económicas especiales municipales	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Prestaciones Económicas Especiales Municipales
Prestación económica para servicios funerarios de personas sin recursos económicos suficientes	Tel: 94.420.34.08 / 94.420.45.71 Email: programas.inclusion@bilbao.eus. Más info: Prestación económica para servicios funerarios de personas sin recursos económicos suficientes
Servicio municipal de acogida nocturno (SMAN)	Tel: 94.423.04.99 Email: sman.uribitarte@bilbao.eus. Más info: SMAN Uribitarte
Albergue Municipal de Elejabarri	Tel:94.470.14.57 Email: alojamiento.urgencia@bilbao.eus. Más info: Albergue Municipal de Elejabarri
Programa de atención a personas convalcientes en situación de grave exclusión residencial	Mismas referencias de contacto anteriores. Más info: Programa de atención a personas convalcientes en situación de grave exclusión residencial
Intervención socioeducativa y comunitaria con personas sin techo	Tel: 94.420.34.08 Email: programas.inclusion@bilbao.eus. Más info: Intervención Socioeducativa y Comunitaria con Personas Sin Techo
Programa de intervención socioeducativa con jóvenes en situación de desventaja social (Distrito V)	Tel:94.420.54.67. Más info: Programa de intervención socioeducativa con jóvenes en situación de desventaja social (Distrito V)
Promoción socio-comunitaria para jóvenes en situación de desventaja o vulnerabilidad social (Distrito VII)	Tel: 94.410.51.52 Email: ubpenascal@bilbao.eus. Más info: Promoción socio-comunitaria para jóvenes en situación de desventaja o vulnerabilidad social del Distrito VII de Bilbao
Acceso a prestaciones elementales (alojamiento temporal, vestido y alimento) y Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS)	Tel: 94.470.14.60 Email: urgencia@bilbao.eus. Más info: Acceso a prestaciones elementales (alojamiento temporal, alimento y vestido)
Empadronamiento de personas sin techo por medio de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Bilbao	Tel: 94 420 34 08 Más info: Empadronamiento en Bilbao de personas sin hogar.

Participación social y promoción comunitaria	Personas mayores: desarrollo comunitario, participación social y promoción	Más info: Personas mayores: desarrollo comunitario, participación social y promoción
	Bilbao, ciudad amigable con las personas mayores (III Plan Bilbao, ciudad amigable con las personas mayores)	Más info: Bilbao, ciudad amigable con las personas mayores
	Bilbao, ciudad amiga de la infancia (II Plan Bilbao, ciudad amiga de la infancia)	Más info: Bilbao, ciudad amiga de la infancia
	Programa "Mirada Activa"	Más info: Programa "Mirada Activa"
	Consejo Municipal de Servicios Sociales	Más info: Consejo Municipal de Servicios Sociales
	Servicio de Orientación Jurídica para Personas Mayores en los Servicios Sociales Municipales	Tel: 94.420.47.66. Más info: Servicio de Orientación Jurídica para Personas Mayores en los Servicios Sociales Municipales
	Promoción de Asociacionismo de personas mayores	Tel: 94.420.48.04. Más info: Promoción del Asociacionismo de personas mayores
	Promoción del asociacionismo mediante subvenciones a entidades sin ánimo de lucro	Tel: 94.420.30.80 Email: participacionsocial@bilbao.eus . Más info: Promoción del asociacionismo mediante subvenciones a entidades o asociaciones sin ánimo de lucro
	Programa Konekta	Tel: 675 70 62 41 Email: www.alduri.org . Más info: Programa Konekta .

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Web del Ayuntamiento de Bilbao.