

Avisos de Incidencias de Conducta Autolítica registrados en SOS Deiak-112 referidos al municipio de Bilbao

Análisis de las incidencias de los años
2022-2023-2024



Avisos de Incidencias de Conducta Autolítica registrados en SOS Deiak-112 referidos al municipio de Bilbao

Análisis de las incidencias de los años
2022-2023-2024

Autoría:

Cristina Blanco

Doctora en Ciencias Políticas y Sociología. Directora de los posgrados Experto y Especialista en Suicidología de la UPV/EHU. Presidenta de Aidatu, Asociación Vasca de Suicidología / Euskal Suizidologia Elkartea

Beñat Madariaga

Bombero del Ayuntamiento de Bilbao. Especialista en Suicidología por la UPV/EHU (2022-2023)

Ander Iturriaga

Bombero del Ayuntamiento de Bilbao. Especialista en Suicidología por la UPV/EHU (2022-2023)

Avisos de Incidencias de Conducta Autolítica registrados en SOS Deiak-112 referidos a Bilbao (2022-2024) © 2025 por Cristina Blanco, Beñat Madariaga y Ander Iturriaga está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Aidatu, Asociación Vasca de Suicidología / Euskal Suizidologia Elkartea
Rodríguez Arias, 23- 4º, Dpto 14. 48011. Bilbao
www.aidatu.org
info@aidatu.org
ISBN: 978-84-09-75454-0
© 2025 Cristina Blanco, Beñat Madariaga y Ander Iturriaga

*Dad palabra al dolor:
el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe*

Palabras de Malcom, en **Macbeth** (Acto IV, escena iii). W. Shakespeare

Este trabajo está dedicado a todas aquellas personas que en algún momento de sus vidas atravesaron situaciones de extrema dificultad y sufrimiento hasta el punto de pensar en quitarse la vida; a quienes están viviendo en este momento esta situación y a quienes lo harán en el futuro.

A ellas y a sus familias y personas allegadas, quienes, desde la impotencia, incredulidad, dolor y sentimientos de abandono, vieron, ven y, ¡ojalá no!, puedan ver morir a sus seres queridos.

A quienes ya se fueron en medio de un dolor insoportable.

Con la esperanza, el amor y la lucha para despejar la densa bruma que las envuelve, las esconde y las silencia; para que se haga la luz; para que cada vez sean menos; para sanar ese inmenso dolor de unas y otras.

Agradecimientos

Antes de adentrarnos en las explicaciones que dieron origen a este proyecto y a exponer los propios contenidos y conclusiones, queremos agradecer de forma expresa a aquellas personas que, de una manera u otra, nos han ayudado en tareas sin las cuales este trabajo no hubiese sido posible. He aquí sus nombres:

- A Unai Badiola. Sargento de Bomberas y Bomberos de la Diputación Foral de Gipuzkoa;
- A Sergio Tubio. Jefe de Grupo o Dotación de Bomberas y Bomberos del Ayuntamiento de Madrid, Master en Prevención del Suicidio, Formador especializado en Intervención en Crisis Suicidas, Presidente de la Asociación Internacional de Estudios de Bomberos y Psicología de Emergencias (AIB);
- Al Grupo de Formación de Intervención en Conducta suicida de Bomberas y Bomberos del Ayuntamiento de Bilbao. En especial a Xabi Núñez Silvano. Bombero del Ayuntamiento de Bilbao;
- A Víctor Manuel Ocejo Revuelta. Sección de Coordinación de Sistemas de Protección Civil del Ayuntamiento de Bilbao;
- A Ignacio García Urquizo y Jon Sánchez Bediaga. Inspectores de Bomberas y Bomberos y Jefatura de Operaciones del Ayuntamiento de Bilbao;
- A Eñaut Zuazo. Graduado en Criminología y compañero del curso de posgrado Especialista de Universidad de Suicidología (curso 22-23).

Pero Beñat y Ander, que somos los que firmamos estas palabras, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a Cristina Blanco, coautora del informe, cuya dedicación, compromiso y experiencia han sido fundamentales para llevar a cabo este trabajo. Sin su conocimiento, bagaje y sensibilidad este informe sólo sería una exposición de fríos datos sin alma.

Gracias por enseñarnos a mirar al suicidio a los ojos y a ver las retinas de las personas que lo sufren, recordándonos la importancia de la empatía y la comprensión en cada paso.

¡¡Muchísimas gracias, Cristina!!

Índice

1. Presentación, objetivos y estructura	7
2. SOS Deiak-112 y Táctica Operativa ICA	11
2.1. El Sistema Vasco de Atención a Emergencias	11
2.2. Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi, SOS Deiak. Del 088 al 112.	13
2.3. Sistema Informático EUSKARRI	14
2.4. Conducta autolítica y Táctica Operativa ICA	15
2.4.1. <i>Tácticas Operativas. Concepto, estructura, procedimientos y tipos</i>	15
2.4.2. <i>Táctica ICA</i>	16
3. Cuestiones metodológicas	19
3.1. Tipo de investigación	19
3.2. Fuente de información y datos analizados	19
3.3. Proceso de volcado de la información: la construcción de la base de datos	21
3.4. Base de datos resultante	22
3.5. Algunas cuestiones conceptuales	23
3.6. Descripción de variables y categorías	26
3.7. Método de análisis	32
4. Incidencias de conductas autolíticas en Bilbao, 2022-2024	34
4.1. Incidencias y su distribución en el tiempo	34
4.2. Incidencias por sexo/género y años	36
4.3. Incidencias por edad	37
4.3.1. <i>Datos generales</i>	37
4.3.2. <i>Cambios percibidos</i>	38
4.3.3. <i>Incidencias por sexo/género y edad</i>	39
4.4. Tipos de conductas autolíticas	41
4.4.1. <i>Datos generales</i>	41
4.4.2. <i>Cambios percibidos</i>	43
4.4.3. <i>Conductas por sexo/género</i>	44
4.4.4. <i>Conductas por edad</i>	46
4.4.5. <i>Conductas por sexo/género y edad</i>	49
4.5. Incidencias por método empleado.	53
4.5.1. <i>Datos generales</i>	53
4.5.2. <i>Cambios percibidos</i>	54
4.5.3. <i>Tipo de conducta autolítica y método</i>	55
4.5.4. <i>Métodos utilizados según sexo/genero</i>	61
4.5.5. <i>Métodos utilizados según edad</i>	63
4.6. Quién da el aviso a emergencias.	66
4.6.1. <i>Datos generales.</i>	66
4.6.2. <i>¿Por qué avisa a emergencias la propia persona en crisis?</i>	67
4.6.3. <i>Alertante por sexo/género de la persona en crisis</i>	71
4.6.4. <i>Motivos de la llamada del alertante: diferencias de género.</i>	73
4.6.5. <i>Alertante por edad</i>	74
4.7. Lugar genérico del suceso	76
4.7.1. <i>Datos generales</i>	76
4.7.2. <i>Lugar por sexo/género</i>	79
4.7.3. <i>Lugar por edad</i>	83
4.8. Ubicación municipal: avisos ICA por distritos	84

5. Conclusiones y recomendaciones	93
5.1. Conclusiones	93
5.1.1. Evolución temporal y distribución estacional	94
5.1.2. El factor sexo/género	94
5.1.3. El factor edad	98
5.1.4. Distribución geográfica	102
5.2. Propuestas y recomendaciones	103
5.2.1. Información	103
5.2.2. Formación	105
5.2.3. Investigación	105
5.2.4. Prevención	106
5.2.5. Intervención y posvención	107
Referencias.....	109
Anexo. Localización geográfica de las incidencias ICA en Bilbao (2022-2024)	111

1. Presentación, objetivos y estructura

El presente trabajo nace de la profunda implicación y la determinación manifestada por dos alumnos del curso de posgrado de la UPV/EHU, **Especialista en Suicidología**, (curso 2022-23), por trabajar en la reducción del sufrimiento que gira alrededor de la conducta suicida, tanto en sus causas como en sus consecuencias. Desde su posición como miembros del Cuerpo de Bomberas y Bomberos de Bilbao, Beñat Madariaga y Ander Iturriaga se empezaron a interesar por los diferentes aspectos que, desde su quehacer profesional, podían ser mejorados, como es la formación y coordinación de agentes intervinientes en crisis suicidas, pero también el conocimiento de la situación de las conductas suicidas en el municipio en el que actúan como bomberos. De hecho, la propia realización del curso de posgrado por su cuenta, dedicando parte de su tiempo personal durante meses (el curso es presencial) y recursos económicos propios, ya indica su alta implicación en este tema.

Y es que su compromiso ya venía de años atrás, como ellos mismos indican en la presentación de su trabajo de fin de posgrado titulado *Suizidioan, gu ere aldaketaren eragileak gara* (*En el suicidio, nosotros también somos agentes del cambio*). Concretamente desde el año 2019, cuando conocen la existencia de un grupo de bomberas y bomberos que empezaron a afrontar las intervenciones por crisis suicidas de una forma muy diferente a la tradicional (basada básicamente en la intuición y un sentido común no siempre adecuado) liderados por Sergio Tubío Rey, bombero de la ciudad de Madrid y coordinador de la Unidad de Intervención ante Tentativas Suicidas (ITS). Son muy interesantes sus reflexiones personales sobre lo que supuso aquel conocimiento y el cambio de perspectiva para su desempeño profesional.

Con este interés genuino llegaron a las aulas del posgrado, en la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación de la UPV/EHU, destacando por un entusiasmo y ganas de aprender difíciles de superar.

El curso de posgrado constituyó, sin duda, un acicate y una forma de encauzar y dirigir sus esfuerzos de una manera más sólida, fundamentada y estructurada. Pero no solo eso...En sus propias palabras:

...la suicidología ha marcado un antes y un después en nuestras vidas, tanto profesional como personalmente. Porque lo que nació desde un interés profesional por adquirir conocimientos e intentar aplicarlos para mejorar nuestro servicio de bomberas y bomberos, ha conseguido calar hondo en la esfera personal de cada uno de nosotros.

Inconscientemente, y diríamos que casi desde el inicio del curso, hemos ido incorporando en nuestra profesión los saberes y la esencia que íbamos adquiriendo en Leioa. Miércoles a miércoles y jueves a jueves íbamos impregnándonos de conocimientos y experiencias de docentes y compañeras, que, desde sus múltiples disciplinas, nos han dado una visión panóptica del fenómeno del suicidio. Y como no podía ser de otra manera, porque ante todo somos personas, la luz que ha entrado por esta nueva ventana que hemos abierto nos ha dejado una sombra muy alargada del problema social del suicidio. (p.7)

El objetivo de aquel trabajo universitario era fundamentar la necesidad de obtener una formación adecuada para bomberas y bomberos de Bilbao, así como justificar la necesidad de establecer protocolos adecuados, compartidos y coordinados por diferentes agentes de intervención inmediata. Pero también fueron conscientes de que había otras cuestiones de importancia que intentarían abordar en el futuro, y que establecieron como “objetivos futuros”. Entre ellos el análisis de datos de los requerimientos a bomberos en Bilbao en 2022 (por aquel entonces).

Desde que a finales del 2021 el Gobierno Vasco creara la nueva Táctica Operativa denominada ICA (Incidentes con Conductas Autolíticas), en el centro de gestión de emergencias del servicio de bomberas y bomberos del Ayuntamiento de Bilbao (CMC- Centro de Mando y Control) se han podido registrar todos los avisos que SOS-Deiak 112 recibe por conducta suicida en el municipio de Bilbao, independientemente que en dichos avisos haya participado o no el SPEIS de bomberas y bomberos de Bilbao (Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento). (p.12)

Sabedores de que estos registros contenían información de gran importancia para conocer mejor las conductas autolíticas en contextos locales (perfiles, localizaciones geográficas y conductas específicas), y con ello poder abordar acciones y programas de actuación más ajustados a las realidades concretas, se pusieron a trabajar en este proyecto una vez finalizado el curso de posgrado.

Así, empezaron a recoger datos de 2022 en un proceso muy laborioso y minucioso de conversión de información literal de cada uno de los avisos (los apuntes y conversaciones de las personas que atienden el 112) en variables manejables en una base de datos.

Iniciado este proceso, se pusieron en contacto conmigo para que les asesorase en cuestiones metodológicas y conceptuales. De esta forma surgió el equipo que ha redactado este informe en el que hemos trabajado desde entonces, pensando en la oportunidad de analizar los datos no solo de un año, sino de alguno más. El objetivo era doble: incrementar el volumen de casos a estudiar en esta primera fase juntando varios años en un período corto, y consolidar una línea de investigación para analizar la evolución en el tiempo de cara al futuro.

Así, lo que empezó como un estudio de un año se ha convertido en un análisis de recorrido temporal más amplio, abarcando los tres últimos años: 2022, 2023 y 2024.

El **objetivo principal** de este trabajo es obtener una información lo más detallada posible de los avisos recibidos o centralizados en el teléfono de emergencias de SOS Deiak-112 relativos a conductas suicidas (Intervención por Conductas Autolíticas-ICA) ocurridas en el municipio de Bilbao. Concretamente a lo largo de los años 2022, 2023 y 2024.

Como **objetivos secundarios** nos proponemos:

- Identificar y conceptualizar las conductas autolíticas que aparecen en los avisos;
- Establecer perfiles de las personas que generan los avisos y sus circunstancias, teniendo en cuenta que existen personas que dan más de un aviso por lo que algunos perfiles pueden repetirse. En la construcción y limpieza de la base de datos hemos eliminado los más evidentes, pero pueden quedar algunos no identificados. Sin embargo, no serán muchos, por lo que entendemos que no distorsionarán drásticamente los perfiles dibujados. Las variables a tener en cuenta (se describirán en la metodología) son género, edad, tipo de conducta, método utilizado o comunicado, alertante, lugar del hecho, etc...;
- Identificar *hotspots*, o lugares de la vía pública en donde se producen más avisos de conductas autolíticas;
- Caracterizar al municipio de Bilbao en tanto que espacio socio-geográfico en función de la ubicación o procedencia de los avisos que se producen en domicilios;
- Plantear hipótesis de trabajo para el futuro sobre las conductas suicidas y las características de las personas en crisis que generan los avisos.

Todo ello con el **objetivo último** de ampliar el conocimiento del suicidio en una realidad social local concreta, como es el municipio de Bilbao, a fin de poder diseñar de forma adecuada, y ajustada a contexto, las posibles acciones frente a la conducta suicida que se puedan implementar en el futuro.

De hecho, El Sistema Nacional de Protección Civil (Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.) fija la **prevención** como uno de sus fines prioritarios:

La prevención es uno de los fines prioritarios de la protección civil. Muchas de las políticas desarrolladas por las Administraciones Públicas, en tanto puedan afectar o condicionar la seguridad de las personas o los bienes, tienen objetivos preventivos. La ley propicia que todos estos esfuerzos se canalicen e integren a través de los órganos de coordinación que establece. La planificación, especialmente los planes de autoprotección, la formación del personal perteneciente al sistema de protección civil y singularmente la inclusión en los currículos escolares de contenidos sobre autoprotección y primeros auxilios, son instrumentos poderosísimos de prevención de carácter horizontal que esta ley procura. (Preámbulo, punto 2. El subrayado es nuestro).

El presente informe está **estructurado** en cuatro partes diferenciadas:

1. SOS Deiak y Operativa ICA. Descripción del contexto de registro y fuente de datos, con el fin de conocer desde dónde se ha extraído la información y qué tipo de información manejamos en este estudio.
2. Cuestiones metodológicas. Apartado que incluye no sólo la identificación de las unidades de análisis, la descripción de las bases de datos, la conceptualización de variables, su justificación, la descripción de las categorías y el método de análisis de datos practicado, sino también el propio proceso de construcción de esas bases de datos partiendo de las informaciones recogidas de la plataforma Euskarri.
3. Análisis de la información y mapeo de los avisos analizados en Bilbao.
4. Conclusiones y recomendaciones.

No aportamos un capítulo de teorización sobre conducta suicida ni datos epidemiológicos generales, ya que entendemos que excedería los límites y objetivos del presente trabajo. Sí se definen y justifican los conceptos utilizados aquí en relación a la conducta suicida. Por otro lado, puede consultarse como referencia en este sentido el trabajo realizado en 2023 por una parte de este equipo¹.

*M^a Cristina Blanco Fernández de Valderrama
Bilbao, Junio de 2025*

¹ Blanco, C., Riquelme, T. y Rivera, S. (2023). Suicidio y Administración Local en Bilbao. Análisis de recursos y necesidades para la prevención del suicidio. Aidatu. Disponible en: <https://aidatu.org/actividades/estudios-y-analisis/informe-sobre-suicidio-y-administracion-local-en-bilbao/>

2. SOS Deiak-112 y Táctica Operativa ICA

2.1. El Sistema Vasco de Atención a Emergencias

En función de la distribución competencial del Estado, y según la Ley 17/2015 de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, la Protección Civil en España es una competencia concurrente entre el Estado, las comunidades autónomas y las administraciones locales. Esta coordinación se organiza a través del Sistema Nacional de Protección Civil. Así pues, las comunidades autónomas tienen competencias amplias en esta materia.

En el caso de Euskadi, la estructura orgánica actual de las competencias y órganos para la protección civil en Euskadi queda recogida en Decreto 318/2024, de 29 de octubre. Este decreto redefine las funciones y competencias clave de sus diversas áreas, mejorando la organización y eficiencia del Departamento; concretamente regula el organigrama y funciones del **Departamento de Seguridad**, en el que se encuentra la función de Protección Civil en forma de Viceconsejería. Dentro de la Viceconsejería de Protección Civil se ubica la Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología².

Antes de ello, en el año 83, y como consecuencia de las lluvias torrenciales caídas en Bizkaia, se consideró que era necesario desarrollar una organización y unos protocolos de actuación que coordinasen las actuaciones de todos los agentes que tienen como misión velar por la seguridad ciudadana en emergencias y catástrofes. Nace así la idea de un Sistema Vasco de Atención de Emergencias.

El **Sistema Vasco de Atención de Emergencias (SVAE)**³ aparece normativamente mencionado la primera vez en la Ley 1/1996, de 3 de abril, de Gestión de Emergencias, consolidándose a lo largo del tiempo en las distintas actualizaciones de la norma, con especial importancia en el Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Gestión de Emergencias⁴. En base a este último, el SVAE se define como:

² <https://www.euskadi.eus/direccion-de-atencion-de-emergencias-y-meteorologia/xiii/web01-s2segur/es/>

³ www.euskadi.eus/contenidos/informacion/sist_vasco_at_emergencias/es_doc/adjuntos/SVAE_es-ISBN.pdf

⁴ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-5194

Un conjunto de acciones dirigidas a evitar, reducir o corregir los daños a personas, bienes, patrimonio colectivo y medio ambiente, de toda clase de peligros o amenazas de origen natural, tecnológico o antrópico, tanto en los casos de urgencias o emergencias que puedan requerir la coordinación de distintos servicios y especialmente en los casos de afectación colectiva grave, catástrofe o calamidad pública (Documento Sistema Vasco de Atención de Emergencias: 14)

Las características del SVAE quedan descritas en el documento publicado por el Gobierno Vasco en 2023 (p. 15)⁵:

- Es un único sistema. Formando parte de él todas las organizaciones y servicios que sean necesarios en una emergencia.
- La entrada a este sistema es única. Con un solo portal de entrada para todas las llamadas de emergencias.
- El sistema es válido para cualquier tipo de emergencia, modulable y adaptable para cada circunstancia.
- Es un sistema escalable. Desde las pequeñas emergencias rutinarias hasta las grandes emergencias o catástrofes.
- La actuación es habitualmente multidisciplinar, requiriendo una labor específica de movilización y de coordinación que permita una respuesta eficaz y eficiente, así como una utilización segura de los medios y recursos.
- Mando único de la intervención en todos los casos. Evitando disputas y descoordinaciones.
- La organización estructurada de la respuesta se articula a través de planes, tácticas y procedimientos preestablecidos. Se minimiza la improvisación.
- La gestión de la coordinación se realiza a través de sistemas técnicos unificados o compatibles (red de comunicaciones, informática, red de alerta, etc.).
- El voluntariado de protección civil está integrado en la emergencia ordinaria.
- La formación reglada se garantiza y articula a través de la Academia Vasca de Policía y Emergencias.
- La información a la ciudadanía, para su autoprotección, es parte fundamental de la gestión.
- Todo lo anterior está reflejado en la normativa, teniendo por tanto soporte legal para su correcto desarrollo.

Tal y como hemos mencionado, dentro del organigrama del Departamento de Seguridad del Gobierno Vasco será la **Dirección de Atención de Emergencias y Meteorología (DAEM)**, ubicada en la Viceconsejería de Protección Civil, la encargada de dar respuesta integral a todo tipo de emergencia que se pueda presentar en el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca, tanto en aquellas de carácter catastrófico o calamitoso como en otras menos graves que, sin producir trastorno social o desbordamiento de los servicios esenciales, requieren una atención coordinada y eficaz. Así, aglutina en un solo área (mediante la fusión culminada en 2010 de dos áreas previas) la gestión global de todas las emergencias en la CAV así como la meteorología operativa.

⁵ Última revisión vigente. Documento descargable en <https://www.euskadi.eus/sistema-vasco-emergencias/web01-a2larri/es/>

2.2. Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi, SOS Deiak. Del 088 al 112.

La forma de que un hecho sea atendido como emergencia por el SVAE es ponerlo en conocimiento del centro o centros de coordinación operativa, habitualmente mediante llamada a un teléfono establecido al efecto. Una vez registrada y recogida la información necesaria, las trabajadoras subcontratadas por el Departamento de Seguridad ponen en marcha los operativos para atender la emergencia.

En 1983 se creó el **Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi, SOS Deiak**, el primer servicio telefónico centralizado para la coordinación de todas las emergencias que se puso en marcha en el Estado. Este servicio utilizó en un primer momento, desde 1986, el 088 (teléfono de la Ertzaintza) como teléfono de emergencias centralizado.

En 1997 la Unión Europea estableció el 112 como teléfono de centralización de emergencias para todos los países integrantes⁶. Sin embargo, no fue hasta el 2012 cuando la “Ley de Ordenación de Seguridad Pública de Euskadi” lo designó como el único teléfono de emergencias para todos los servicios del sistema de seguridad pública de Euskadi.

En 2019 los centros de coordinación existentes en los tres territorios históricos se unificaron en un solo centro de coordinación de las emergencias de Euskadi.

En la actualidad el Centro de Coordinación de Emergencias SOS Deiak presta sus servicios en los tres Territorios Históricos desde su sede en Txurdinaga (Bilbao). Su misión es proporcionar a los ciudadanos y ciudadanas un sistema de ayuda rápido y eficaz en situaciones de emergencia mediante la atención de las llamadas de emergencia a través del teléfono 112, el consiguiente aviso inmediato a los servicios competentes y la coordinación de todos los organismos susceptibles de intervenir en su resolución. El Centro de Coordinación de Emergencias SOS Deiak atiende más de un millón de llamadas al año y participa en la coordinación de más de cien mil incidentes⁷.

La gestión interna de la coordinación, tanto dentro del Centro de Coordinación como las acciones que se toman en el Puesto de Mando Avanzado (PMA) que se constituya, forman un bloque que se articula en cuatro niveles o escalones organizativos:

⁶ Mediante Real Decreto Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, por el que se regula el acceso mediante redes de telecomunicaciones al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112; y Decisión del Consejo de 29 de julio de 1991 relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo (91 /396/CEE) que regula la atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112, trasponiendo la correspondiente Decisión del Consejo de las Comunidades Europeas.

⁷ <https://www.euskadi.eus/emergencias-quienes-somos/web01-a2larri/es/>

1. Gestión telefónica
2. Gestión incidental
3. Intervención coordinadora de emergencias
4. CECOP/CECOPI (Mesas de Crisis)

Dado el contenido de este trabajo, nos es de especial interés el conocer como se gestionan telefónicamente las emergencias y qué tipo de información se recoge por parte de los y las operadoras.

La gestión telefónica constituye el primer nivel o escalón del sistema. Establece la atención y el primer contacto directo con la persona que llama solicitando ayuda. Los objetivos básicos de este primer escalón de la atención a las emergencias son saber qué sucede y dónde se ubica el suceso. Las principales funciones de este primer nivel son:

- Atención a la persona que llama.
- Entrevista y documentación del suceso.
- Clasificación del mismo de conformidad con las **Tácticas Operativas**.
- Envío telemático de la carta de llamada a las Agencias que, disponiendo del sistema, se deban activar en automático.
- Si posteriormente a la primera, hay más llamadas sobre el mismo incidente, completar la información si se requiere e informar a las personas llamantes de que la respuesta ya está en marcha.

2.3. Sistema Informático EUSKARRI

“Euskarri” es el nombre propio del sistema informático de gestión y despacho de incidentes y recursos, basado en la plataforma SITREM de Siemens, que, con desarrollos propios, da soporte en tiempo real, a la coordinación de emergencias. Es un sistema multiagencia que en el momento actual facilita la gestión, directamente o a través de pasarelas, a las siguientes agencias o servicios:

- Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi SOS Deiak
- Centro de Gestión de Tráfico de Euskadi
- Servicios de Extinción de Incendios y Salvamentos
- Ertzaintza
- Emergencias de Osakidetza
- Policías Locales

Se trata de una plataforma en donde los y las operadoras de SOS-Deiak transcriben toda la información que reciben o consiguen de cualquier llamada de emergencia que reciben. Esta información es compartida con los de servicios emergencia actuantes en función de la Táctica Operativa que el operador del 112 active. Estos servicios de emergencia que se activan pueden utilizar esta misma plataforma para compartir con el resto de los servicios y SOS-Deiak la información importante de cada aviso. Es decir, cada aviso que entra en SOS-Deiak genera una incidencia en la que queda registrada la información clave para

dicha intervención. La información a recoger depende de cada tipo de emergencia que, a su vez, da lugar a una Táctica Operativa específica.

2.4. Conducta autolítica y Táctica Operativa ICA

Establecido el organismo que gestiona las emergencias en Euskadi, y su registro en el Centro de Centro de Coordinación de Emergencias, cabe preguntarse por cómo se gestionan y en base a qué procedimientos y protocolos. Especialmente importante en este trabajo es conocer la forma en cómo se recoge la **conducta autolítica en tanto que emergencia**, y cómo se actúa ante ella. La respuesta la encontramos en la mencionada **Ley de Gestión de Emergencias** de 2017 (Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril); expresamente en el concepto de Táctica Operativa⁸.

2.4.1. Tácticas Operativas. Concepto, estructura, procedimientos y tipos

Las Tácticas Operativas, que se aprueban por el Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de seguridad oídos los servicios y administraciones interesadas y previo informe de la Comisión de Protección Civil de Euskadi, constituyen el mecanismo de respuesta del sistema de atención de emergencias ante las situaciones incidentales no catastróficas a que se refiere la Ley de Emergencias citada.

Las Tácticas Operativas **determinan los procesos de identificación y evaluación de la comunicación de la llamada o alarma en tiempo real, así como las medidas a adoptar y los criterios para la movilización de medios y recursos según el tipo de incidente y la fase de la de emergencia** (Artículo 42 del Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril).

La **estructura** de las tácticas es la de un plan sinóptico elaborado para dar respuesta a un supuesto accidental tipificado, describiendo para el mismo los criterios de identificación y evaluación de la llamada o alarma en tiempo real, así como los servicios, medios o recursos que pueden llegar a movilizarse y las funciones a realizar por cada uno de ellos, preestablecidas de acuerdo con los distintos factores condicionantes de la situación, tipo de incidente y la fase de emergencia. Prevén igualmente los criterios y protocolos de movilización de servicios, medios y recursos.

Activación. Recibida la comunicación de un incidente por SOS-Deiak, e identificado el mismo como uno de los supuestos incidentales para los que está prevista la aplicación de tácticas operativas, el/la operador/a del Centro de Coordinación de Emergencias de Euskadi SOS-Deiak procederá a recabar y cumplimentar los datos que resulten precisos para afrontar la intervención requerida. Para ello deberá atender al **formulario de recogida**

⁸ Todo lo referente a las Tácticas Operativas del Sistema Vasco de Atención a Emergencias puede consultarse en el documento del mismo nombre, en su edición más reciente de 2023. Se puede descargar en <https://www.euskadi.eus/tacticas-operativas-sistema-vasco-emergencias/web01-a2larri/es/>

de datos básicos previstos para la táctica operativa que resultase de aplicación. Tras la recogida de datos de un incidente y catalogación del mismo, se activa la táctica correspondiente conforme a lo que disponga la misma.

Clasificación. Actualmente existen 71 tácticas operativas (según revisión y actualización de 2023) agrupadas en 26 capítulos o grandes tipos de emergencias:

1. Persona desaparecida (1)
2. Montaña (3)
3. Medio acuático (3)
4. Incendios (4)
5. Transporte mercancías peligrosas (5)
6. Industria (1)
7. Ferrocarril (2)
8. Aviación (4)
9. Medio urbano (2)
10. Ámbito NRBQ (4)
11. Gas (1)
12. Contaminación ambiental (4)
13. Meteorología adversa (6)
14. Abastecimiento (1)
15. Desprendimientos (2)
16. Evacuación-albergue (1)
17. Presas (6)
18. Accidentes tráfico (2)
19. Incidentes múltiples víctimas (1)
20. Incidentes extraordinarios violentos (1)
21. Búsqueda y rescate en estructuras colapsadas (1)
- 22. Incidentes conductas autolíticas (1)**
23. Accidentes laborales (1)
24. Accidentes vía pública (1)
25. ANTOLA (1)
26. Planes emergencias (9 autonómicos, 2 forales, 1 municipal)

Así pues, la conducta autolítica tiene su propio procedimiento de actuación reunido en lo que han denominado Táctica Operativa ICA (Incidentes de Conductas Autolíticas)

2.4.2. Táctica ICA

ICA: *Toda actuación que vaya acompañada por la evidencia explícita o implícita de que una persona tiene intención de autoprovocarse la muerte.*

Cabe indicar que cualquier persona, cuerpos de emergencias, instituciones o servicios de otra naturaleza (como las líneas de atención telefónica para conductas suicidas, como el actual 024) puede dar aviso al 112 para centralizar las actuaciones y protocolos.

Ante un caso de emergencia en el que indiciariamente pueda corresponder a una conducta suicida, los y las operadoras de SOS Deiak tratarán de recabar la siguiente **información básica**:

A) Ubicación real o estimada de la víctima

- Denominación. Término municipal
- Ubicación concreta (calle, carretera, camino, LUGAR público, monte, mar, río, pantano, etc.), documentando todas las referencias que aporte la persona llamante.
- Accesibilidad
- Coordenadas (AML (Advanced Mobile Location / Ubicación Móvil Avanzada), APP SOS Deiak, WhatsApp, GPS)

B) Persona alertante y vía de alerta

B1.- Si la persona alertante es:

- La propia víctima (nombre)
- Un familiar
- Otra persona

B2.- Vía de alerta

- Telefónica
- Redes sociales (Whatsapp, Twitter, Facebook, App 112, otros...)

C) Datos de identificación de la víctima

- Nombre y apellidos
- Edad
- Domicilio
- Número de teléfono de la víctima

D) Qué refiere

- Pide ayuda o atención sanitaria
- Conducta/ideas de suicidio
- Accesibilidad a la víctima
- Existencia de riesgo para terceros
- Riesgo precipitación al vacío

E) Datos adicionales

- N° telefónico de la persona llamante
- Observaciones: Si el llamante es un familiar/otra persona sondear el tiempo transcurrido, si ha habido intentos anteriores, posibles causas, actividad profesional, gustos y preferencias. Si está en tratamiento, etc...

Esta información queda recogida en el sistema Euskarri. De esa plataforma hemos obtenido la información correspondiente a los avisos recibidos en el municipio de Bilbao, constituyendo la base de información que se analiza en este trabajo. Cabe señalar que aunque toda esta información es la que se trata de recoger, no siempre se consigue dado que se prima la rapidez de la respuesta, por lo que realmente la base de datos raramente contiene información tan amplia.

Por último, cabe identificar los servicios de emergencias que son activados ante una Táctica ICA (figura 1)

Fig. 1 Servicios movilizados ante un aviso identificado como ICA por SOS Deiak

INCIDENTES CONDUCTAS AUTOLITICAS: ICA			
SERVICIO	CONDICIONES	TAREAS A REALIZAR	MOVILIZACION
SOS DEIAK		- Atención al 112. - Coordinación. - Movilización de servicios. - Control y seguimiento. - Atención a la persona llamante en el proceso inicial de la entrevista hasta garantizar un relevo (por transferencia telefónica o presencia en el LUGAR).	AUTOMÁTICA
ERTZAINZA		- Ubicación del incidente. - Definición de accesos. - Control de accesos. - Mantenimiento del orden público. - Apoyo logístico. - Control del tráfico. - Dirección Operativa en escenarios IEV con riesgo de vida a terceros.	
POLICÍA LOCAL	Entornos urbanos.	- Las propias.	
SPEIS	Escenario con amenaza de vida para la víctima y no para terceros. Escenario sin acceso a la víctima / riesgo precipitación al vacío.	- Dirección Operativa (con riesgo de precipitación al vacío). - Salvamento/Rescate víctima.	
OSAKIDETZA	Conducta autolesiva desencadenada por la víctima y escenario seguro para terceros.	- Atención y asistencia sanitaria. - Dirección Operativa (sin riesgo de precipitación al vacío).	
SERVICIO	CONDICIONES	TAREAS A REALIZAR	MOVILIZACION
CRUZ ROJA - DYA	A requerimiento de los servicios actuantes.	- Postvención: Atención a familiares o colectivos concernidos.	DIFERIDA
SPEIS	A petición de Ertzaintza porque el escenario inicial evoluciona.	- Salvamento y rescate.	
OSAKIDETZA		- Atención y asistencia sanitaria.	

FUENTE: Gobierno Vasco, Tácticas Operativas del Sistema Vasco de Atención de Emergencias. Edición año 2023 (pp: 224-225)

3. Cuestiones metodológicas

3.1. Tipo de investigación

Se trata de una investigación de carácter cuantitativo basada en recogida, transformación, procesamiento y análisis de datos cuantitativos, si bien en el análisis de éstos trataremos de aportar reflexiones más de fondo, a modo de hipótesis o conjeturas relacionadas con la conducta suicida, que puedan servir de orientación a futuras investigaciones más cualitativas que traten de buscar la comprensión y el significado de las situaciones que describen los datos y los hechos.

3.2. Fuente de información y datos analizados

Los datos que se analizan en este estudio son los avisos recibidos en el sistema Euskarri de SOS-Deiak (112) referidos:

- A conductas suicidas – Incidencias de Conducta Autolítica (ICA);
- Al municipio de Bilbao;
- A los años 2022, 2023 y 2024.

Existe información desde 2021, pero hemos preferido empezar con 2022 para dar margen al funcionamiento del sistema de recogida de información, intentando evitar posibles diferencias de registro o catalogación de casos.

Para acceder a el sistema Euskarri se solicitó la autorización pertinente al Director de Protección Civil del Ayto. de Bilbao, al Inspector Jefe de Operaciones del Cuerpo de Bomberas y Bomberos de Bilbao y a su Inspector Negociado, con la única finalidad de la investigación y el análisis de las conductas autolíticas (y sus características y resultados) que se producen en el municipio de Bilbao, y con el fin último de mejorar el conocimiento de este fenómeno y poder ajustar las actuaciones de prevención, intervención y posvención ante la conducta suicida a nuestro contexto concreto.

Lo que en un principio iba a constituir parte de un Trabajo de Fin de Curso del Título Propio de Especialista en Suicidología de la UPV/EHU, como ya hemos explicado en la presentación, se acabó dilatando en el tiempo, pero ha terminado conformando una investigación independiente (y con un período de análisis más amplio), como es la que aquí presentamos

Consideraciones importantes al respecto:

- Puede haber avisos que, aun respondiendo a conductas suicidas, no hayan sido tipificados como tales, bien por cuestiones de contexto poco claro, de la información dada por la persona alertante, por el criterio del o la operadora o porque se superponen dos situaciones y se opta por clasificar el aviso como de otro tipo. Una vez clasificadas las situaciones dentro de una operativa concreta, aun conociendo que podría haberse tipificado de otra forma (ICA), no siempre se produce la rectificación en el sistema de recogida de información. Esto se debe a que el objetivo principal del sistema de llamadas de emergencias es reducir lo máximo posible el tiempo de reacción y activar lo antes posible los recursos para atenderla, y no el registro puramente estadístico. Un caso claro que podría inscribirse en esta situación de posible “doble” tipificación es el rescate por ahogamiento en ría, cuya alerta podría tipificarse como Rescate en Aguas Interiores (U3) cuando, quizá, podría haber sido una conducta autolítica con resultado fatal. Por lo tanto, no todos los avisos registrados como conducta autolítica recogen la realidad absoluta de esta situación. Pero también es cierto que los casos potenciales son mínimos y que no distorsionarían los resultados generales obtenidos.
- Los avisos recogidos y analizados corresponden a todos los avisos recibidos en el sistema de emergencias correspondientes a los parámetros indicados arriba, bien sea por parte de la ciudadanía, bien por parte de cuerpos de seguridad y/o emergencias (policía local, protección civil, Ertzaintza, etc.) e incluso por parte de teléfonos de ayuda (como el 024, el Teléfono de la Esperanza, la fundación ANAR, etc...) y/o cualquier asociación u organización que reciba un aviso de forma directa y lo derive al 112.
- La base de datos recogidos en Euskarri es una base compleja, en la que se entremezclan informaciones precisas con otras más confusas en una narrativa resultante de la conversación mantenida entre el o la operadora y la persona alertante. No en todos los casos se recoge la misma información (por motivos obvios de rapidez y eficacia, pues no se trata de una encuesta).

Por lo dicho anteriormente, el sistema que es el origen de nuestra base de datos recoge la información de forma que necesariamente debe ser **procesada y convertida a una base de datos** del tipo de una hoja de cálculo (unidades, variables y categorías), extrayendo la información de la fuente original y volcándola a una base de datos con la que se pueda procesar estadísticamente la información. Ese ha sido un proceso largo y muy minucioso del que damos cuenta a continuación, tanto en lo que se refiere al proceso como a sus resultados: la base de datos con la que hemos operado.

Conviene recordar que este trabajo se basa en avisos de conductas autolíticas recibidos en el 112 (referidos a Bilbao), y no de TODAS las conductas autolíticas que realmente se hayan podido producir, o se han producido, en el municipio. Quedan fuera, por tanto, todas las conductas que no se han registrado en el 112.

3.3. Proceso de volcado de la información: la construcción de la base de datos

La forma en la que empezamos a trabajar los datos era muy rudimentaria. Teníamos la fecha de los avisos y el número de los avisos y a partir de esos datos teníamos que entrar a sistema Euskarri y buscar ese aviso, sacar un pantallazo y copiarlo y pegarlo a un Excel. De esta forma nos dimos cuenta de que iba ser imposible hacer ese trabajo. Se lo comentamos al coordinador de sistemas informáticos y éste programó un Excel en el que se volcaba la información de los avisos de Euskarri. Una vez que se creó este Excel ya solo nos quedaba analizar todos los avisos.

Se empezaron a analizar los datos del 2022 (mientras realizábamos el curso de la UPV/EHU Especialista en Suicidología), para lo cual se fijaron diferentes variables. El análisis y la limpieza de la base de datos que estábamos intentando construir se ha realizado, en un principio, por parte de una persona del equipo, la cual ha ido leyendo los avisos de uno en uno y sacando los datos correspondientes a lo que el operador del 112 transcribe en la plataforma Euskarri.

A medida que iba avanzando el análisis se vio que había ciertas variables que había que dejar de lado y había otras nuevas que se tenían que crear. Esto se vio una vez casi terminados todos los avisos 2022, así que una vez fijadas y definidas las variables que entendíamos interesantes se volvió a analizar todo el 2022 otra vez.

Al terminar este nuevo análisis se marcaron ciertos avisos en los que se tenían dudas sobre el tipo de conducta, se analizaron entre todos y se fijaron definitivamente cuáles eran los parámetros de cada tipo de conducta. Así, en este proceso se tuvieron que definir y conceptualizar bien las variables y las posibles categorías, así como analizar todos y cada uno de los avisos de los tres años para identificar bien el tipo de conducta suicida presentada y sus características, especialmente en casos algo confusos o poco claros.

Consideraciones finales sobre la base de datos:

- Los datos recogidos se refieren a **avisos** o **incidencias**, no a personas. Una misma persona puede originar más de una situación o puede dar más de un aviso, el mismo día u otros. Con la información manejada se intentan eliminar los casos que realmente corresponden a una misma incidencia (mismo lugar, fecha y hora), por lo que, en general, en la base de datos resultante se habrán eliminado los avisos repetidos de un mismo incidente, pero no los avisos que una misma persona haya podido hacer a lo largo del tiempo, ya que realmente serían incidencias diferentes.
- Se han **eliminado** algunos avisos de los inicialmente recogidos:
 - Aquellos en los que apenas hay información;
 - Los que realmente se han producido en otro municipio;
 - Casos claramente repetidos (más de un aviso para un mismo incidente);
 - Aquellos que, finalmente, no resultaron casos ICA.

Por lo tanto, hay una diferencia entre el volumen de avisos recibidos en el 112 (2.187) y los avisos analizados en este estudio (1.636).

- No en todos los avisos se recoge la misma **información completa**, pero se incluyen en la base todos aquellos que presentan una información mínima como para clasificarla según alguna variable de importancia. Por ello, también puede haber diferencia entre el volumen de avisos trabajados en total y el volumen de avisos en relación a alguna variable. Por ejemplo: si tenemos 100 avisos, pero de ellos sólo se recoge el género en 90, la distribución de frecuencias en relación al género sumará solo 90, no 100, pero se mantienen los 100 porque en otras variables importantes (lugar, método, tipo, edad...) sí que se recoge información de interés.

3.4. Base de datos resultante

Tras finalizar el proceso el total de avisos que formaron nuestra base, y que son los analizados en este estudio, fueron los siguientes:

Tabla 1. Total de avisos ICA recibidos en SOS-Deiak 112 relativos a Bilbao

Año	Total Registrados	Total analizados
2022	683	537
2023	715	537
2024	789	562
TOTAL	2.187	1.636

La diferencia en relación a los avisos registrados en el sistema es la resultante de eliminar los avisos mencionados en el apartado anterior (los repetidos, los pertenecientes a otros municipios, los que no aportaban información y los que realmente no eran ICA).

A pesar de que en algunos casos la narrativa era rica en detalles, el escaso número de avisos en el que esto era así impidió incluir más información en la base de datos final, quedando una base de datos con 1.636 casos y 8 variables (aquellas de las que había datos en la mayoría de los avisos).

Los detalles de los que hablamos son cuestiones de interés cualitativo (como la existencia o no de un diagnóstico de salud mental, quién informa de tal circunstancia, el supuesto detonante del que habla la propia persona en crisis o algún familiar o conocido, etc.) y que son recogidos en el apartado de “datos adicionales”, como se ha descrito en el apartado 2.4.2. A nivel cualitativo seguramente tienen interés (especialmente para elaborar hipótesis de trabajo para otras investigaciones), pero la falta de este tipo de información en la mayor parte de los casos, así como no tener certeza de la fiabilidad de la misma, aconsejaban retirarla del análisis más cuantitativo y riguroso.

Es importante señalar que se ha eliminado cualquier información personal relativa a la persona que origina el aviso que pudiera llevar a su identificación, anonimizando la base

de datos para cumplir con los requisitos de la LOPDGDD, Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales 3/2018 de 5 de diciembre, teniendo en cuenta, además, que la información presentada en este informe es agregada, nunca individual.

Por otro lado, para ubicar en el espacio geográfico del municipio los avisos recibidos en domicilios particulares, a efectos exclusivos de localizar áreas geográficas de la ciudad que pudieran presentar mayor vulnerabilidad frente al suicidio, hemos utilizado las coordenadas que aparecen en la base Euskarri, evitando identificar el inmueble concreto desde (o para) el que se ha dado el aviso. Por otra parte, en los mapas no se muestran direcciones concretas.

Fig 2. Variables que componen la base de datos analizada

1	Fecha Entrada	Año	Tipo de conducta Autolítica	Metodo 1	Alertante	Sexo	Edad	Lugar resumido	Distrito
2	01/01/2022 7:57	2022	Tentativa Sin Lesión	Precipitación	Viandante	Hombre		Via Publica. Puente del Arenal	IBAIONDO
3	02/01/2022 10:22	2022	Tentativa Con Lesión	Sustancia toxicas	Desconocido	Hombre	35	Domicilio	BEGOÑA
4	02/01/2022 18:28	2022	Ideación Comunicada	Estadio Sin Metodo	Familiar	Hombre	77	Domicilio	BASURTU-ZORROTZA
5	03/01/2022 0:51	2022	Tentativa Con Lesión	Farmacos	Amigos	Mujer	21	Domicilio	BEGOÑA
6	11/01/2022 2:25	2022	Tentativa Sin Lesión	Farmacos	Desconocido	Hombre	58	Domicilio	BASURTU-ZORROTZA
7	12/01/2022 3:23	2022	Tentativa Con Lesión	Sustancia toxicas	Educadora-Trabajadora Social	Mujer	44	Domicilio	BEGOÑA
8	12/01/2022 16:40	2022	Tentativa Sin Lesión	Sin Identificar	Policia	Hombre		Comisaria Ertzaintza	OTXARKOAGA-TXURDINAGA
9	13/01/2022 8:00	2022	Tentativa Con Lesión	Sustancia toxicas	Familiar	Mujer	70	Domicilio	BASURTU-ZORROTZA
10	13/01/2022 10:23	2022	Tentativa Con Resultado de Muerte	Precipitación	Viandante	Hombre		Via Publica. Viaducto Miraflores	IBAIONDO
11	13/01/2022 14:01	2022	Ideación Comunicada	Estadio Sin Metodo	Familiar	Hombre	60	Via Publica	IBAIONDO
12	14/01/2022 9:57	2022	Tentativa Con Lesión	Farmacos	Educadora-Trabajadora Social	Mujer	15	Domicilio	URIBARRI

3.5. Algunas cuestiones conceptuales

Antes de pasar a describir las variables y las categorías que hemos utilizado para el análisis es conveniente aclarar algunas cuestiones conceptuales.

A pesar de lo que pudiera parecer, no existe un consenso en la utilización de la terminología aplicada a la conducta suicida. De hecho, la conducta suicida es compleja de definir, tanto en su generalidad como en las formas que ésta puede adquirir. Ciertamente muchos estudios, análisis y estadísticas publicadas (más aun noticias en los medios de comunicación) utilizan conceptos de los cuales se da por hecho que tienen un significado claro y universalmente reconocido, por lo que no se suelen detener en clarificar o definir. Si en cualquier análisis es fundamental definir los conceptos nucleares, en este se hace absolutamente necesario; especialmente cuando nos estamos refiriendo a las **tentativas o intentos de suicidio**.

Aunque en principio pudiera parecer claro lo que significa una tentativa, la cuestión se complejiza cuando tenemos que atribuir este término a una acción determinada que queremos registrar como tal. Porque ¿qué hechos podemos/debemos clasificar como una tentativa de suicidio? ¿Es claro que todas las investigaciones o registros de datos se están refiriendo a unas mismas acciones? Es más, cuando se realizan encuestas y se pregunta si se han tenido “intentos” de suicidio, ¿está claro que todas las personas identifican los mismos actos como tentativas? Obviamente no. Y, sin embargo, se registran como “tentativas” actos que pueden no ser los mismos y se realizan comparaciones entre

estadísticas, encuestas o registros de diferentes fuentes y, probablemente, significando cosas diferentes.

Lo idóneo sería contar con una nomenclatura clara y consensuada. Pero tal cosa no existe, a pesar de los esfuerzos realizados por numerosas personas expertas e investigadoras.

Hace ya casi 30 años, en 1996, Patrick O'Carroll y colegas anunciaban, en la primera línea de su conocido artículo *Beyond of Tower of Babel*, que "la suicidología se encuentra confusa y estancada por falta de una nomenclatura estándar" (O'Carroll, 1996: 237).⁹ Para ilustrar la situación, los autores plantearon tres escenarios en los cuales mostraban situaciones que podrían ser perfectamente reales y muy clarificadoras. Uno de ellos mencionaba el caso de una mujer que, diagnosticada de distimia y Trastorno Límite de la Personalidad, ingresa en urgencias hospitalarias por sobredosis de antidepresivos. En el expediente del ingreso constaban las siguientes anotaciones: "Paciente ingresada en urgencias tras intento de suicidio por sobredosis..." (enfermero/a psiquiátrico/a de urgencias), (b) "Paciente derivada a urgencias tras gesto suicida..." (psicofarmacólogo/a del paciente), y (c) "Paciente con conducta manipuladora autolesiva..." (terapeuta del paciente). Ninguno de los sanitarios definió realmente qué quería decir con estos términos.

Un siguiente caso, quizá más clarificador aún, relataba la situación de una socióloga sanitaria que deseaba realizar una investigación para determinar los hallazgos existentes sobre la eficacia relativa de varios enfoques de tratamiento para quienes intentan suicidarse. Desafortunadamente, en su revisión de la literatura, descubrió que si bien se habían realizado numerosos estudios en este ámbito ninguno era directamente comparable. Ella determinó que la naturaleza ambigua de los resultados combinados de estos estudios se debía en gran medida a que:

- 1) Algunos investigadores incluyeron todos los casos de sobredosis en sus estudios sobre quienes intentan suicidarse, independientemente de la intención, mientras que otros no lo hicieron;
- 2) Algunos no distinguieron la ideación suicida de los actos suicidas;
- 3) Algunos mezclaron indiscriminadamente los informes de intentos en primera y tercera persona para identificar a los sujetos del estudio;
- 4) Otros no controlaron los diversos métodos de intento;
- 5) Pocos utilizaron una definición operativa de "letalidad" (u otro método para distinguir los intentos "graves" de los "no graves"), y quienes lo hicieron, utilizaron métodos exclusivos de sus estudios.

Frustrada, se vio obligada a diseñar un estudio basado en una definición de caso de su propia elección; un estudio que, aunque bien concebido, arrojará resultados que, a su vez, no serán directamente comparables con investigaciones anteriores. (O'Carroll, 1996: 237-238. El subrayado es nuestro).

⁹ Situación que no era nueva, ya que ha acompañado a la suicidología desde sus inicios en los años 60, tal como lo refirieron Beck y colegas en su artículo de 1973 "Classification and nomenclature".

Tal será nuestro caso en este estudio ya que, aunque han pasado algunas décadas desde que se planteó esta situación de confusión e imprecisión terminológica, desde los propios inicios de la Suicidología (Beck, 1973), y tras diversos intentos de crear una nomenclatura eficaz y compartida que permita comparar estudios e investigaciones sobre conducta suicida (el propio O'Carroll y colegas en 1996; De Leo, 2006; Silverman, 2007; De Leo, 2021, entre otros), seguimos en el mismo lugar:

- Ausencia de nomenclatura de consenso.
- Utilización de terminología en estudios, encuestas, informes, etc. sin clarificar ni definir a qué se están refiriendo con cada uno de los términos; especialmente confuso resulta todo lo relativo a las tentativas o intentos de suicidio (a veces incluso identificados como términos diferentes, pero nunca definidos).

La situación ha sido reconocida desde hace muchos años por numerosos investigadores en la materia y se mantiene hasta nuestros días. Recientemente un equipo de expertos realizó una investigación para conocer la situación conceptual entre profesionales de diversos países del mundo (De Leo, 2021). En la introducción ya reconocen que “los intentos de desarrollar una nomenclatura para las conductas suicidas no han conseguido un consenso internacional”. De hecho, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) creó un Grupo de Especial Interés dentro de su estructura, *Nomenclature*, para abordar este complicado asunto e intentar desarrollar una nomenclatura de las conductas suicidas aplicable internacionalmente ¹⁰. Por su parte, la investigación llevada a cabo mostró la variedad de conceptos manifestados por los profesionales en conductas suicidas en torno a un mismo término (incluido el propio término “suicidio”) lo que hace realmente difícil la comparación de investigaciones y la elaboración de diagnósticos certeros.

A pesar de lo que pudiera parecer, la conceptualización incluso de lo que es el propio suicidio, no es tan simple:

Quienes han escrito y estudiado el fenómeno del suicidio no han definido el término de manera simple. . . La forma en que se define la palabra tiene implicaciones y grandes efectos sobre las estadísticas que se compilan del número oficial de suicidios, y sobre los investigadores, que requieren una comunicación clara sobre qué y a quién se está estudiado. (McIntosh, 1985: 18)

Los investigadores del suicidio reconocen que la generalización de sus resultados se ve afectada por las poblaciones que estudian, las tasas de participación que obtienen y el tipo de datos que recogen. La mayoría coincide en que el uso de definiciones inadecuadas y contradictorias del suicidio y de la conducta suicida es una limitación para la investigación y la comunicación sobre el suicidio. (Silverman, 2007a: 249)

¹⁰ <https://www.iasp.info/nomenclature/>

Es evidente que la clarificación conceptual es un campo de investigación todavía con mucho camino por recorrer. Y su importancia es nuclear, ya que de ello depende la comunicación entre investigaciones y el avance en el conocimiento de las conductas suicidas.

Nuestro objetivo en este trabajo no es realizar un análisis exhaustivo de la terminología posible sobre conductas suicidas; menos aun proponer una nomenclatura y conceptualización que pueda ser utilizada de forma consensuada (excedería con mucho nuestros recursos, tiempos y propósitos). Pero sabiendo la confusión que reina en este terreno, nos proponemos, al menos, ofrecer una definición terminológica que permita a las personas que lean este estudio saber a qué nos estamos refiriendo con cada término o situación que describimos, sabiendo, como la socióloga del ejemplo del equipo de O'Carroll, que no es posible la comparación entre datos de diversas fuentes, salvo que los términos utilizados coincidan (al menos en gran medida) una vez previamente definidos.

3.6. Descripción de variables y categorías

Es importante precisar que la mayoría de las variables son simplemente fruto del traslado del dato preciso previamente recogido en el sistema (*sexo, edad, fecha...*). Más complicado resultó elaborar la variable *Tipo de conducta suicida* y sus posibles categorías. El resultado que presentamos es consecuencia de un proceso de construcción y conceptualización en base a investigaciones y conocimientos previos sobre conducta suicida.

Por otro lado, cabe comentar que para ciertas variables las categorías son bastante claras (p.e., *sexo*), pero en otras hay que hacer agrupaciones. En estos casos, también hay algunas que no generan mucha discusión (como en el caso de la *edad*, aunque se debe ser cuidadoso con la creación de intervalos o grupos de edad), pero en otras las posibilidades son más complejas (como en el caso del *método* o incluso el *lugar del suceso*). Procedemos a clarificar los conceptos de las nueve variables y sus categorías.

1. **Fecha Entrada.** Viene establecida por el sistema: día, mes, año y hora de la recepción del aviso. Esto permite clasificar los avisos no sólo por años, sino también por meses e incluso por días y horas. En este informe, sin embargo, el dato que hemos mantenido de forma sistemática con respecto a la fecha de entrada es el **año**. Sin embargo, con el objetivo de descartar (o no) posibles pautas estacionales de conductas suicidas (más o menos conductas autolíticas en determinados momentos del año), hemos incluido en el análisis el **mes** como una variable descriptiva más. Dados los resultados por meses hemos descartado describir los avisos por días de la semana.
2. **Tipo de conducta autolítica.** Es quizá la variable más complicada de definir y clasificar, ya que nos parecía importante combinar las clasificaciones existentes (muy numerosas y a veces confusas) con fines comparativos, con una mayor precisión de lo que a veces aparecen reflejadas en algunas estadísticas. Esto es especialmente importante en el caso del concepto de tentativa. Por otra parte, hemos tratado de combinar simplicidad con capacidad de diferenciación de conductas suicidas.

Cabe empezar indicando que el propio término “autolítico”, aplicado a la conducta suicida, tampoco tiene un significado consensuado y unívoco. Utilizado inicialmente en el campo de la biología y la medicina¹¹, en el ámbito de la suicidología encontramos diferentes acepciones del término “conducta autolítica”:

- como sinónimo de conducta “suicida” (asumiendo el significado del sufijo “lisis” como destruirse en su totalidad);
- como sinónimo de “autolesión” (la “destrucción” no tiene por qué ser total, hacerse daño pero sin intención de morir) o como cualquier conducta que se traduce en un daño a sí mismo con independencia de la intencionalidad de morir, es decir, incluyendo autolesiones no suicidas y autolesiones orientadas a la muerte (la idea de “destrucción” puede ser total o parcial).

Al describir la Táctica ICA indicábamos, como establece la propia publicación sobre *Tácticas Operativas del Sistema Vasco de Atención de Emergencias* (2023), que se trata de *toda actuación que vaya acompañada por la evidencia explícita o implícita de que una persona tiene intención de autoprovocarse la muerte*. Sin embargo, a la hora de acudir a atender la emergencia real, los profesionales se encuentran con casos en los que se produce una autolesión pero que no parece orientada a provocarse la muerte. Para muchos expertos, es imprescindible diferenciar este tipo de conductas, Autolesiones No Suicidas (ANS), de aquellas que al menos inicialmente, sí están orientadas al suicidio, ya que las diferencias existen “con respecto a la intención, la cronicidad, los métodos, las cogniciones, la prevalencia y la demografía, entre otros” (Joiner, 2012: 342).

Para poder incorporar estas conductas lesivas no suicidas bajo el concepto **conducta autolítica**, entenderemos por ésta a toda conducta orientada a hacerse daño a uno o a una misma, se tenga o no como finalidad la muerte, o incluso cuando no se haya producido lesión alguna pero sí la idea o intención de producírsela. Esto es, a efectos de este trabajo, incluimos como conductas autolíticas:

- Autolesiones no suicidas
- Ideaciones comunicadas
- Tentativas sin lesión
- Tentativas con lesión
- Tentativas con resultado de muerte

Por otra parte, dado que los expertos otorgan a la “intencionalidad” (de morir) el criterio básico para distinguir una conducta suicida de otra que no lo es, y que “la evaluación de la intencionalidad es la parte más difícil de la investigación sobre la naturaleza de los verdaderos comportamientos autolíticos” (Silverman et al., 2007a: 254), muchos investigadores se ocupan de establecer métodos para recoger evidencias de la

¹¹ La palabra "autolítico" proviene del griego "autos" que significa "uno mismo" y "lisis" que se traduce como "disolución".

verdadera intención de morir (escalas, cuestionarios, etc.), estableciendo diferencias entre “preguntar sobre la intención” (intención subjetiva) y “medir la intención” (intencionalidad objetiva) (O,Carroll et al., 1996; Rudd, 2006). Algunos incluso consideran que es imposible conocer por no ser directamente observable (Egel, 1999), o, como mínimo, que no es fácilmente medible (Mayo, 1992).

En nuestro caso es prácticamente imposible conocer la “verdadera” intención de morir, no sólo por las propias dificultades del concepto, sino porque la información que tenemos está recogida en un entorno de crisis y emergencia, y que no ha podido ser aclarada por la persona protagonista en momentos posteriores a la crisis (no existe seguimiento posterior a los avisos). Por lo tanto, tendremos que diferenciar conductas suicidas en base a los resultados, siguiendo una distinción que establecieron De Leo y colegas en su artículo de 2006 y que aquí sí podemos establecer: la existencia o no de lesiones tras una conducta suicida ya iniciada; esto es, clasificar según el resultado, salvo que la intencionalidad de la autolesión esté clara como no orientada a la muerte.

Fig. 3. Diagrama de flujo de la conducta suicida fatal y no fatal (De Leo, 2006:13)

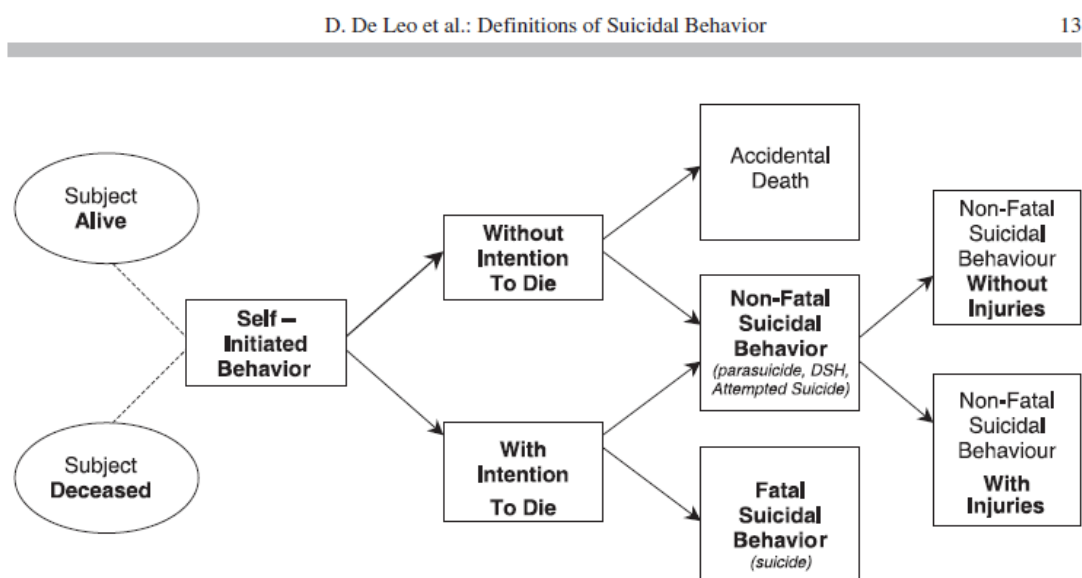


Figure 1. Flow chart of fatal and nonfatal suicidal behavior.

Así, las categorías que hemos asignado a esta variable (“tipo de conducta autolítica”), son las siguientes:

- **Ideación suicida comunicada:** sin daños ni actos concretos
 - **Tentativa sin lesiones:** ponerse en peligro, pero sin resultados lesivos
 - **Tentativa con lesiones**
 - **Tentativa con resultado de muerte:** desconociendo si realmente ha sido suicidio o accidente.
 - **Autolesiones** sin intencionalidad suicida aparente
- Acciones con intencionalidad suicida **aparente**

Accion sin intencionalidad suicida **aparente**

A efectos de interpretación de los datos que se recogen en el 112 por conductas autolíticas, y a fin de organizar las diferentes situaciones posibles, entenderemos por **conducta autolítica** toda acción de una persona orientada a hacerse daño o la comunicación de la intención de hacerlo.

Las posibilidades o categorías que se van a contemplar serán las siguientes:

- a. Ideación comunicada:** situaciones en las que se manifiesta ideación suicida, pero sin acción específica; es decir, se expresa la intención de hacerse daño, pero sin llegar a iniciarse la acción, normalmente por iniciativa propia.
- b. Tentativa sin lesión:** la persona se pone en situación de riesgo iniciando una acción concreta, pero no llega a hacerse daño. Podemos afirmar que en estas ocasiones si no se llega a más, especialmente en caso de precipitación, es porque lo impide un familiar principalmente; en otros casos porque la propia persona desiste y, en tercer lugar, porque llegan a tiempo de evitarlo los servicios de emergencia. Ejemplo: se coloca en una cornisa, puente, ventana, estación de metro, maneja pastillas (no las toma), maneja arma blanca.....
- c. Tentativa con lesión:** la persona se produce un daño (de la naturaleza que sea: ingiere pastillas, tóxicos, se lesiona con arma blanca, se cae....). Muchas veces, especialmente en los casos de ingesta de medicamentos, quien evita que la situación tenga un resultado fatal es la propia persona (pasada la crisis, llama a emergencias o lo comunica a alguien tras la ingesta) o, en segundo lugar, algún familiar que se encuentra con la situación y avisa a emergencias. Es importante indicar que, aunque no se produce la muerte en ese momento, ésta sí puede producirse con posterioridad, tras ser trasladada la persona a un centro sanitario o tiempo después como consecuencia de las lesiones producidas. Este dato se desconoce, ya que el sistema no hace seguimiento de los casos una vez realizado el rescate. Por lo tanto, desconocemos si la tentativa con lesión realmente produce la muerte o no; solo sabemos que no la produce en el momento del rescate. Dependerá de la gravedad de las lesiones producidas, información de la que tampoco se dispone.
- d. Tentativa con resultado de muerte:** es importante aclarar que en estos casos se certifica la muerte (o así aparece en los registros de emergencias), pero que se desconoce si esa muerte luego es identificada como muerte por suicidio por parte de los forenses.

A estas categorías añadimos otra:

e. Autolesión sin aparente intencionalidad de muerte: La categoría c (tentativa con lesión) puede ser reclasificada como autolesión sin intencionalidad de muerte cuando cruzamos la variable con la del método empleado (para conocer si es posible darse muerte si, por ejemplo, la persona presenta un corte en el brazo, o un golpe en la mano...) o con alguna información adicional del aviso que nos indique que no parece que el objetivo fuese darse muerte.

Esta última categoría no sería, en sí, una conducta suicida, aunque sí autolítica en el sentido mencionado previamente. Tal como indicábamos, es importante diferenciar estas conductas de las tentativas de suicidio, siempre y cuando se pueda establecer, aunque sea someramente, una cierta intencionalidad suicida o, por el contrario, tal intención no parece existir. Si no queda relativamente clara la no intencionalidad de muerte, el aviso se clasificará como tentativa (suicida) con lesión.

3. Método. Se trata de métodos utilizados (o que se pretenden utilizar y así se manifiesta) para hacerse daño, resulte de ello la muerte, una lesión o nada (por no ejecutarse la acción). En algunos casos se presenta más de un método. En tales casos se especifica el más letal.

Las categorías empleadas son las siguientes:

- Ahogamiento
- Ahorcamiento
- Arrollamiento
- Arma blanca
- Arma de fuego
- Fármacos y/ o sustancias tóxicas
- Precipitación
- Otros
- Sin identificar
- Estadio sin método (correspondiente a comunicación suicida sin mención de método)

4. Alertante. Persona que da el aviso a emergencias. Hemos contemplado los siguientes perfiles:

- La propia persona en crisis
- Familiar(es)
- Amigo/a(s)
- Viandante
- Policía
- Educador/a, trabajador/a social, profesor/a...
- Otros (otros perfiles no contemplados)
- Desconocido (se desconoce el perfil de la persona que da el aviso)

- 5. Sexo/género.** Utilizamos esta doble nomenclatura por desconocimiento de la asignación real de la persona que presenta la conducta autolítica, aunque la información obtenida es casi con total seguridad la del sexo. En este sentido solo contemplamos dos categorías: **hombre** y **mujer**.
- 6. Edad.** La edad de la persona en riesgo se recoge de forma directa en años, si bien hemos realizado las siguientes agrupaciones o categorías de grupos de edad:
- Menores de 18 años
 - De 18 a 29 años
 - de 30 a 39 años
 - de 40 a 49 años
 - de 50 a 59 años
 - de 60 a 69 años
 - de 70 y más años

En esta clasificación por edades hemos querido combinar edades con significación sociológica, pero sin hacer agregaciones con grandes diferencias de años entre sí; es decir, que no haya grupos que agreguen a población de 5 años de diferencia, por ejemplo, y otros que contengan a personas con 10 o 15 años de diferencia. La primera agrupación de menores se justifica por sí sola. La segunda (de 18 a 29 años) correspondería a una población joven, aunque mayor de edad. A partir de 30 años hasta los 70, las categorías contienen grupos de una amplitud de 10 años, evitando un fraccionamiento excesivamente fragmentador (especialmente cuando hay pocos datos y/o se combina esta variable con otras de amplias categorías también) pero favoreciendo la comparabilidad con otras estadísticas y la visibilización de categorías de edad especialmente complicadas en relación a la conducta suicida (edades intermedias y avanzadas de más de 70 años).

- 7. Lugar.** Se trata de identificar el lugar donde se produce la conducta que origina el aviso. Especial importancia tiene esta variable porque en el caso de que la situación se produzca en la vía pública nos puede dar información de posibles *hotspots*, propiciando la posibilidad de identificar y reducir de alguna manera el acceso a esos “puntos negros” dentro de la ciudad. En el caso de domicilios, nos permite visualizar sobre el mapa de Bilbao si existen zonas en las que se producen más avisos por conductas autolíticas que en otras, y, en caso de ser así, poder realizar investigaciones sobre los motivos de tal situación.

La información recogida ha sido lo más concreta posible, pero para una primera aproximación hemos utilizado unas pocas categorías amplias y significativas, entendiendo que dentro de éstas hay una identificación más exacta. Estas grandes categorías son las siguientes:

- **Vía pública:** en la mayoría de los casos se tiene la información exacta, de cara a identificar los *hotspots* en Bilbao.
- **Domicilio**
- **Centros colectivos:**
 - o Centros de acogida para personas vulnerables (mujeres, menores, etc.), pisos tutelados, centros de protección, albergues, etc. Se trata de lugares cuyo objetivo es ofrecer protección a sus residentes.
 - o Residencias de mayores. Lugares de residencia para personas dependientes.
 - o Hoteles, hostales, residencias de estudiantes. Lugares de residencia para personas no dependientes.
 - o Centros sanitarios, hospitales, etc. También lugares de cuidado de personas.
 - o Centros educativos o de estudios
- **Dependencias institucionales:** comisarías, oficinas de atención al público
- **Comercios** (bar, farmacia, centro comercial, etc.)
- **Otros** (no clasificados previamente)

8. Distrito. Esta variable está especialmente orientada a identificar zonas de mayor o menor incidencia de conductas autolíticas en Bilbao. Como referencia se utilizan las coordenadas que aparecen en los avisos de Sos Deiak y se utilizan fundamentalmente para los avisos de conductas en domicilio.

3.7. Método de análisis

Para analizar los datos hemos utilizado una metodología eminentemente **descriptiva** en base a distribución de frecuencias, dado que disponemos de pocas variables y se hace complicado establecer relaciones estadísticas entre ellas, y menos aún relaciones de causalidad. No obstante, se presentan las frecuencias en forma de relaciones bivariantes, pudiendo identificar posibles diferencias de comportamientos entre pares de variables.

De forma sistemática se han cruzado todas las variables con el sexo/género, dada la importante diferencia de género que existe ante la conducta suicida en prácticamente todas las partes del mundo.

En cuanto a la dimensión longitudinal, damos más importancia al conjunto de datos de los tres años juntos que a cada uno de ellos por separado, ya que éstos constituyen un período de tiempo demasiado corto (tres años) como para poder establecer diferencias evolutivas temporales. Consideramos que juntar los casos analizados en los tres años nos ofrece la oportunidad de aumentar el volumen de datos. Dado que es un período corto de tiempo y que en él no se han producido acontecimientos importantes (como podría haber sido el caso de la pandemia), entendemos que sumar los avisos de los tres años respeta la naturaleza de las conductas suicidas producidas en el municipio en ese período, ya que éstas no han podido ser alteradas ni por el paso del tiempo ni por acontecimientos que podrían impactar significativamente en ellas. Aun así, en las tablas de frecuencias

mantenemos los datos por años y analizamos si aparecen algunas diferencias que puedan estar apuntando a tendencias futuras.

Otra forma de análisis de la información que presenta el informe es el **mapeo** de los avisos en el municipio en mapas generales de Bilbao y mapas para cada distrito, ambos tipos diferenciando por años. El procedimiento del mapeo se produjo mediante la incorporación de las coordenadas de aquellos avisos que correspondían exclusivamente a domicilio a fin de visualizar si hay zonas donde se producen más avisos que en otras. Dado que hay distritos más poblados que otros, también se extrajo la tasa de avisos por cada 100.000 habitantes de cada distrito a fin de realizar una comparación no solo “visual” sino también más ajustada a cada tamaño de población. En el caso de los centros colectivos (p. e. residencias), instalaciones públicas (p. e. comisarías) o vía pública, la importancia la adquiere el hecho de constituir “puntos negros”, pero no sirven para indicar si hay áreas de la ciudad cuyos habitantes puedan presentar mayores o menores conductas autolíticas. Por lo tanto, estos lugares se mencionan como variables, pero no se mapean.

4. Incidencias de conductas autolíticas en Bilbao, 2022-2024

4.1. Incidencias y su distribución en el tiempo

A menudo suele pensarse que hay estaciones del año en las que puede ser más propicio presentar conductas suicidas como resultado de procesos depresivos (invierno), o de afrontamiento de un nuevo año o curso (enero, septiembre), e incluso que el hecho de estar de vacaciones (verano) puede incidir en un sentimiento de soledad mayor que estando activo/a e incluso la convivencia en familia de forma más intensa, si ésta es disfuncional, también puede inducir a conductas autolíticas.

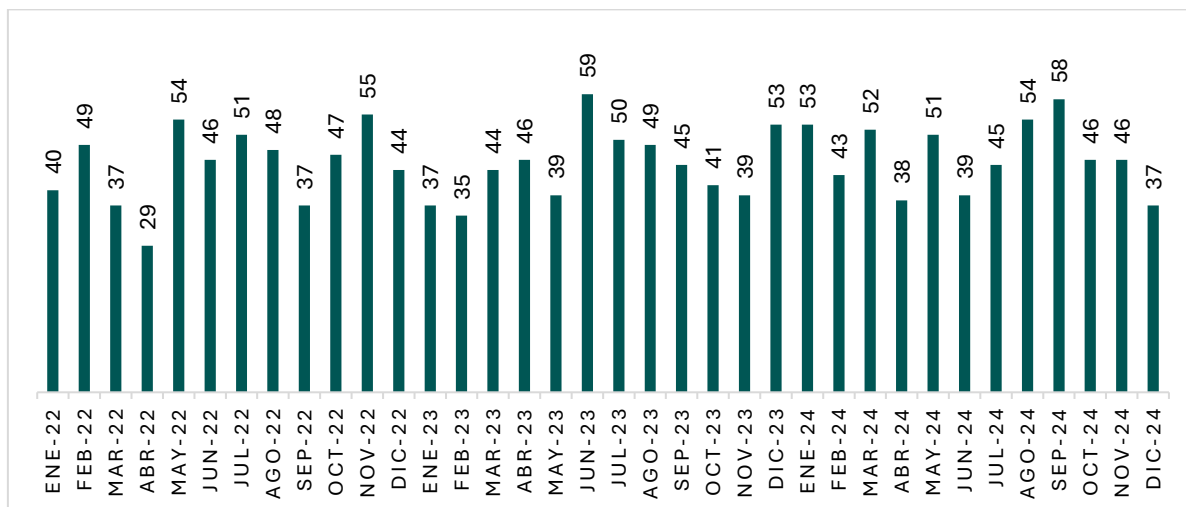
Para ver si los avisos ICA en Bilbao reproducen algún tipo de pauta estacional, los hemos analizado por meses.

Tabla 2. Incidencias ICA en Bilbao por meses y años. 2022-2024

Meses	2022		2023		2024		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enero	40	7,4	37	6,9	53	9,4	130	7,9
Febrero	49	9,1	35	6,5	43	7,7	127	7,8
Marzo	37	6,9	44	8,2	52	9,3	133	8,1
Abril	29	5,4	46	8,6	38	6,8	113	6,9
Mayo	54	10,1	39	7,3	51	9,1	144	8,8
Junio	46	8,6	59	11,0	39	6,9	144	8,8
Julio	51	9,5	50	9,3	45	8,0	146	8,9
Agosto	48	8,9	49	9,1	54	9,6	151	9,2
Septiembre	37	6,9	45	8,4	58	10,3	140	8,6
Octubre	47	8,8	41	7,6	46	8,2	134	8,2
Noviembre	55	10,2	39	7,3	46	8,2	140	8,6
Diciembre	44	8,2	53	9,9	37	6,6	134	8,2
Total general	537	100,0	537	100,0	562	100,0	1636	100,0

Ya en la distribución de datos puede verse que existen picos de avisos en ciertos meses de diferentes años sin seguir una pauta clara: mayo del 22, diciembre del 22, junio del 23, septiembre del 24... Es decir, se producen avisos más numerosos en meses tanto de invierno como de verano; al igual que en el caso contrario: menos avisos en abril del 22, en febrero del 23 o en diciembre del 24; hasta el punto de que en el conjunto del período los avisos se distribuyen casi por igual (en similar porcentaje) a lo largo de los meses del año, neutralizándose las diferencias percibidas de forma singular en los tres años analizados. En el gráfico siguiente se percibe mejor la falta de pauta estacional.

Gráfico 1. Evolución del número de avisos ICA por meses y años. Bilbao, 2022-2024



Como comentamos, los avisos fluctúan a lo largo del tiempo en estos tres años, pero no reproducen ninguna pauta estacional; es decir, hay elevado volumen de avisos en todo tipo de estaciones: primavera (mayo 22, marzo 24) verano (julio 22, junio 23, agosto 24) otoño (noviembre 22, septiembre 24) e invierno (diciembre 23 y enero 24). Lo mismo ocurre con los meses de menores avisos: los hay en todas las estaciones. Existen fluctuaciones, sin duda, pero más bien pueden responder a causas azarosas que a otras cuestiones estacionales.

Gráfico 2. Evolución del número de avisos ICA por estaciones del año. Bilbao, 2022-2024



4.2. Incidencias por sexo/género y años

Tal como hemos señalado anteriormente (véase tabla 1), el sistema registró 2.187 avisos de incidencias autolíticas para el municipio de Bilbao entre 2022 y 2024. Tras un análisis riguroso de los datos (descartando avisos confusos, sin información, repetidos, no ICA o no pertenecientes a Bilbao), el total de avisos se redujo a **1.636**.

De ellos, se recogió información en relación a las 8 variables mencionadas y definidas en el apartado metodológico: fecha (año), sexo, edad, tipo de conducta, método, alertante, lugar del suceso y distrito. No obstante, no para todos los avisos existe información de todas las variables, por lo que los totales variarán en función de cada variable.

Por ejemplo, en 27 de los avisos analizados no constaba el sexo de la persona en crisis, por lo que en relación al sexo tenemos solo 1.609 avisos analizados, tal como aparece en la tabla 3.

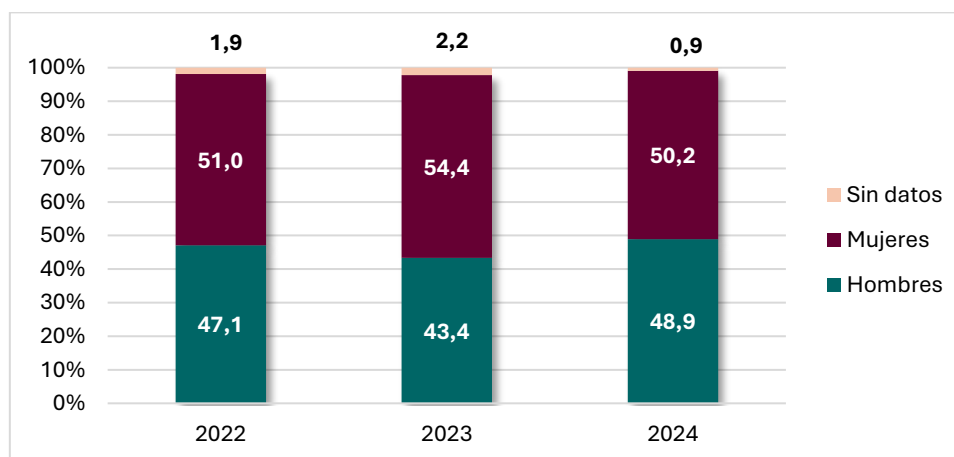
*Tabla 3. Avisos ICA, por sexo de la persona con conducta autolítica.
Bilbao, 2022-2024*

	2022	2023	2024	Total período	
				n	%
Hombre	253	233	275	761	46,5
Mujer	274	292	282	848	51,8
(en blanco)	10	12	5	27	1,7
Total general	537	537	562	1636	100,0

Como puede apreciarse, el número de avisos no ha variado mucho a lo largo de los tres años analizados, si bien 2024 registra un volumen más importante que los dos años anteriores. Con todo, y conociendo que la conducta suicida presenta fluctuaciones importantes entre un año y otro, habría que observar un mayor recorrido temporal para poder establecer una tendencia ascendente o descendente en el tiempo.

En cuanto al sexo de los protagonistas de los avisos analizados, vemos que hay más mujeres que hombres, si bien las diferencias no son muy elevadas en ninguno de los años seleccionados.

Gráfico 3. Composición por sexos de los avisos analizados. Bilbao, 2022-2024 (%)



Según estos datos, **apenas hay diferencias por sexos en los registros de conductas autolíticas en el 112**, lo que contrasta con la idea general de que los hombres, en principio, piden menos ayuda que las mujeres en casos de conductas suicidas. Veremos si las diferencias se presentan en relación con el resto de las variables analizadas (edad, tipo de conducta, alertante...).

4.3. Incidencias por edad

4.3.1. Datos generales

A la hora de describir la situación de los avisos analizados por la edad de las personas de referencia (aquellas que presentan las conductas autolíticas), debemos tener en cuenta que esta información no queda registrada en todos los casos. Sólo en 1.221 avisos de los 1.636 analizados aparecía el dato de la edad. Así pues, debemos tener en cuenta que la imagen de los avisos por edad no está completa, por lo que no podremos llegar a conclusiones definitivas, sino a una fotografía borrosa o parcial de la realidad.

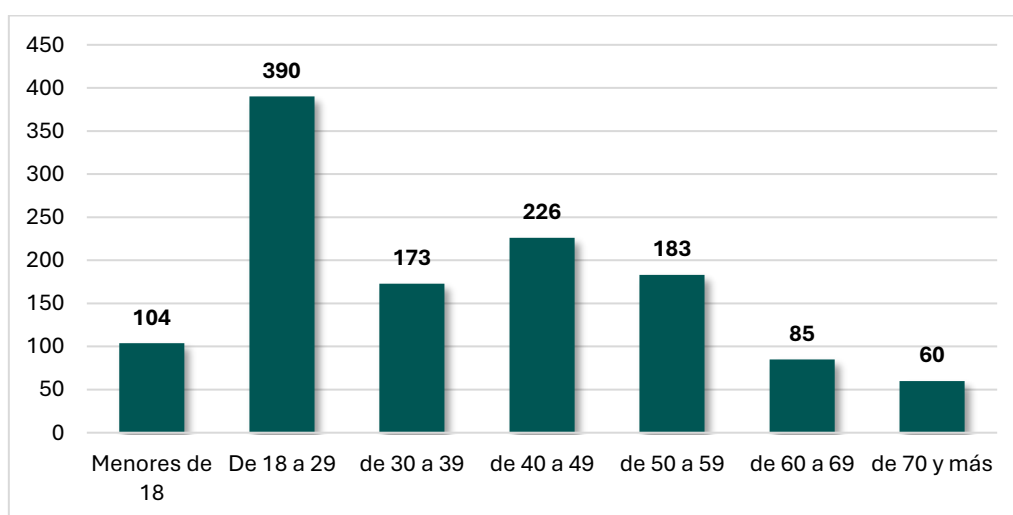
Con esto en mente, describimos los avisos en función de la edad de los protagonistas. Como dato a tener en cuenta, cabe señalar que el rango de edades de las personas a las que se refieren los avisos va desde los 9 años (una persona) hasta los 99 (una persona).

En su conjunto, de las 1.221 incidencias con información de la edad, la mayor parte corresponde a personas jóvenes, de entre 18 y 29 años (un 32% del total de avisos con información). La falta de datos de 415 incidencias es lo suficientemente importante (numéricamente hablando) como para **no poder llegar a dibujar una imagen suficientemente clara de la situación**. Desconocemos si estos 415 avisos se repartirían por igual entre los diferentes grupos de edad, o si, por el contrario, pertenecen en su mayoría a un grupo de edad concreto, lo que cambiaría ostensiblemente la imagen proyectada en este gráfico (gráfico 4).

Tabla 4. Avisos ICA por grupos de edad de las personas con conducta autolítica. Total y por años. Bilbao 2022-2024

Edad	2022	2023	2024	Total período	
				Nº	%
Menores de 18	36	38	30	104	8,5
De 18 a 29	140	121	129	390	31,9
de 30 a 39	53	59	61	173	14,2
de 40 a 49	54	77	95	226	18,5
de 50 a 59	58	51	74	183	15,0
de 60 a 69	32	25	28	85	7,0
de 70 y más	21	16	23	60	4,9
Total con información de edad	394	387	440	1221	100,0

Gráfico 4. Incidencias ICA analizadas entre 2022y 2024 en Bilbao, por grupos de edad de las personas con conducta autolítica (n=1221)

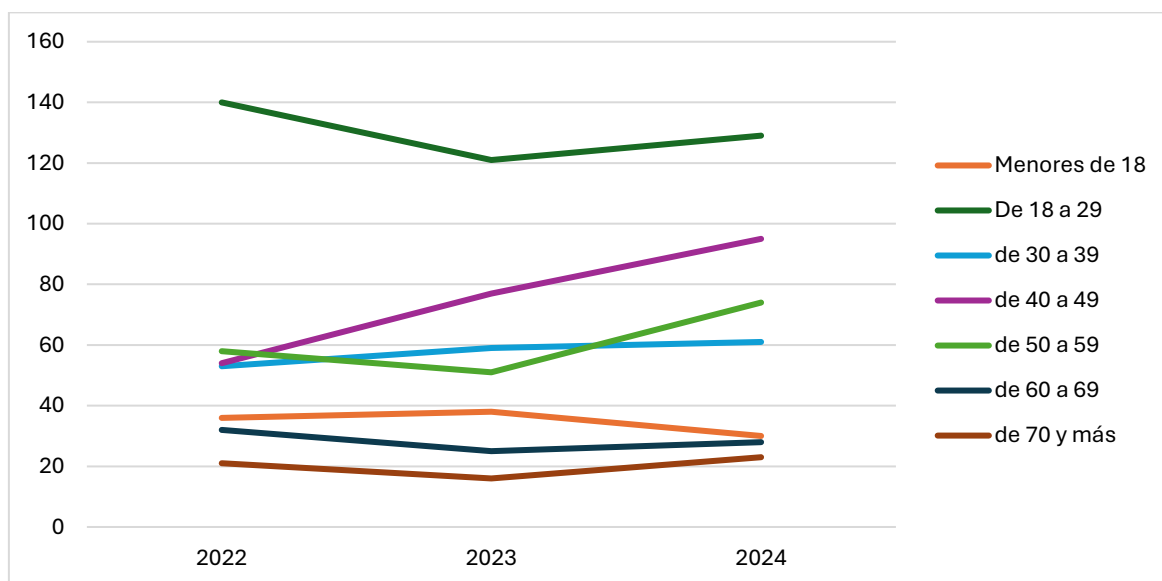


Desde aquí ya vemos la necesidad de mejorar la información básica recogida en los servicios de emergencia, aun sabiendo que la prioridad es ganar tiempo y no siempre será posible recoger estos datos básicos en una llamada de emergencias. No obstante, hay que tenerlo en consideración por si pudiera completarse la información a posteriori de alguna manera.

4.3.2. Cambios percibidos

Dicho lo anterior, y con todas las cautelas que ya hemos mencionado, sí podemos observar algunos cambios que parece que pueden producirse en el tiempo, a la espera de confirmar si tales cambios en este breve espacio de tiempo y con la información actual incompleta, se confirman como tendencias en años venideros.

Gráfico 5. Incidencias por grupos de edad y años. Bilbao, 2022, 2023 y 2024



Además de constatar que el mayor volumen de incidencias corresponde al grupo de jóvenes de entre 18 y 29 años (con las reservas de la falta de información de 415 incidencias respecto a la edad), y de que todos los grupos de edad (excepto los menores de 18 años) experimentan un aumento de incidencias en 2024, podemos observar que hay dos grupos cuyo aumento es mucho más importante que el del resto de grupos: el de las personas de entre 40 y 49 años y el de las de 50 y 59 años. El resto, aunque aumentan en 2024, lo hacen en mucha menor medida.

Habrà que atender a si estas tendencias se consolidan o solo se corresponden con las fluctuaciones que son habituales en las conductas suicidas de un año a otro.

4.3.3. Incidencias por sexo/género y edad

Tabla 5. Composición por sexo/género de los avisos analizados para cada grupo de edad. Bilbao, 2022-2024

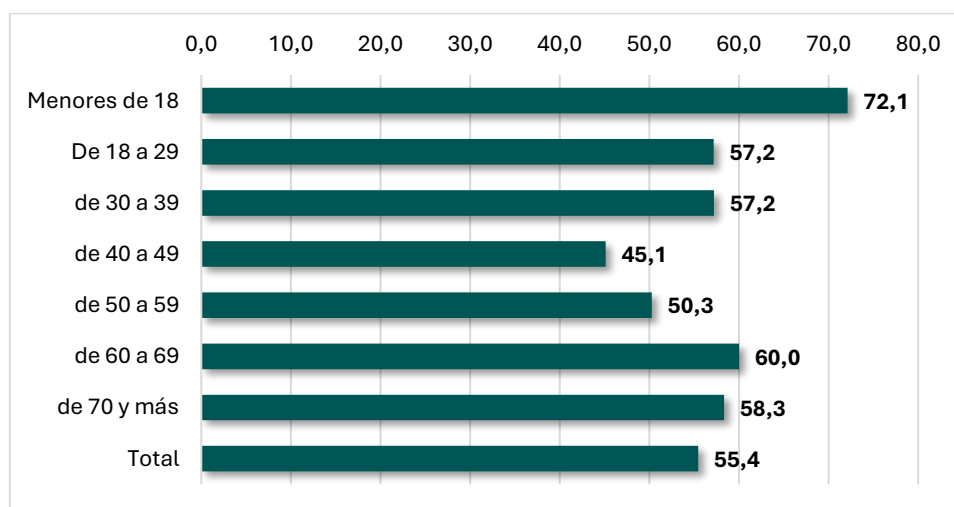
Edad	Hombres	Mujeres	Total período	% mujeres
Menores de 18	29	75	104	72,1
De 18 a 29	167	223	390	57,2
de 30 a 39	74	99	173	57,2
de 40 a 49	124	102	226	45,1
de 50 a 59	91	92	183	50,3
de 60 a 69	34	51	85	60,0
de 70 y más	25	35	60	58,3
Total	544	677	1221	55,4

En los casos de los avisos en los que hay información sobre la edad de las personas afectadas, podemos conocer la composición de hombres y mujeres de cada uno de los grupos de los que hay información. Reiteramos, no obstante, que hay 415 incidencias de las que no hay información de la edad, por lo que no podemos determinar cómo se distribuyen por grupos de edad los hombres de los que no aparece el dato de la edad ni cómo se distribuyen las mujeres en las que tampoco aparece ese dato. Lo que sí sabemos es que **hay más hombres a los que le falta el dato de la edad que mujeres:**

Total de avisos analizados.....	1.636
Hombres.....	761
Mujeres.....	848
Sin información de género.....	27
 Total de avisos con información de la edad..	 1.221
Hombres.....	544
Mujeres.....	677
 Falta de información de la edad.....	 415
Hombres.....	217
Mujeres.....	171
Sin información de género.....	27

Visto lo anterior, constatamos que hay 217 hombres de los que desconocemos la edad y, por lo tanto, no aparecen en la tabla 4, mientras que en el caso de las mujeres son 171 las que no estarían representadas en la tabla. Es decir, en la tabla 5 hay una sobrerrepresentación de mujeres con respecto a hombres atendidos realmente por avisos ICA. La diferencia no es mucha, pero sí lo suficiente para alterar algunas cifras.

*Gráfico 6. Proporción de mujeres en los avisos ICA según grupos de edad.
Bibao, 2022-2024 (%)*



De los datos podemos extraer algunas conclusiones (provisionales, por lo que acabamos de comentar):

- En el caso de **adolescentes** hay un **predominio absoluto de mujeres** atendidas por avisos ICA en Bilbao. Con la prudencia de lo mencionado anteriormente, lo cierto es que este predominio no se vería afectado por la falta de información de la edad de algunos hombres y mujeres. El predominio parece acreditado, y estaría en torno al 70-75% de los casos de adolescentes serían mujeres.
- En las **edades intermedias** (con claridad en el grupo de entre 40 y 49 años y previsiblemente en el de entre 50 y 59 años) hay **más incidencias de hombres** que de mujeres. Casualmente este grupo de edad y sexo es el que experimenta el mayor incremento de avisos en 2024.
- En el resto de grupos, de edades más jóvenes y mayores, aparece un ligero predominio de mujeres, aunque la ausencia de más varones que mujeres en las agrupaciones por edad podría estar influyendo en este ligero predominio de mujeres. Al menos en algún grupo de edad concreto.

En el siguiente apartado analizaremos el tipo de conductas autolíticas que presentan las personas según los diferentes grupos de edad, así como según otras variables analizadas.

4.4. Tipos de conductas autolíticas

4.4.1. Datos generales

Los avisos por conducta autolíticas recibidos en Bilbao son, en su gran mayoría, situaciones en las que una persona comunica su idea de autolesionarse o de producirse la muerte, pero sin llegar a realizar ningún acto en este sentido. Normalmente esta falta de paso al acto es por iniciativa propia, si bien los motivos no podemos conocerlos. Simplemente se puede decir, a efectos descriptivos cuantificables, que la mayoría de los avisos analizados (45%) se refieren a **ideaciones comunicadas** sin ejecutar. Con la precaución del corto período de tiempo manejado, vemos que este tipo de conductas ganan peso a lo largo del tiempo en el conjunto de avisos por ICA en Bilbao, constituyendo el 39,9% de los avisos de 2022, el 43,4% en 2023 y el 52,3% en 2024.

En segunda posición por volumen se encuentran las **tentativas con lesión** (30%): 496 avisos estuvieron referidos a situaciones en las que la persona había realizado un acto con un resultado lesivo, no sabiendo el motivo de no alcanzar un desenlace fatal. Un análisis pormenorizado de cada caso, a través de la narración recogida por los servicios telefónicos de emergencias, podría ofrecernos más información, si bien hemos constatado que la información recogida en cada caso es muy desigual, por lo que es difícil sacar conclusiones con una mínima base empírica.

Gráfico 7. Tipos de conductas autolíticas registradas en Bilbao, período 2022-2024

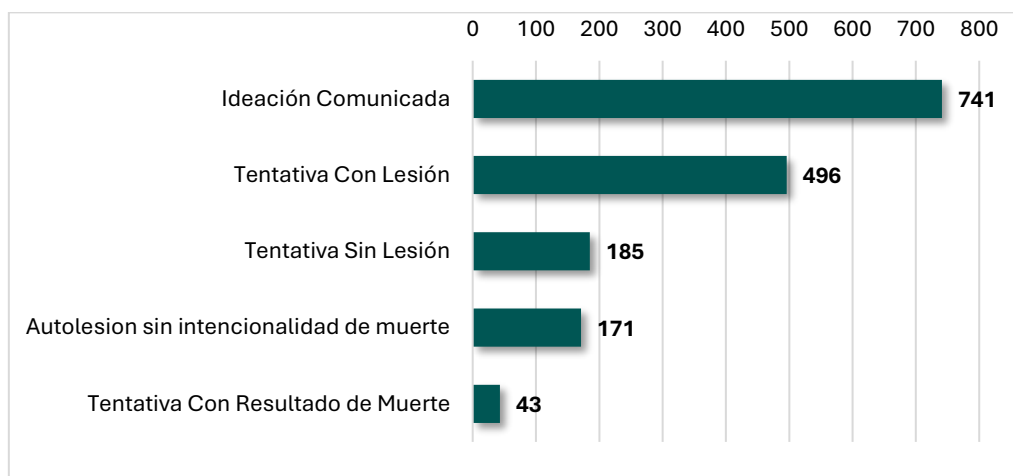


Tabla 6. Avisos ICA por tipos de conducta y año. Bilbao, 2022-2024.

Tipos de conducta	2022		2023		2024		Total período	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Ideación comunicada	214	39,9	233	43,4	294	52,3	741	45,3
Tentativa sin lesión	78	14,5	65	12,1	42	7,5	185	11,3
Tentativa con lesión	166	30,9	165	30,7	165	29,4	496	30,3
Tentativa con resultado de muerte	18	3,4	14	2,6	11	2,0	43	2,6
Autolesión sin intencionalidad de muerte	61	11,4	60	11,2	50	8,9	171	10,5
Total general	537	100,0	537	100,0	562	100,0	1636	100,0

La proporción de tentativas con lesión apenas varía en los tres años analizados, situándose en torno al 30% de los avisos anuales.

Las **tentativas sin lesión** y las **autolesiones sin intencionalidad de muerte** ocupan el tercer lugar, con un 10-11% de los avisos cada una, descendiendo la proporción de ambas conductas en 2024 con respecto a los años anteriores.

Por último se encuentran las tentativas con resultado de **muerte**, las cuales suponen un 2,6% del total de los avisos analizados. Tanto en número como en proporción disminuyen en este lapso de tiempo. Habría que ver si esta tendencia a la disminución de muertes por suicidio que llegan al 112 se confirma como tendencia a medio o largo plazo.

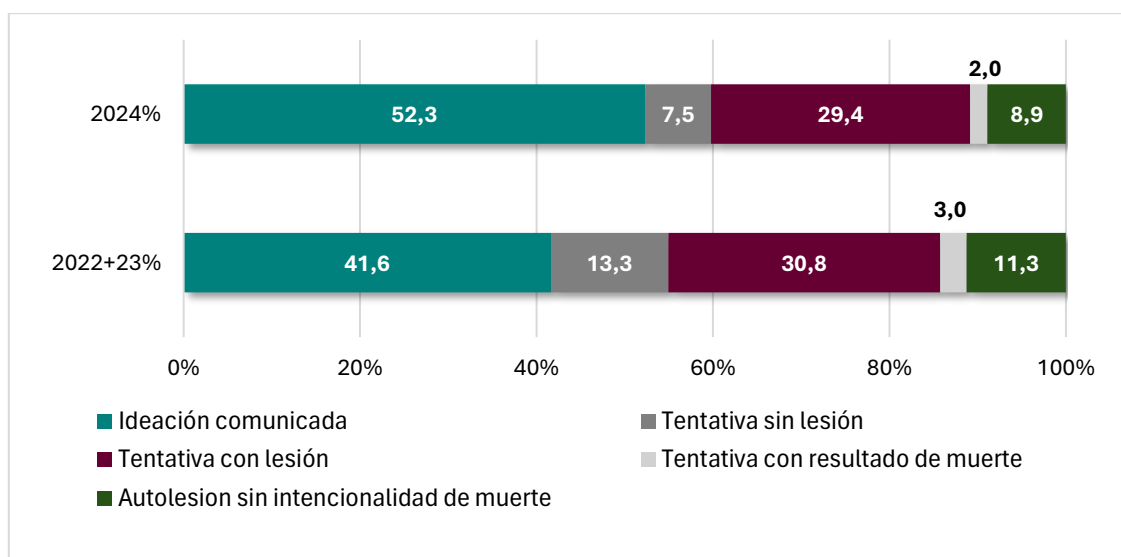
4.4.2. Cambios percibidos

Dicho todo lo anterior, deberíamos prestar atención a la evolución de la conducta suicida en un futuro inmediato, ya que **2024 presenta algunas diferencias con respecto a los dos años anteriores** (muy similares entre sí en volumen y características de las conductas suicidas):

- mayor número de avisos registrados;
- aumento considerable de las ideaciones comunicadas sin pasar al acto (en número y proporción);
- disminución de la proporción de las tentativas con lesión (aunque se mantiene el número);
- disminución considerable de las tentativas sin lesión (en número y proporción);
- disminución de autolesiones sin intencionalidad suicida (en número y proporción);
- disminución de las muertes (aunque en este caso las cifras son pequeñas como para poder considerar cambios o tendencias).

En suma, si tomamos por un lado los años 2022 y 2023 (muy similares entre sí) y por otro el 2024, podemos apreciar diferencias (gráfico 8). Si bien no son concluyentes como para sustentar un cambio de tendencia, sí que plantean esa posibilidad: aumento de las ideaciones sin paso al acto y disminución de las tentativas, de las autolesiones y de las muertes por suicidio.

Gráfico 8. Composición de las conductas suicidas por tipos.
Bilbao, 2022 y 2023, y 2024 (%)



4.4.3. Conductas por sexo/género

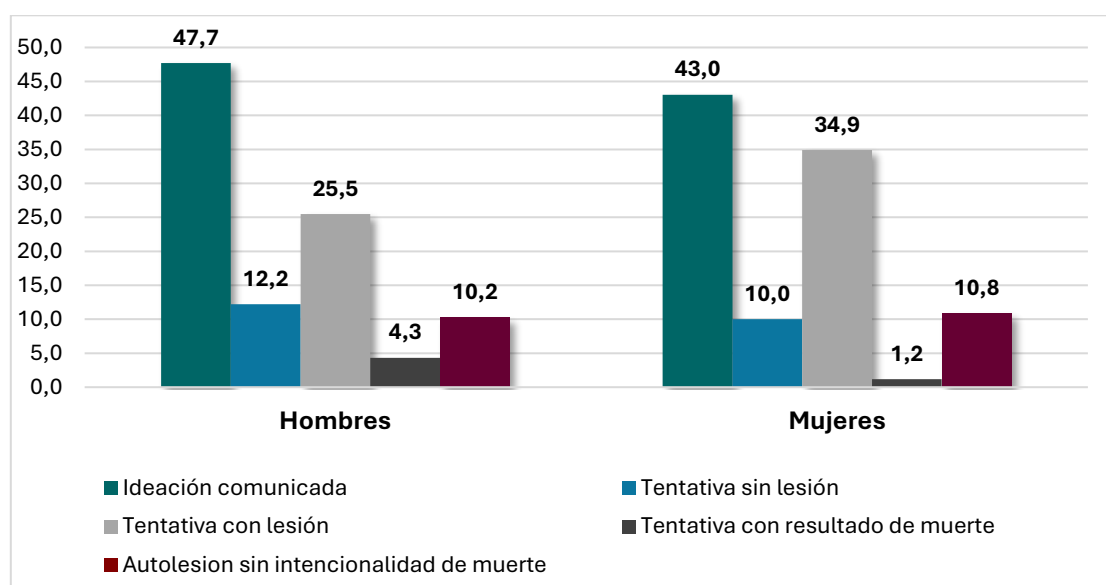
En la tabla 7 y gráfico 9 se presenta la distribución de los tipos de conducta suicida que presentan hombres y mujeres de entre los avisos analizados, pudiendo observar **ciertas diferencias entre géneros**.

Tabla 7. Tipos de conducta suicida por sexo/género. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Tipos de conductas	Hombre		Mujer		Total general *	
	nº	%	nº	%	nº	%
Ideación comunicada	363	47,7	365	43,0	741	45,3
Tentativa sin lesión	93	12,2	85	10,0	185	11,3
Tentativa con lesión	194	25,5	296	34,9	496	30,3
Tentativa con resultado de muerte	33	4,3	10	1,2	43	2,6
Autolesión sin intencionalidad de muerte	78	10,2	92	10,8	171	10,5
Total general	761	100,0	848	100,0	1636	100,0

(*) Incluye los 27 casos en los que no se especifica el sexo/género de la persona en crisis, por eso el total supera la suma de hombres y mujeres de la tabla.

Gráfico 9. Distribución porcentual de los tipos de conducta suicida en hombres y mujeres. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



En ambos casos el patrón es prácticamente el mismo, pero no de igual intensidad. Hay un predominio de la ideación comunicada sin llegar al acto, seguido de las tentativas con lesiones, tentativas sin lesiones, autolesiones no suicidas y, por último, las tentativas con resultado de muerte. Sin embargo, la intensidad del patrón no es la misma, pudiendo

afirmar que, **si bien el volumen de avisos ICA de hombres y mujeres es similar, ambos grupos presentan un patrón de conductas ligeramente diferente.**

Según estos datos, los **hombres** sobre los que se ha alertado en los avisos analizados **presentan una mayor proporción de conductas sin consecuencias lesivas (excepto en el caso de muerte)**: comunicación de la intención de suicidarse y tentativa sin lesión. Las **mujeres**, sin embargo, **presentan más tentativas con lesiones que los hombres, aunque las muertes están más presentes en hombres**. En el caso de las autolesiones sin intención suicida, ambos géneros presentan una proporción similar de casos.

Estos datos, en principio, parecen cuestionar la idea de que los hombres no piden ayuda, que sus tentativas son de menor rescatabilidad o que utilizan métodos más letales para producirse la muerte con mayor seguridad. Todo ello a la espera de conocer quiénes son las personas que avisan a emergencias, si los propios protagonistas o terceras personas (por si son ellos mismos quienes avisan a emergencias o son terceras personas).

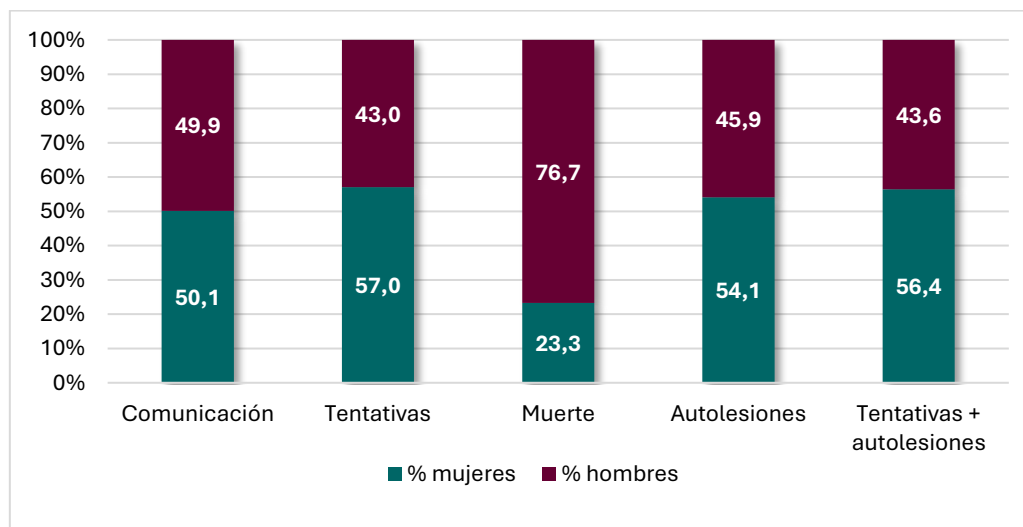
Es verdad que entre las personas que mueren hay más hombres que mujeres, y en las proporciones que habitualmente se manejan: tres de cada cuatro muertes por suicidio son de hombres. También en este caso. Lo que no se constata es que de cada cuatro tentativas de suicidio, tres sean de mujeres. Al menos entre nuestros datos. Colocando la información de otra manera lo podemos comprobar mejor.

Tabla 8. Distribución por sexo/género de las diferentes conductas autolíticas de los avisos ICA de Bilbao. 2022-2024

Tipos de conductas	Total	Hombres	Mujeres	% mujeres
Comunicación suicida	728	363	365	50,1
Tentativas con o sin lesiones	668	287	381	57,0
Muerte	43	33	10	23,3
Autolesiones sin intención de muerte	170	78	92	54,1
Tentativas+autolesiones	838	365	473	56,4

En el caso de suicidios consumados, se observa que apenas 1 de cada 4 casos son mujeres; en las comunicaciones suicidas hay tantos hombres como mujeres, y **en las tentativas (con o sin lesión) hay más mujeres que hombres, pero no en las proporciones que se suelen manejar** (de cada 4 tentativas 3 son de mujeres, es decir: un 75% aproximadamente), sino que no llegan al 60%. Y tampoco superan esta proporción los casos de autolesiones sin intencionalidad suicida. Tomando todas las incidencias de tentativas y autolesiones, tampoco se llega al 60% de casos femeninos; apenas poco más de la mitad de los casos.

Gráfico 10. Proporción de hombres y mujeres presentes en los diferentes tipos de conductas autolíticas. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Así pues, los datos de incidencias por conductas autolíticas, en forma de **tentativas y/o autolesiones**, refrendan la idea de que **hay más mujeres que hombres que presentan estas conductas, pero no** que esa superioridad llegue a las **proporciones de 3 a 1**, como habitualmente se transmite.

Por su parte, los datos sí refrendan que en el caso de las **muerres por suicidio los hombres protagonizan en torno al 75% de los casos**, tal y como las cifras oficiales constatan continuamente.

Hay que matizar que estos resultados se ubican en el contexto de los avisos recibidos en Sos Deiak relativos a Bilbao, lo que no excluye que se hayan producido otras (más) conductas autolíticas en Bilbao que no hayan sido registradas por emergencias.

En todo caso, retomando la distribución de conductas autolíticas que presentan los hombres y las mujeres, y asumiendo que las proporciones de las diferentes conductas son distintas en ambos grupos (en especial en lo que se refiere a la muerte por suicidio- más hombres), lo cierto es que estas diferencias **no plantean patrones conductuales frente al suicidio radicalmente distintos. Hay diferencias de grado (importantes) pero no de patrón general.**

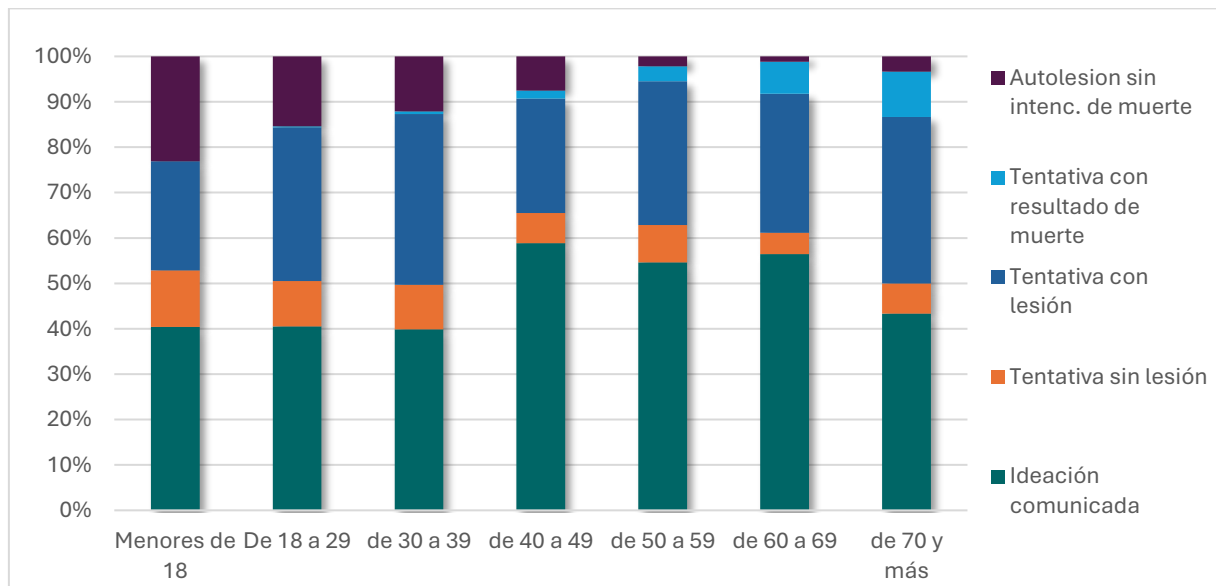
4.4.4. Conductas por edad

Tomando en consideración solo los 1.221 avisos en los que se conoce la edad de las personas con conducta autolítica, podemos apreciar que no todos los grupos de edad presentan los mismos tipos. Siempre tomando las cautelas que impone la ausencia de información de la edad en 415 de los avisos analizados.

Tabla 9. Tipos de conductas autolíticas presentes en los diferentes grupos de edad.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

		Ideación comunicada	Tentativa sin lesión	Tentativa con lesión	Tentativa con resultado de muerte	Autolesión sin intenc. de muerte	Total general
Menos de 18 años	nº	42	13	25	0	24	104
	%	40,4	12,5	24,0	0,0	23,1	100,0
De 18 a 29	nº	158	39	132	1	60	390
	%	40,5	10,0	33,8	0,3	15,4	100,0
De 30 a 39	nº	69	17	65	1	21	173
	%	39,9	9,8	37,6	0,6	12,1	100,0
De 40 a 49	nº	133	15	57	4	17	226
	%	58,8	6,6	25,2	1,8	7,5	100,0
De 50 a 59	nº	100	15	58	6	4	183
	%	54,6	8,2	31,7	3,3	2,2	100,0
De 60 a 69	nº	48	4	26	6	1	85
	%	56,5	4,7	30,6	7,1	1,2	100,0
De 70 y más	nº	26	4	22	6	2	60
	%	43,3	6,7	36,7	10,0	3,3	100,0
Total	nº	576	107	385	24	129	1221
	%	47,2	8,8	31,5	2,0	10,6	100,0

Gráfico 11. Distribución de los tipos de conductas autolíticas para cada grupo de edad.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



- La ideación comunicada es la categoría más amplia en todos los grupos de edad, pero en las edades intermedias (de 40 a 69 años) este predominio es mayor que en edades más jóvenes y más avanzadas. En estos casos la ideación comunicada supera el 50% de los avisos recibidos en los que están involucradas personas de estas edades.
- En segundo lugar, se encuentra la tentativa con lesión. Esta conducta es seguida por entre el 25 y el 35% de las personas del conjunto de los avisos en los que hay

información de la edad. Sin embargo, tampoco en este caso la incidencia es la misma en todas las edades, destacando los menores de 18 años y las personas de entre 40 y 49 años; grupos en los que esta conducta solo ocupa el 25% de los avisos, mientras que en el resto supera el 30%.

- Las tentativas sin lesión suponen en torno al 10% de los avisos de las personas de hasta 40 años. A partir de esa edad este tipo de conducta se reduce bastante.
- Las otras dos conductas registradas, lesiones sin intención de muerte y tentativa con resultado de muerte, cambian radicalmente en función de la edad. La autolesión sin intencionalidad de muerte es una conducta importante entre los más jóvenes (un 23% entre menores de 18 años, superando con creces a las tentativas sin lesión en ese grupo), reduciéndose paulatinamente su impacto a medida que se avanza en edad. Esto confirma que las autolesiones sin intencionalidad suicida (ANS; autolesiones No Suicidas) son más propias de la juventud que de otras etapas de la vida.
- Por el contrario, el suicidio consumado o tentativa con resultado de muerte, aun siendo la categoría menos importante en número en el conjunto de los avisos analizados, podemos ver como aumenta progresivamente conforme se avanza en edad, especialmente visible a partir de los 40 años, llegando a suponer el 10% de los avisos de personas de 70 y más años de edad.

Según lo que estos datos nos indican:

- Los **menores de 18 años** presentan unas conductas autolíticas variadas y repartidas, siendo **el grupo que presenta más autolesiones no suicidas y ninguna muerte**.
- Las personas **de 18 a 39 años** presentan una conducta muy similar entre sí, en la que domina tanto la **ideación comunicada** como la **tentativa con lesión**.
- Las personas **de 40 a 69 años** también presentan conductas suicidas similares entre sí, aunque con alguna singularidad. En estas edades la conducta mayoritaria es la **ideación comunicada** (más del 50% de los avisos), seguida de la tentativa con lesión. El impacto de la tentativa con lesión se reduce un poco con respecto a edades anteriores, pero **aumentan significativamente las muertes; más según avanza la edad**. Por su parte, las **autolesiones no suicidas** quedan muy reducidas; más reducidas también según avanza la edad.
- Las personas **mayores de 70 años** son las que **presentan más daños**: el 47% de los avisos de este tipo de personas son de tentativas con lesiones o con resultado de muerte.

4.4.5. Conductas por sexo/género y edad

Comprobamos que parece que hay diferencia en tipos de conductas suicidas por grupos de edad y también por sexo/género. Trataremos de combinar ambas variables y describir las conductas por sexo y edad a la vez, evitando, en la medida de lo posible, una excesiva fragmentación de los grupos. Para ello se requiere reducir el número de categorías de las variables *edad* y *tipo de conducta*.

En relación a la *edad* hemos visto que algunos de los grupos de edad presentan bastantes semejanzas, por lo que podemos agruparlos entre sí. Así, la variable puede quedarnos organizada en cuatro grupos: menores de 18 años; de 18 a 39 años; de 40 a 69 años y de 70 y más años.

En cuanto al *tipo de conducta* podemos agrupar las tentativas con o sin lesión, entendiendo que son acciones orientadas a la muerte, pero sin haber llegado a un resultado fatal, bien porque se ha llegado a tiempo o porque la persona ha desistido. Las tentativas orientadas a la muerte (al menos aparentemente) se diferencian, como ya hemos comentado en varias ocasiones, de las autolesiones no suicidas (ANS) o sin intencionalidad de muerte (precisamente por la intencionalidad de la lesión) y de las ideaciones comunicadas, en las que no se llega a actuar. También conviene diferenciarlas de las tentativas con resultado de muerte, aunque realmente todas constituyen intentos de darse muerte si bien con diferente resultado. La separación la hacemos con fines de comparabilidad y porque de alguna manera la tentativa ha sido ejecutada de forma más letal o en menos tiempo, impidiendo la rescatabilidad. Así, la variable quedaría con cuatro categorías: autolesión no suicida (ANS), ideación, tentativa y muerte.

Por último, cabe mencionar, en relación al *sexo/género*, que hay diferencias en la representatividad de ambos grupos si contamos sus edades. Y es que, como explicamos en un apartado anterior, hay 415 avisos de los que no se conoce la edad de la persona en crisis. Y esos casos no se reparten por igual entre géneros¹².

Es decir, para el cruce del sexo y edad contamos con 217 hombres menos de los totales (se desconoce su edad) y con 171 mujeres menos (de las que también se desconoce su edad) Esto altera el equilibrio de la muestra analizada. No es una diferencia sustancial, pero hay que tenerla en cuenta.

¹² Véanse los datos en el apartado 4.2.3, págs. 37-38

Tabla 10. Distribución de avisos ICA por tipos de conducta, sexo/género y edad.
Bilbao, 2022-2024

MUJERES		Autolesión no suicida	Ideación comunicada	Tentativa con o sin lesión	Tentativa con resultado de muerte	Total
Menos de 18	nº	20	29	26	0	75
	%	26,7	38,7	34,7	0,0	100
18-39	nº	42	118	161	1	322
	%	13,0	36,6	50,0	0,3	100
40-69	nº	13	137	92	3	245
	%	5,3	55,9	37,6	1,2	100
70 y más	nº	1	19	15	0	35
	%	2,9	54,3	42,9	0,0	100
Total M	nº	76	303	294	4	677
	%	11,2	44,8	43,4	0,6	100
HOMBRES						
Menos de 18	nº	4	13	12	0	29
	%	13,8	44,8	41,4	0,0	100
18-39	nº	39	109	92	1	241
	%	16,2	45,2	38,2	0,4	100
40-69	nº	9	144	83	13	249
	%	3,6	57,8	33,3	5,2	100
70 y más	nº	1	7	11	6	25
	%	4,0	28,0	44,0	24,0	100
Total H	nº	53	273	198	20	544
	%	9,7	50,2	36,4	3,7	100

Gráfico 12. Distribución de avisos ICA por tipos de conducta según grupos de edad.
Bilbao, 2022-2024. **MUJERES (%)**

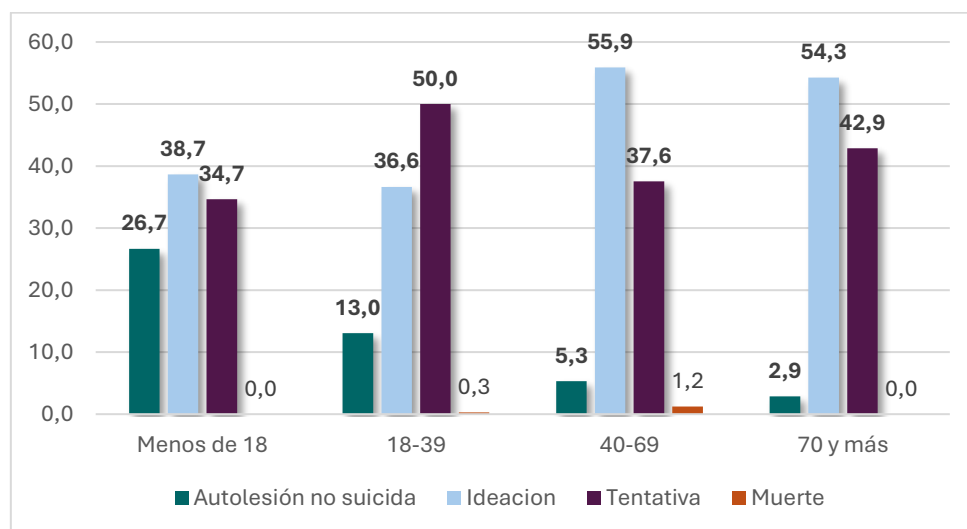
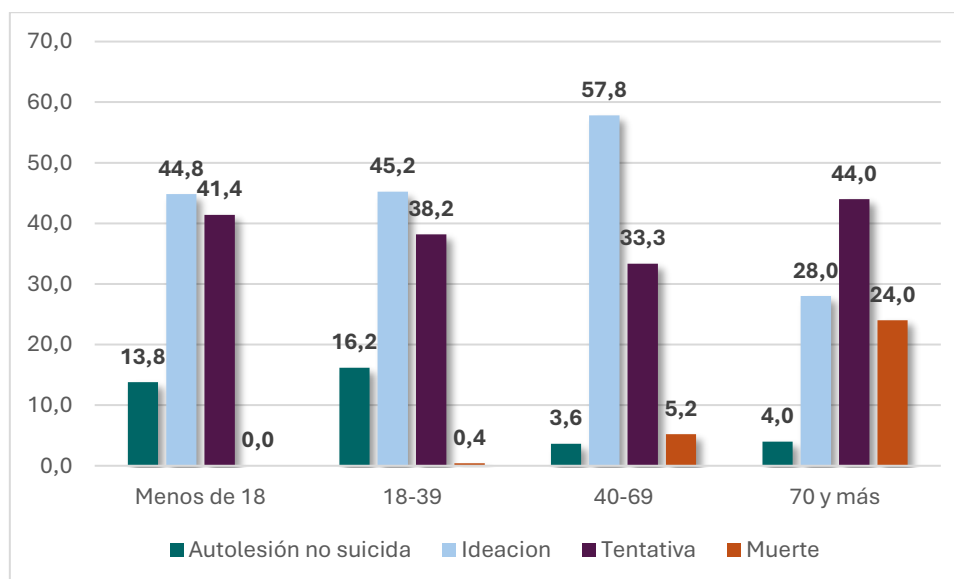


Gráfico 13. Distribución de avisos ICA por tipos de conducta según grupos de edad. Bilbao, 2022-2024. **HOMBRES (%)**



Las ideas que nos suscitan estos datos, siempre con las debidas precauciones (por la sobrerrepresentación de mujeres en estos datos y la falta de información de la edad en un número notable de avisos), son las siguientes:

- Las conductas autolíticas analizadas presentan diferencias según la *edad* y según el *sexo/género*.
- En este sentido hay grupos de edad que diferencian más las conductas de hombres y mujeres, ya de por sí diferentes.
- El **grupo de edad en el que las conductas de hombres y mujeres se diferencian menos** es el grupo de adultos de **40 a 69 años**. Tanto en hombres como en mujeres de estas edades la ideación es la conducta dominante (más del 55% en el caso de hombres y mujeres). El segundo caso, también con porcentajes similares, es la tentativa (con o sin lesión). En las otras dos conductas minoritarias sí hay algunas diferencias menores: la autolesión es algo más frecuente en mujeres y la tentativa con resultado de muerte es algo más frecuente en hombres.
- Entre **menores de 18 años** la gran diferencia entre hombres y mujeres se ubica en las autolesiones sin intencionalidad de muerte. En este sentido **las mujeres adolescentes presentan mayor proporción de autolesiones no suicidas que los varones**, concretamente el doble.
- En el grupo de **18 a 39 años** también hay diferencias importantes entre hombres y mujeres: **las mujeres presentan una proporción mucho mayor de tentativas que los varones**, superando ampliamente a la ideación; sin embargo, **los hombres**

presentan más conductas de ideación que las mujeres, superando, en este caso, a las conductas de tentativas con o sin lesión.

- El grupo de **70 años y más** es, quizás, el grupo donde **mayores diferencias por género hay**: en las mujeres no se registran muertes mientras que entre varones las muertes por suicidio afectan a uno de cada cuatro avisos (24%). También las tentativas son más frecuentes en hombres mientras que las ideaciones son mucho más abundantes entre las mujeres que entre los hombres (54,3% frente al 28%). Las lesiones no suicidas son minoritarias en este grupo de edad. Esto es, **las conductas autolíticas entre varones son mucho más peligrosas o letales que las de las mujeres** en estas edades.

En relación a la influencia de la *edad* en cada grupo por *sexo/género*, podemos comprobar que es evidente, ya que **tanto en hombres como en mujeres las conductas autolíticas varían según los grupos de edad**. Sin embargo, las tendencias o patrones no son los mismos en unos y otras.

- En los **hombres** (hasta el grupo de 70 y más años de edad) se percibe una **tendencia lineal**: a medida que avanzan en edad disminuyen las conductas autolesivas sin intencionalidad de muerte y las tentativas (con o sin lesión), mientras que aumentan las ideaciones comunicadas. El **grupo de mayores rompe esta tendencia**: disminuyen drásticamente las ideaciones y **aumentan las conductas de mayor riesgo**: tentativas y suicidios consumados.
- Entre las **mujeres** también hay diferencias por edades, pero no se percibe una tendencia lineal; en todo caso las diferencias parecen dibujar una línea divisoria entre mujeres menores de 40 años y mujeres de 40 y más años. Entre las primeras (**menores de 40 años**) parece que la edad reduce el impacto de las autolesiones y de la ideación, y **aumenta el de las tentativas**. Entre las mujeres de **más de 40 años** apenas hay diferencias por edad, pero sí con respecto al grupo anterior: **predominio de la ideación** y reducción de autolesiones y tentativas.

4.5. Incidencias por método empleado.

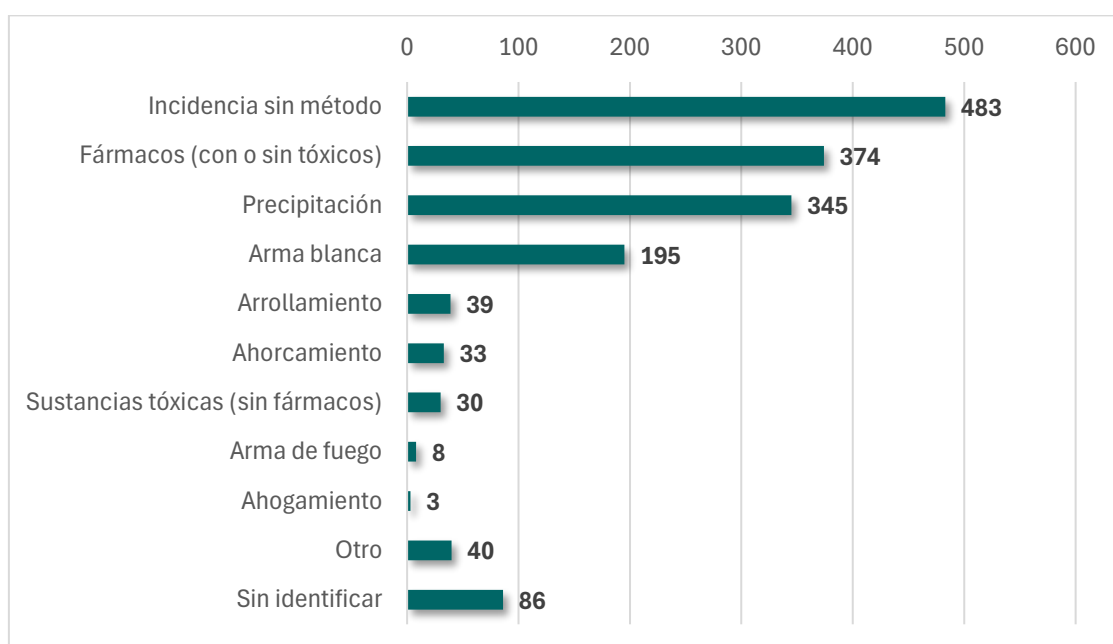
Tal como comentamos en la descripción de las variables, por *método* entendemos la forma empleada para autolesionarse o intentar producirse la muerte, resultando de ello la misma muerte, una lesión o nada (por no ejecutarse la acción). En algunos casos (muy pocos) se presenta más de un método. En tales casos se especifica el más letal.

4.5.1. Datos generales

Tabla 11. Incidencias ICA por métodos empleados y años. Bilbao, 2022-2024.

Métodos	2022		2023		2024		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Incidencia sin método	148	27,6	143	26,6	192	34,2	483	29,5
Fármacos (con o sin tóxicos)	118	22,0	133	24,8	123	21,9	374	22,9
Precipitación	122	22,7	116	21,6	107	19,0	345	21,1
Arma blanca	83	15,5	64	11,9	48	8,5	195	11,9
Arrollamiento	8	1,5	16	3,0	15	2,7	39	2,4
Ahorcamiento	15	2,8	9	1,7	9	1,6	33	2,0
Sustancias tóxicas (sin fármacos)	14	2,6	11	2,0	5	0,9	30	1,8
Arma de fuego	1	0,2	4	0,7	3	0,5	8	0,5
Ahogamiento	2	0,4	1	0,2	0	0,0	3	0,2
Otro	15	2,8	13	2,4	12	2,1	40	2,4
Sin identificar	11	2,0	27	5,0	48	8,5	86	5,3
TOTAL	537	100,0	537	100,0	562	100,0	1636	100,0

Gráfico 14. Incidencias ICA por métodos empleados. Bilbao, 2022-2024.



Buena parte de los avisos (un 29,5%) no presentan método alguno, probablemente porque se trate de ideaciones comunicadas (conducta autolítica mayoritaria), en muchas de las cuales probablemente no se plantea ningún método para la autolesión. No en todos los casos de ideación hay ausencia de método según los registros de esta variable, ya que avisos de ideación hay 741 en todo el período e incidencias sin método hay registradas 483. El cruce entre ambas variables (*tipo de conducta y método*) nos dará algo de luz en este sentido, ya que ambas variables están muy relacionadas entre sí.

En cuanto a **métodos concretos** dominan fundamentalmente dos: la **ingesta de fármacos** (acompañados o no de sustancias tóxicas como drogas, alcohol, etc.) en un 23% de los avisos y la **precipitación** (21,1% de avisos). Un tercer método elegido es el **arma blanca**, pero con mucha diferencia con respecto a los anteriores (12% de avisos). El resto de métodos son minoritarios, no suponiendo ni el 2,5% de los avisos cada uno: arrollamiento, ahorcamiento, sustancias tóxicas (sin fármacos), armas de fuego, ahogamiento u otros.

Podría llamar la atención las pocas incidencias registradas con métodos como el arrollamiento y el ahogamiento, dado que son métodos ligados fundamentalmente al tren/metro y al agua (ambos presentes en Bilbao: metro y ría), lugares que se cuentan entre los principales *hotspots* de las conductas suicidas. De igual modo el ahorcamiento es también un método muy empleado en suicidios. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los avisos ICA no son sólo de suicidios consumados; de hecho, se registran pocos casos de muerte comparados con otras situaciones. De ahí que los métodos más empleados en Euskadi para darse muerte¹³ no sean los más frecuentes entre las incidencias ICA.

4.5.2. Cambios percibidos

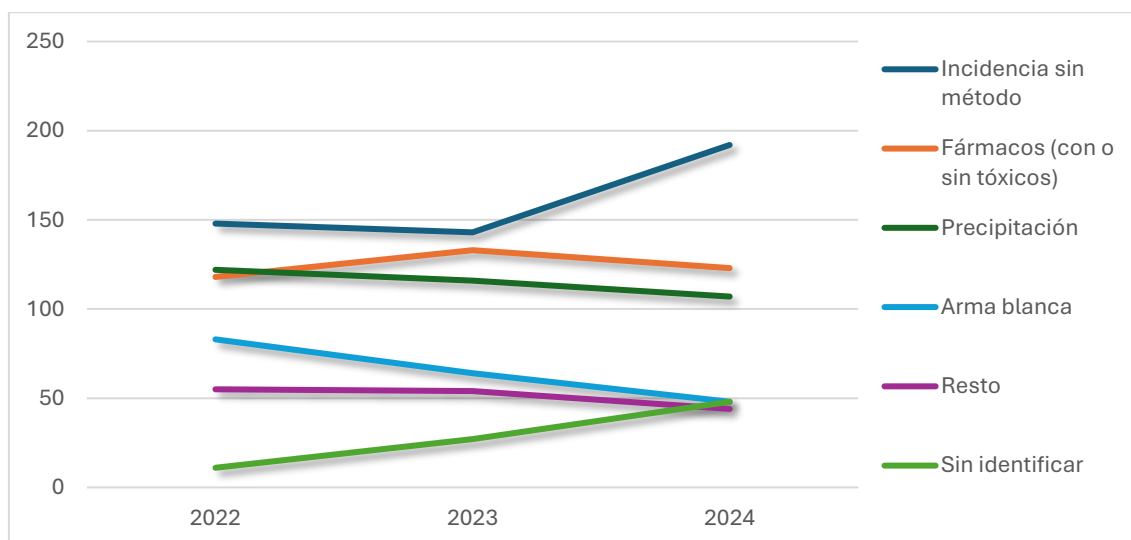
Para ver posibles cambios en este breve período de tiempo, utilizamos de forma desagregada solamente los principales métodos que aparecen en los avisos analizados (“fármacos”, “precipitación” y “arma blanca”) a los que unimos la categoría más numerosa, “sin método”. Con estas categorías se describe más del 85% de los avisos. A ellas se une una categoría residual, “otros”, y otra que es “sin identificar”.

A pesar de que en 2024 hay 35 avisos más entre los analizados que en 2022 y 2023 (que cuentan con 537 cada uno) todos los métodos disminuyen en este último año excepto dos categorías: “sin identificar” (que porcentualmente pasa de suponer el 2% de todos los avisos en 2022 al 8,5% en 2024) e “incidencia sin método” (que pasa de suponer un 27,6% de todos los avisos analizados en 2022 a un 34,2% en 2024). Habría que analizar futuros años para establecer una verdadera tendencia temporal, pero de momento los datos indican un **aumento importante de las incidencias sin método**, debido probablemente

¹³ Véanse cifras oficiales de muertes por suicidios en Euskadi, tanto en el EUSTAT como en el INE. El principal método para darse muerte en Euskadi es la precipitación, seguido del ahorcamiento.

al aumento de las ideaciones comunicadas en donde la mayor parte de las veces no existe método explícito.

Gráfico 15. Número de incidencias según el método empleado, por años.
Bilbao, 2022-2024



4.5.3. Tipo de conducta autolítica y método

Como es lógico, el tipo de método empleado está muy relacionado con el tipo de conducta autolítica que es objeto del aviso a emergencias (tabla 12).

Así, podemos destacar que:

- La **autolesión sin intencionalidad de muerte** está asociada fundamentalmente al método autolesivo con **arma blanca** (52% de los casos analizados), si bien puede llamar la atención que en un 31% de los avisos analizados (53) no se especifica el método utilizado para la autolesión y en otros 26 avisos se indican “otros”. Y aquí hay que hacer una reflexión importante vinculada a la propia conducta de la autolesión sin intencionalidad de muerte. Se trata de casos en los que una persona se hace daño, pero:
 - No necesariamente de la forma en la que pensamos cuando hablamos de “autolesiones” (especialmente vinculadas a la adolescencia), que son cortes superficiales en brazos y/o piernas fundamentalmente (aparecería como “arma blanca” en método). Hay autolesiones que se producen mediante golpes en alguna parte del cuerpo, por ejemplo, sin ser realizadas por arma blanca.
 - De los relatos que se recogen en el teléfono de emergencias se deduce que la acción no parece tener como finalidad darse muerte, por lo que estos casos se clasifican como “autolesiones (hay un daño físico) sin

intencionalidad de muerte”. Son conductas autolesivas (autolíticas en el sentido amplio que hemos definido en este estudio) pero no suicidas.

Se trata de acciones en las que **no siempre se conoce el método** en función del relato recogido (“se está autolesionando”, pero no termina de saberse cómo o con qué; “se está cortando”, pero no se dice con qué; etc.), por lo que estos avisos se clasifican como “sin identificar”. En otros se indican **métodos que son poco comunes** (darse golpes en la cabeza, en una mano con un objeto pesado, etc...), con lo que se clasifican como “otros” siempre dentro de la categoría de “autolesión sin intencionalidad de muerte”, bien porque las lesiones no parecen orientadas a ello, bien porque la propia persona así lo especifica. Un 10% de los avisos analizados (171) corresponden a este tipo de conductas; autolesivas, pero no suicidas.

Tabla 12. Distribución de métodos empleados según el tipo de conducta autolítica. Incidencias ICA en Bilbao. 2022-2024

	Autolesión sin intencionalidad de muerte		Ideación comunicada		Tentativa sin lesión		Tentativa con lesión		Tentativa con resultado de muerte	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Incidencia sin método	0	0,0	473	63,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fármacos (con o sin tóxicos)	1	0,6	40	5,4	4	2,2	329	66,3	0	0,0
Precipitación	1	0,6	137	18,5	135	73,0	44	8,9	28	65,1
Arma blanca	89	52,0	50	6,7	8	4,3	48	9,7	0	0,0
Arrollamiento	0	0,0	16	2,2	20	10,8	3	0,6	0	0,0
Ahorcamiento	0	0,0	4	0,5	5	2,7	16	3,2	8	18,6
Sustancia Tóxica	0	0,0	7	0,9	1	0,5	21	4,2	1	2,3
Arma de fuego	0	0,0	7	0,9	0	0,0	0	0,0	1	2,3
Ahogamiento	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Otro	26	15,2	6	0,8	2	1,1	6	1,2	0	0,0
Sin Identificar	54	31,6	0	0,0	10	5,4	29	5,8	3	7,0
TOTAL	171	100,0	741	100,0	185	100,0	496	100,0	43	100,0

- La **ideación comunicada** cursa, en la mayoría de los avisos (63%), **sin método** concreto, lo cual es comprensible si tenemos en cuenta que se trata de avisos donde las personas notifican que quieren hacerse daño o que quieren “acabar con todo”, pero no llegan a realizar un acto autolesivo. En algunos casos, sin embargo, sí mencionan el método que utilizarían en caso de pasar al acto, como es la **precipitación** (en el 18,5 % de estos avisos) o el uso de **arma blanca** (6,7% de avisos por ideación comunicada).

- Cuando el aviso se refiere a una **tentativa sin lesión**, ésta es mayoritariamente **por precipitación** (73% de los casos), lo que supone que la persona en crisis, que ya ha pasado al acto, se ha colocado en situación de peligro pero que, finalmente, alguien lo ha evitado o la propia persona ha desistido antes de dar el paso. De igual modo sucede con un segundo método utilizado en este caso: el **arrollamiento** (11% de los avisos de este tipo); la persona se pone en peligro, pero finalmente no lleva a cabo la acción.
- Cuando la acción realizada es una **tentativa con lesión**, la inmensa mayoría es por la ingesta de **fármacos** (en unos pocos casos acompañada de otras sustancias tóxicas): 66,3% de los avisos con lesiones. En estos casos el daño está hecho y la resolución con efectos fatales depende de la cuantía de los fármacos ingeridos y/o del tiempo transcurrido; aunque también puede suceder que, aunque rescatada con vida, la persona termine falleciendo más tarde tras ser trasladada a un centro sanitario. Esta información no está disponible, ya que no existe un seguimiento de los casos tras ser atendidos por emergencias. Cabe añadir que las tentativas con lesiones presentan **una mayor variedad de métodos** empleados para hacerse daño con intención de morir: arma blanca, precipitación, sustancias tóxicas, ahorcamiento. Se trata de métodos con cierta rescatabilidad: aun generando daños, si se llega a tiempo, el resultado de muerte puede ser evitado. Aunque esto, como ya se ha indicado, no es conocido con seguridad. Es decir, la persona no fallece en el lugar del suceso, aun habiéndose producido lesiones de mayor o menor gravedad. Lo que desconocemos es si finalmente fallece o no, una vez trasladada a un centro sanitario, o incluso un tiempo después, como consecuencia de las heridas o lesiones producidas.
- Por último, cuando se produce el **fallecimiento** de la persona en el lugar de los hechos nos encontramos que éste es el resultado de utilizar métodos más expeditivos, más letales, como es el caso de la **precipitación** (el 65% de estos casos) y el **ahorcamiento** (18,6%), si bien estos métodos no siempre producen la muerte (al menos *in situ*).

Observando los datos desde la perspectiva del método utilizado, podemos comprobar que:

- La incidencia en la que no se especifica **ningún método** (473 avisos en total) es aplicable en exclusiva en la ideación comunicada.
- La **ingesta de medicamentos** o fármacos (374 avisos) se utiliza, en su inmensa mayoría, como método autolítico real, generando **lesiones**, si bien hay algunos avisos (40) en los que se plantea la intencionalidad de utilizar fármacos, pero sin llegar a hacerlo, y unos pocos (4) en los que se ha llegado a ingerir alguna dosis muy pequeña sin generar daños orgánicos. La ingesta de medicamentos aparece como un método autolítico muy utilizado en la práctica de forma efectiva, generando lesiones de las que desconocemos su gravedad y su resolución con el paso del tiempo. Es un método **potencialmente muy letal**.

- La **precipitación** tiene objetivos y/o **resultados diversos**. Se utiliza en 345 avisos de los 1636 analizados en el período de referencia, y sus resultados son variados: se utiliza muy frecuentemente en la ideación comunicada. El 40% de los avisos clasificados con este método son casos en los que se comunica que se va a realizar esa acción pero sin llegar a ponerse en peligro; en otro 39%, sin embargo, la persona ya se ha colocado en una posición de altura, si bien no llega a producirse la caída; en otro 13% se ha ejecutado la acción pero no tiene consecuencia de muerte, al menos en el momento del rescate. Por último, en el 8% de este tipo de avisos se ha producido la muerte en el lugar, generando la precipitación el 65% de las muertes ocurridas en este período en el lugar de los hechos. La precipitación es **uno de los métodos más letales** utilizados en los avisos a emergencias.
- El uso de **arma blanca** también tiene **objetivos y resultados diversos**. Es un método utilizado en 195 avisos; en el 45% de los casos para autolesionarse sin intencionalidad suicida, en otro 25% como pretensión de usarlo pero sin llegar a hacerlo y otro casi 25% en situaciones en las que se produce lesión con intención de muerte. El arma blanca aparece como un **método poco letal** (autolesión no suicida o ideación comunicada) ya que aun en los casos en los que se hayan producido lesiones (48 avisos) éstos son reducidos en número y la muerte no se produce, al menos en el lugar de los hechos.
- El **arrollamiento**, a pesar de ser un método muy letal en sí mismo, no genera muchos avisos a emergencias (39 avisos en los tres años); y en los que hay aviso las situaciones son más de ideación y puesta en peligro que de acción ejecutada. Cabe pensar que es un método que se ejecuta sin dar aviso, o sin dar tiempo para su rescate.
- El **ahorcamiento**, siendo también un método muy letal, tampoco genera muchos avisos a emergencias (33 en los tres años de referencia), y en los avisos producidos 9 (27%) son sin consecuencias (ideación comunicada o tentativa sin lesión), 16 (el 48%) resultan con lesiones (desconociendo un posible resultado fatal tras el rescate) y en 8 ocasiones (24% de los casos) tienen resultado de muerte en el lugar de los hechos antes del rescate.

Cabe preguntarse por la relación que pudiera haber en cuanto a los métodos mencionados o utilizados en los avisos a emergencias por conductas autolíticas y los métodos empleados en los fallecimientos por suicidio registrados realmente. La comparación ajustada no la podemos hacer, puesto que las cifras oficiales de fallecimientos por suicidio según método no se ofrecen por municipios. La unidad geográfica más desagregada en la que aparecen fallecimientos por suicidio según método es la comunidad autónoma. Aun así, podemos realizar una comparativa, por si nos puede ofrecer alguna idea para hipótesis e investigaciones futuras.

Tabla 13. Fallecimientos por suicidio en el País Vasco (2023) y avisos ICA en Bilbao entre 2022 y 2024, según el método empleado.

Métodos	Fallecimientos País Vasco 2023 (1)		Avisos ICA Bilbao 2022-2024 (2)	
	nº	%	nº	%
Precipitación	57	40,7	345	32,3
Ahorcamiento	39	27,9	33	3,1
Medicamentos	12	8,6	374	35,1
Arrollamiento	9	6,4	39	3,7
Arma de fuego	9	6,4	8	0,7
Tóxicos	5	3,6	30	2,8
Ahogamiento	3	2,1	3	0,3
Fuego	3	2,1	0	0,0
Arma cortante	2	1,4	195	18,3
Otros	1	0,7	40	3,7
TOTAL	140	100,0	1067	100,0

- (1) FUENTE: INE, Estadística de defunciones según la causa de muerte. 2023. Último año con información publicada a la fecha.
- (2) Solo se incluyen los avisos en los que aparece referido un método (1067 de los 1636 analizados entre 2022 y 2024). No se incluyen los avisos “sin método” y “sin identificar”.

De esta información podemos extraer una conclusión importante y algunas consideraciones a modo de hipótesis sobre las que investigar a futuro.

Lo primero que es importante señalar es que **los avisos por conductas autolíticas no se deben interpretar nunca como sinónimo o equivalente de las muertes por suicidio** (ni en número ni en características); como tampoco viceversa: **las muertes por suicidio no pueden constituir un indicador de las conductas autolíticas (ni siquiera de las suicidas).**

- Las conductas autolíticas registradas como ICA en Sos Deiak incluyen conductas autolesivas que no tienen intencionalidad de muerte, algo que no debe confundirse con las conductas suicidas (ideación y tentativas con sus diferentes resultados).
- Por otra parte, las conductas autolíticas registradas en el 112 no constituyen TODAS las conductas de este tipo que se hayan podido producir en un contexto (en este caso en Bilbao). Desconocemos si ha habido tentativas al margen de los avisos a emergencias. Más aún desconocemos las ideaciones suicidas.
- Las muertes por suicidio registradas como tal por la medicina forense no reproducen (ni representan, por tanto) los métodos que aparecen en todas las conductas suicidas (desde luego no en las registradas en el 112). Conocer los

métodos utilizados para darse muerte no supone conocer los métodos empleados en todas las conductas suicidas. Se trata de procesos diferentes en donde pesa mucho la letalidad y rescatabilidad de métodos y situaciones.

En definitiva, las muertes resultan de aplicar métodos muy letales en situaciones de escasa rescatabilidad, fundamentalmente:

- Porque la tentativa se realiza en un lugar no visible;
- Porque no se da aviso de que se está produciendo esa tentativa (ni la propia persona ni otra que pudiera ser testigo);
- Porque se actúa muy rápidamente y no da tiempo a realizar el rescate;
- Porque la persona no desiste de la tentativa.

Sin embargo, las conductas autolíticas registradas en el 112 ofrecen una amplia variedad de situaciones, muchas de las cuales no generarán la muerte por suicidio. Y, además, en la mayoría de los casos los avisos a emergencias llevan implícita una visibilización social de la conducta: bien porque la propia persona llama a emergencias, bien porque se ubica en un lugar público o bien porque lo hace en un lugar privado, pero con la cercanía de algún familiar o conocido. Esta información la desconocemos en el caso de las tentativas que han terminado en muerte y que no han pasado por emergencias.

Dicho esto, revisando los métodos de fallecimientos por suicidio en el País Vasco (2023) y los métodos explicitados en los avisos ICA de Bilbao entre 2022 y 2024 podemos ver diferencias interesantes.

- El **ahorcamiento** es un método muy letal, siendo mucho más utilizado en tentativas con resultado de muerte que en los avisos a emergencias. La hipótesis que podemos manejar aquí es que quien tiene escasa ambivalencia para morir utilizará el ahorcamiento como método sin avisar a emergencias, de modo que el rescate sea casi imposible. Supone el 28% de las muertes en el País Vasco (en 2023), mientras que sólo supone el 3,1% de los avisos ICA de Bilbao en los que se explicita el método (de 2022 a 2024).
- La **precipitación** es utilizada más ambiguamente que el ahorcamiento para darse muerte. Es el método más utilizado para el suicidio en el País Vasco, pero también es un método muy empleado en las conductas autolíticas que finalmente no tienen resultado de muerte. Muchas de las personas en crisis manifiestan su intención de precipitarse, aun sin llevar a cabo la acción mencionada; otras muchas se colocan en situación de riesgo en altura, pero sin proceder a precipitarse. Es decir, la precipitación es quizá **el método más letal que se utiliza de forma más diversa**, bien como ideación suicida o bien como tentativa a ejecutar (con diferentes tipos de resultados).

- Los **fármacos** son un método con una significación inversa al ahorcamiento: son pocos los casos de muertes, pero constituyen el método más utilizado en conductas suicidas que generan avisos a emergencias. Es como si al utilizarlos como método suicida hubiese más dudas, más ambivalencia, o simplemente se actúa buscando una paz que necesita sin pensar si muere o no, pues se da aviso con facilidad y la rescatabilidad es amplia. La duda de si finalmente una tentativa con lesiones en base a la ingesta de fármacos generaba la muerte posterior al rescate nos la disipan las cifras de muertes por suicidio: únicamente un 8,6% de las muertes por suicidio en Euskadi en 2023 se debieron a este método, mientras que el 35% de los avisos a emergencias refieren acciones en relación a una sobreingesta de fármacos.

El resto de métodos recogen un volumen de casos escaso en ambas estadísticas, por lo que no permiten extraer conclusiones consistentes, ni siquiera a modo de hipótesis.

4.5.4. Métodos utilizados según sexo/genero

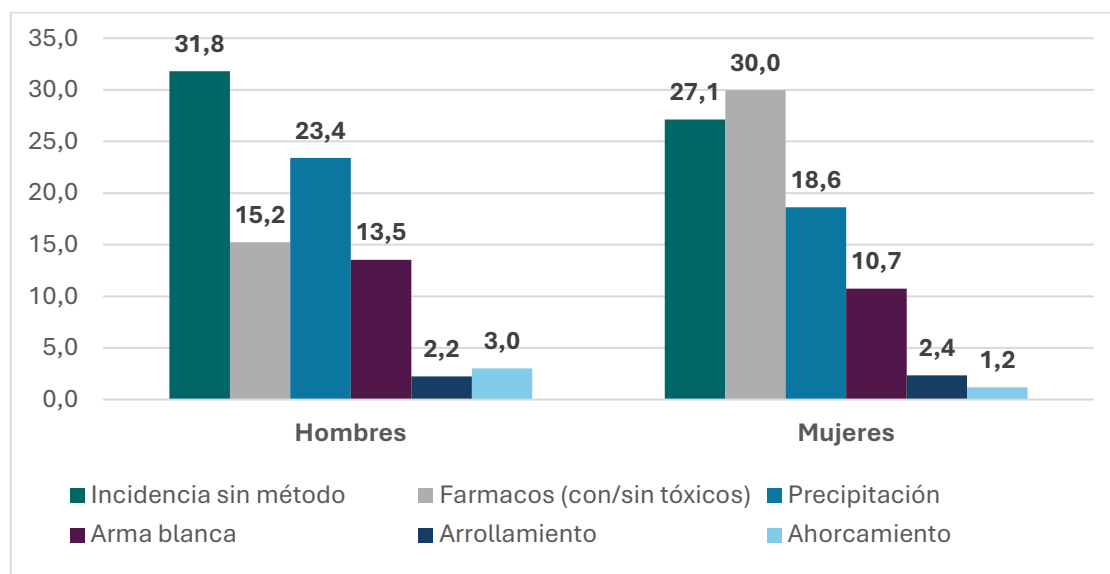
Comentábamos que las diferencias de conductas autolíticas (y sus resultados) registradas en el 112 relativas a Bilbao entre hombres y mujeres eran más de grado que de patrón. En el caso de los métodos empleados las diferencias sí son más acusadas.

*Tabla 14. Métodos de conductas autolíticas utilizados por hombres y mujeres.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024*

Métodos	Hombres		Mujeres		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Incidencia sin método	242	31,8	230	27,1	472	29,3
Fármacos (con/sin tóxicos)	116	15,2	254	30,0	370	23,0
Precipitación	178	23,4	158	18,6	336	20,9
Arma blanca	103	13,5	91	10,7	194	12,1
Arrollamiento	17	2,2	20	2,4	37	2,3
Ahorcamiento	23	3,0	10	1,2	33	2,1
Resto y otros	42	5,5	39	4,6	81	5,0
Sin identificar	40	5,3	46	5,4	86	5,3
Total	761	100,0	848	100,0	1609	100,0

Las categorías residuales o indefinidas ocupan casi la misma proporción en hombres y mujeres (en torno al 5% cada una) por lo que nos fijaremos solamente en los métodos específicos (gráfico siguiente).

Gráfico 16. Distribución de los métodos empleados en las conductas autolíticas de hombres y mujeres. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Las diferencias que presentan hombres y mujeres en los métodos utilizados en sus conductas autolíticas no son solo de grado, sino también de patrón.

Los **hombres** presentan como primera opción la **ausencia de método**, coincidiendo con el mayor peso entre ellos de las ideaciones autolíticas sin llegar a materializarse. Como primer método concreto aparece la **precipitación** (23,4% de los avisos masculinos) seguido de la ingesta de **fármacos** (15,2%) y el **arma blanca** (13,5%). Muy por detrás, como métodos marginales, se encuentra el ahorcamiento (3%) y el arrollamiento (2,2%), además de otros menos frecuentes aún.

Las **mujeres**, sin embargo, presentan una utilización de métodos bien distinta. El método principal utilizado por las mujeres son los **fármacos**, hasta el punto no solo de ser el primero, sino de doblar porcentualmente a los hombres en su utilización (un 30% de avisos en los que estaba involucrada una mujer estaba referido a la ingesta de medicamentos; casi uno de cada tres avisos). Le siguen los casos en los que **no se utiliza método**. Se entiende que corresponden a ideas suicidas en las que no se menciona método para llevarlas a cabo. En tercer lugar, muy por debajo del uso masculino, se encuentra la **precipitación** (18,6% de los avisos de mujeres). Le sigue el uso o mención de **arma blanca** (10,7%), también por debajo del uso masculino. Y finalmente el arrollamiento (2,4%) y el ahorcamiento (1,2 %); estos últimos métodos en orden inverso al de los hombres. En el caso del arrollamiento las proporciones son similares (2,2 – 2,4%), pero en el caso del ahorcamiento, aun siendo un método poco empleado en los avisos ICA, en el caso de las mujeres se utiliza la mitad que en el caso de los varones.

Tenemos, por tanto, **una utilización de métodos muy diferente en función del género**, más diferente que la conducta en sí y sus consecuencias (no lesiones, lesiones o muerte).

4.5.5. Métodos utilizados según edad

Atendiendo a los diferentes grupos de edad que venimos analizando, la utilización de diferentes métodos según edades es la que presenta la tabla siguiente.

Tabla 15. Métodos empleados por grupos de edad. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

	Menos de 18	De 18 a 29	De 30 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	De 60 a 69	De 70 y más	Sin info de edad	Total
Incidencia sin método	25	109	41	81	65	35	11	116	483
Fármacos (con/sin tóxicos)	19	89	53	44	55	22	18	74	374
Precipitación	24	74	29	40	27	18	19	114	345
Arma blanca	17	54	26	35	15	6	6	36	195
Arrollamiento	2	7	3	1	6	0	0	20	39
Ahorcamiento	2	7	3	2	3	2	1	13	33
Sustancia tóxica	3	5	3	7	2	0	3	7	30
Arma de fuego	0	2	1	3	1	0	0	1	8
Ahogamiento	1	0	0	1	1	0	0	0	3
Otro	3	10	5	5	3	0	1	13	40
Sin Identificar	8	33	9	7	5	2	1	21	86
Total	104	390	173	226	183	85	60	415	1636

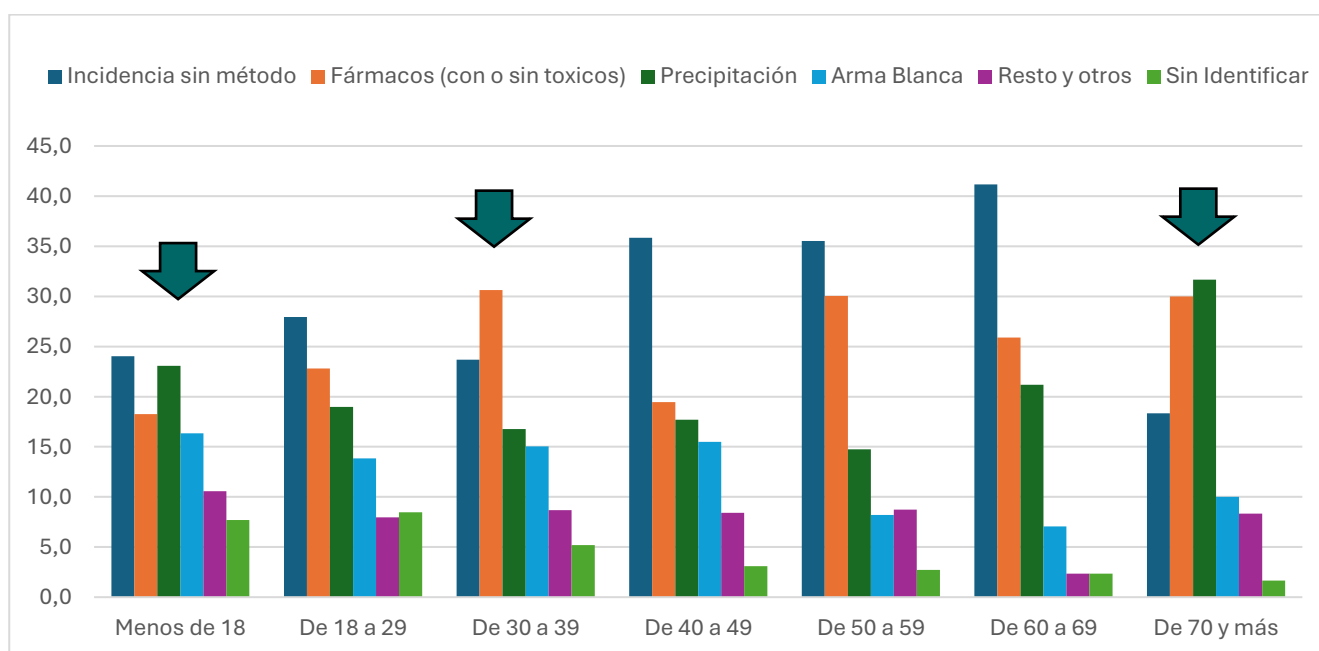
Comentábamos que había 415 avisos en los que no se conocía el dato de la edad, con lo que quedaban 1.221 avisos con esa información. Viendo que en todos los grupos de edad los principales métodos son los mismos (aunque en diferente orden y proporción), podemos reunir los métodos más residuales en una categoría junto con “otros”, evitando una excesiva fragmentación de la información. Los resultados, con los 1.221 avisos en los que se conoce la edad y con las categorías menos utilizadas unidas en una residual, se presentan en la tabla (16) y gráfico (17) siguientes.

Los datos **no ofrecen una imagen de tendencias identificables en función de la edad**, pero sí diferencias importantes entre grupos. Podemos destacar **cuatro patrones diferentes**, pero no en función de mayor o menor edad, sino presentes en grupos de edad no consecutivos.

Tabla 16. Distribución de métodos utilizados principalmente según grupos de edad.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Edades		Incidencia sin método	Fármacos (con o sin tóxicos)	Precipitación	Arma blanca	Resto y otros	Sin Identificar	Total general
Menos de 18	nº	25	19	24	17	11	8	104
	%	24,0	18,3	23,1	16,3	10,6	7,7	100,0
De 18 a 29	nº	109	89	74	54	31	33	390
	%	27,9	22,8	19,0	13,8	7,9	8,5	100,0
De 30 a 39	nº	41	53	29	26	15	9	173
	%	23,7	30,6	16,8	15,0	8,7	5,2	100,0
De 40 a 49	nº	81	44	40	35	19	7	226
	%	35,8	19,5	17,7	15,5	8,4	3,1	100,0
De 50 a 59	nº	65	55	27	15	16	5	183
	%	35,5	30,1	14,8	8,2	8,7	2,7	100,0
De 60 a 69	nº	35	22	18	6	2	2	85
	%	41,2	25,9	21,2	7,1	2,4	2,4	100,0
De 70 y más	nº	11	18	19	6	5	1	60
	%	18,3	30,0	31,7	10,0	8,3	1,7	100,0
TOTAL	nº	367	300	231	159	99	65	1221
	%	30,1	24,6	18,9	13,0	8,1	5,3	100,0

Gráfico 17. Distribución porcentual de los principales métodos de conducta autolítica para cada grupo de edad. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Aunque con proporciones diferentes, las personas de **entre 40 y 70 años**, a las que se suman las jóvenes de **entre 18 y 29 años**, presentan un **mismo patrón** de utilización de métodos: predomina la ausencia de métodos (en mayor o menor medida), seguido del uso o mención de **fármacos** (también en mayor o menor medida), la **precipitación**, arma blanca y resto. Siendo el mismo patrón de uso, lo cierto es que no se vislumbra una tendencia que vaya acompañada con el aumento o disminución de la edad, algo que sí se percibía en los tipos de conducta autolítica (al menos en algunas de ellas).

Los tres grupos de edad restantes presentan un uso diferenciado de métodos, tanto en relación a las edades antes mencionadas como entre sí.

Los **menores de 18 años**, aunque en la mayoría de los casos no presentan método específico, utilizan en mayor medida que otros el **arma blanca** (un 16% de los casos) y la **precipitación** (un 23%); esta última llega a constituir el segundo método más utilizado por los más jóvenes, muy cerca de las conductas sin método explícito, algo que no ocurre en el resto de grupos, excepto en el de los más mayores (donde la precipitación supone casi un 32% de los casos).

Por su parte, las personas de **entre 30 y 39 años** presentan un patrón peculiar: es el único grupo en el que los **fármacos dominan** incluso por encima de las incidencias sin método. Esto es lo que les diferencia del resto de grupos de su entorno que comparten patrón (los grupos de 18 a 29 años y los que agrupan a las personas de entre 40 y 70 años).

Por último, las personas de **más edad** presentan, a su vez, un patrón propio: utilizan la **precipitación** más que ningún otro grupo, siendo este el método más utilizado en este grupo de edad (31,7% de los avisos). Le sigue muy de cerca la sobreingesta de **fármacos** (un 30% de los avisos), aunque esa proporción se asemeja a las de otros grupos de edad.

Otras cuestiones también pueden ser destacadas:

- Las personas que menos métodos ponen en juego en sus conductas son las que tienen entre 40 y 69 años (lo que coincide con el hecho de ser el grupo en el que la mayor parte de las incidencias eran ideaciones comunicadas sin pasar al acto).
- Quienes más diversifican los métodos son los jóvenes menores de 30 años; es decir, son los grupos en los que no hay un predominio de métodos tan claro o importante como en el resto de los grupos.
- Los mayores optan por métodos más expeditivos, lo que se corresponde con ser el grupo que mayor proporción de muertes por suicidio presenta.

4.6. Quién da el aviso a emergencias

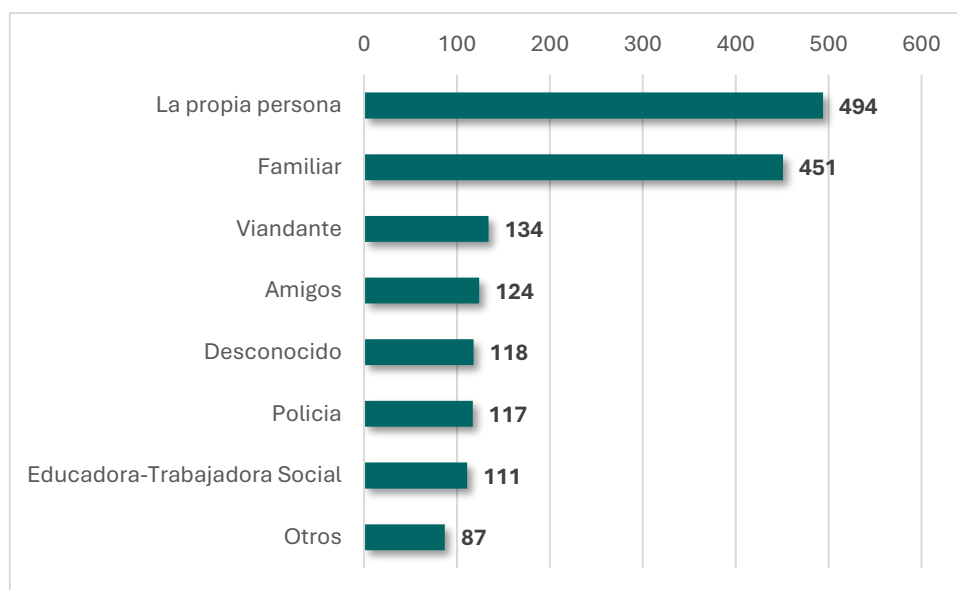
4.6.1. Datos generales

Tabla 17. Persona que da el aviso a emergencias, por años. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Alertante	2022	2023	2024	Total período	
				nº	%
La propia persona	149	155	190	494	30,2
Familiar	151	149	151	451	27,6
Viandante	45	44	45	134	8,2
Amigos	41	44	39	124	7,6
Desconocido	29	47	42	118	7,2
Policía	44	34	39	117	7,2
Profesionales (Educación/Trabajo Social, etc.)	37	37	37	111	6,8
Otros	41	27	19	87	5,3
Total general	537	537	562	1636	100,0

Los avisos a emergencias en situaciones de crisis autolíticas los genera la propia persona que protagoniza la crisis (en el 30,2% de los casos), seguida muy de cerca por algún familiar (en el 27,6% de los casos). El resto de alertantes se coloca muy por detrás. Así, en más del 57% de los casos la llamada a emergencias la realiza la propia persona en crisis o algún miembro de su familia.

Gráfico 18. Persona que da el aviso a emergencias. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024



4.6.2. ¿Por qué avisa a emergencias la propia persona en crisis?

En principio podríamos suponer que en los **casos en los que es la propia persona la que realiza la llamada** se produce una ambivalencia importante ante la muerte, o que la conducta se produce sin la intención de morir; es decir, que la llamada se realiza fundamentalmente para pedir ayuda. Sin embargo, esto no tiene por qué ser necesariamente así.

La llamada puede realizarse para llamar la atención de alguien sobre la propia muerte decidida. Es decir, no tiene por qué ser una llamada de ayuda; puede haber detrás una reivindicación, una culpabilización a alguien, una despedida, solicitar perdón, etc.

Las interpretaciones de esta información pueden ser diversas, entendiendo que la conducta autolítica es compleja y que en ella confluyen muchos factores personales, emocionales, familiares, etc., por lo que es complicado extraer conclusiones bien fundamentadas si no escuchamos, de alguna manera, la “voz” de las personas que protagonizan esta situación tan estresante y traumática.

Por ello hemos analizado las **transcripciones de las informaciones que los operadores/as telefónicos ofrecen a los servicios de emergencias** sobre cada caso concreto, de forma que éstos puedan activarse y saber a qué situaciones se enfrentan. Las transcripciones analizadas son aquellas **pertenecientes a llamadas de la propia persona en crisis**; es decir, de los **494 avisos** en los que, a lo largo de estos tres años, la persona que llama es la propia protagonista de la conducta autolítica. Aclaramos que no son transcripciones de la llamada a emergencias, sino lo que el operador u operadora comunica a los diferentes servicios para informarles del caso; pero también es cierto que en esas comunicaciones los profesionales de la central telefónica recogen, en muchas ocasiones, palabras textuales del alertante. Ejemplo:

No se le entiende muy bien. Refiere que está yendo a dormir. Al insistirle si le ocurre algo dice que "se quiere morir"

Así pues, aunque con la prudencia que obliga el no tener las transcripciones de las propias palabras del o la comunicante, consideramos que la información de los operadores y operadoras es de gran valor para poder obtener una imagen (más o menos clara o difusa) de las motivaciones que llevan a una persona en crisis autolítica a llamar ella misma al servicio de emergencias 112.

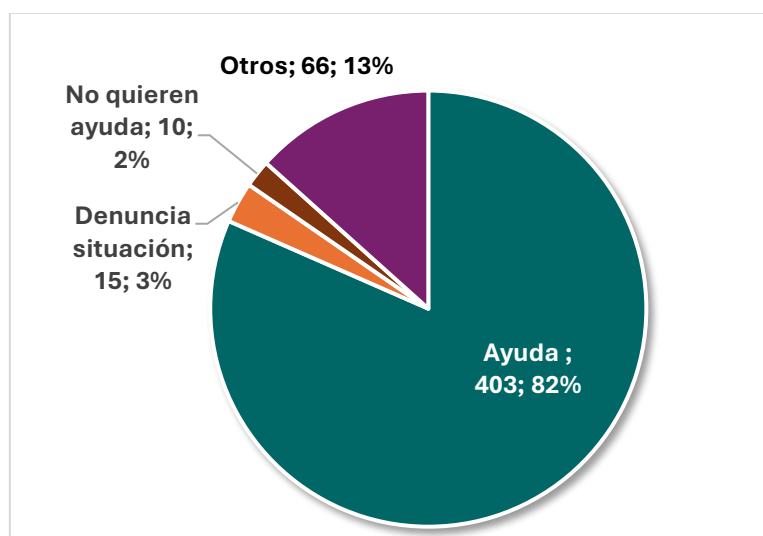
Por otra parte, es una forma, aunque indirecta, de darles a estas personas que se encuentran en situaciones dramáticas la voz y el protagonismo que merecen, y, de paso, de poder entender un poco más y mejor los motivos por los que realizan estas llamadas ellas mismas.

Analizadas las transcripciones observamos que en la mayoría de los casos la propia persona indica el motivo por el que llama a emergencias. Y los resultados no dan margen para la duda: **la inmensa mayoría llama a emergencias para pedir ayuda para sí misma.**

Tabla 18. Motivos por los que llama a emergencias la propia persona en crisis, por años.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Alertante = la propia persona	nº	%
2022	149	100,0
Pide ayuda porque se encuentra mal	114	76,5
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo.	11	7,4
No quieren ayuda de forma explícita	4	2,7
Otros o sin identificar motivo	20	13,4
2023	155	100,0
Pide ayuda porque se encuentra mal	127	81,9
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo.	2	1,3
No quieren ayuda de forma explícita	4	2,6
Otros o sin identificar motivo	22	14,2
2024	190	100,0
Pide ayuda porque se encuentra mal	162	85,3
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo	2	1,1
No quieren ayuda de forma explícita	2	1,1
Otros o sin identificar motivo	24	12,6
Total 2022-2024	494	100,0
Pide ayuda porque se encuentra mal	403	81,6
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo	15	3,0
No quieren ayuda de forma explícita	10	2,0
Otros o sin identificar motivo	66	13,4

Gráfico 19. Motivos por los que llaman a emergencias las propias personas en crisis.
Total período. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (n y %)



En el total de los tres años, el 82% de las llamadas que hace la persona en crisis lo hace **para pedir ayuda de forma explícita**, porque considera que se encuentra mal y la necesita. Ejemplos:

Está con pensamientos autolíticos. No se fía de sí misma estando sola. Dice que necesita ayuda, que no quiere seguir así.

...Primero pedía patrulla, pero no quería decir motivo Finalmente indica que está envuelto en un problema ... y que va a hacer cualquier cosa. Se le pregunta si quiere hablar con médico o policía, e indica que con médico.

Tiene trastorno bipolar depresivo. Tiene una cuchilla encima de la mesa. Esta sola en el domicilio.... Quiere hablar con alguien porque tiene ideas. Indica que quiere ayuda y que abrirá la puerta y se dejará atender.

Ha ingerido pastillas por la muerte de su hermano hace un mes. Bajaré al portal para que le ayuden.

Se trata de llamadas en la que la propia persona reconoce que no se encuentra bien emocional o psicológicamente, y/o que tiene problemas. Llama porque es consciente de que requiere algún tipo de ayuda y así lo expresa.

Este tipo de llamadas aumenta en número y en proporción en estos tres años, pasando del **76,5%** en 2022 al **81,9%** en 2023 y al **85,3%** en 2024. Habría que esperar a ver si esta es una tendencia sostenida en el tiempo o solo ha sido una cuestión de azar.

Otro tipo de llamadas son aquellas en las que se **denuncia algún tipo de situación**. Realmente son muy pocos casos; 15 en los tres años.

En unos casos se trata de una denuncia de carácter social o lo que entienden por maltrato institucional. Ejemplos:

Le han llevado al hospital y que no le pueden hacer nada, no le podían ingresar. Se ha despedido del psiquiatra diciéndole que se iba a suicidar.

Se va a tirar desde un tercero que nadie le hace caso. Su médico de cabecera no le atiende. Quiere denunciar a Osakidetza porque cuando llamó no le quisieron poner una ambulancia.

“Me voy a matar porque el sistema no funciona”.

En estos casos llaman a emergencias informando de una situación penosa (probablemente el detonante, aunque no la causa), lo que puede interpretarse también como una petición de ayuda indirecta (para revertir la situación de abandono o maltrato percibido). O no, y simplemente quieren denunciar una situación por la cual pretenden quitarse la vida. La intencionalidad no queda clara, aunque en algún caso sí parece que quisieran pedir ayuda, situándose en la línea divisoria entre la denuncia y la petición de ayuda. Ejemplos:

Quiere quitarse la vida porque no puede más. No le atiende ni servicios sociales ni SMUS. Quiere hablar con asistente social o psiquiatra.

Persona llama diciendo que (...) no tiene dinero y se está poniendo muy nervioso, que si tuviera una pistola se pegaría un tiro. También nos dice que es capaz de tirarse a la ría si nadie le ayuda. Quiere cometer una locura, está temblando. Esta en la puerta de urgencias del hospital de Basurto. También nos dice que vive en una lonja en condiciones infrahumanas.

En otros casos, la denuncia no es social, sino familiar o personal: desafectos, sentimiento de abandono y/o soledad. Situaciones dolorosas que pesan demasiado.

Dice que si no van sus hijos se va a quitar la vida, que nadie le ayuda.

Dice que se quiere suicidar porque sus hijos no le hacen caso.

Llama porque su expareja le ha puesto una orden de alejamiento y no puede vivir sin ella, se quiere quitar la vida.

Le han echado de casa y está viviendo en el coche. Tiene idea de suicidio. Lleva sin ver un mes a sus hijas.

En estos casos tampoco piden ayuda de forma expresa, pero el hecho de avisar a emergencias quizá esconda la esperanza de que alguien pueda ayudar a revertir la situación familiar; o no, y simplemente informan del motivo por el que quieren quitarse la vida. La transcripción no permite concluir con seguridad si la llamada es para pedir ayuda o no, pero sí queda clara la denuncia de una situación dolorosa que quizá podría ser canalizada con el tiempo y con ayuda.

El menor número de casos encontrados son aquellos en los que la persona realmente **no quiere ayuda** (10 casos identificados en los tres años), poniendo dificultades para su localización, rescate o simplemente atención telefónica para afrontar la crisis. Ejemplos:

Llama al 024 diciendo que ha tomado pastillas con intención de morir y que no la van a encontrar.

Comunicante indica que se quiere morir. Indica que le están volviendo loco. Dice que no quiere ambulancia, no quiere nada.

Solo quiere que vaya la Ertzaintza para encontrar su cuerpo. Llama una persona indicando que se ha encontrado un cuerpo aparentemente con un disparo. Ertzaintza informa que la persona ha fallecido.

Por último, en relación a las llamadas efectuadas por la propia persona en crisis, hay unas cuantas (un 13%) en las que **no se puede identificar** bien el motivo por el cual se produce la llamada: si se hace con la intencionalidad de pedir ayuda, de denunciar alguna situación o de anunciar su conducta sin pedir ayuda, ya que la información existente no permite sacar una conclusión clara.

Por otra parte, y en relación a pedir o no ayuda, pudiera pensarse que, puesto que **en el 70% de los casos no se produce el aviso por parte de la propia persona**, esto podría indicar que en la inmensa mayoría de los casos no hay intención de pedir ayuda. Pero tampoco tiene por qué ser así. El hecho de que en otros muchos casos el aviso lo realice un **familiar** significa que, o bien la persona en crisis se ha puesto en contacto con este familiar para informarle de la situación, o bien la acción se produce en presencia (o en cercanía) del familiar. Esto podría interpretarse también como un interés en pedir ayuda, o un arrepentimiento de la acción iniciada. Pero tampoco lo sabemos; y en este caso no es útil acudir a las transcripciones de las instrucciones dadas por los operadores u operadoras ya que quien llama no es el propio interesado o interesada y la información puede sesgarse notablemente.

En todo caso, el dar aviso a los servicios de emergencias, lo realice quien lo realice, sí parece que está vinculado a que **la persona con conducta autolítica no parece querer esconder su acción**, más allá de casos puntuales en los que las posibles previsiones de soledad y/o aislamiento no se hayan cumplido como se esperaba.

En cuanto a la evolución del alertante en estos tres años, no se perciben diferencias reseñables, más allá de un cierto incremento en 2024 de las llamadas realizadas por la propia persona. Habrá que analizar años posteriores para ver si este dato tiene importancia real.

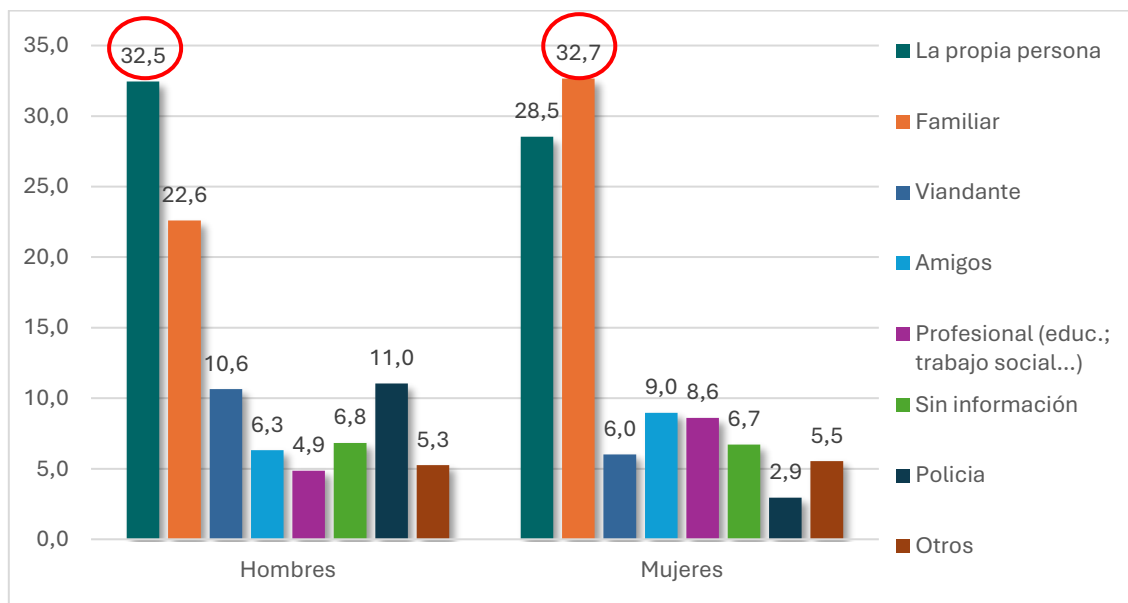
4.6.3. Alertante por sexo/género de la persona en crisis

Tabla 19. Persona que avisa a emergencias según sexo/género de la persona en crisis.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Alertante	Hombres		Mujeres		Total (*)	
	nº	%	nº	%	nº	%
La propia persona	247	32,5	242	28,5	489	30,4
Familiar	172	22,6	277	32,7	449	27,9
Viandante	81	10,6	51	6,0	132	8,2
Amigos	48	6,3	76	9,0	124	7,7
Profesional (educ.; trabajo social...)	37	4,9	73	8,6	110	6,8
Sin información	52	6,8	57	6,7	109	6,8
Policia	84	11,0	25	2,9	109	6,8
Otros	40	5,3	47	5,5	87	5,4
Total general	761	100,0	848	100,0	1609	100,0

(*) Se eliminan los casos en los que no hay información de sexo/género

Gráfico 20. Distribución de las personas alertantes para cada sexo/género de la persona en crisis. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Vamos adentrándonos un poco más en las diferencias de actuación entre hombres y mujeres, dibujando ya los contornos de una notable diferencia de la conducta autolítica (y no solo en lo referido a fallecimientos).

Quizá pueda resultar sorprendente el hecho de que **los hombres llaman más ellos mismos que las mujeres**; especialmente si tenemos en cuenta la idea dominante de que “los hombres no piden ayuda”; afirmación que habría que empezar a matizar de forma importante si queremos ajustarnos a la realidad.

Los hombres llaman a emergencias en bastante más medida más que las mujeres, hasta el punto de que la principal alertante en los casos de **mujeres** no son ellas mismas, sino **sus familiares**, mientras que en los casos de varones son ellos mismos los que dan el aviso de su propia conducta en mucha mayor medida que otros alertantes. Volvemos a encontrarnos con una **diferencia de patrón por género**. Diferencia que tiene mucho que ver, como veremos, con el lugar donde se produce la conducta autolítica, y que ya nos avanza el hecho de que en el caso de varones encontremos como alertantes importantes a viandantes y policía. Parece obvio que los varones realizan las conductas autolíticas en la vía pública en mayor medida que las mujeres, que parecen preferir lugares más privados y menos expuestos al público.

En todo caso, lo que destacamos en este momento es el hecho de que son los hombres quienes llaman a emergencias más que las mujeres, lo que contrasta, en principio, con la creencia generalizada de que los hombres no piden ayuda. Especialmente **si tenemos en cuenta que estas llamadas son, realmente y en su gran mayoría, llamadas para pedir ayuda** y no llamadas de atención, de denuncia o de simple información del hecho.

Esto no quiere decir que las mujeres no pidan ayuda, o lo hagan en menor medida que los hombres, ya que, como se ha indicado en el apartado anterior, el hecho de que sus familias puedan alertar a emergencias puede estar relacionado con otra forma, más privada e indirecta, de pedir ayuda de las mujeres. En cualquier caso, parece comprobado que **los hombres sí piden ayuda, aunque sea en los casos de situaciones extremas de crisis.**

4.6.4. Motivos de la llamada del alertante: diferencias de género.

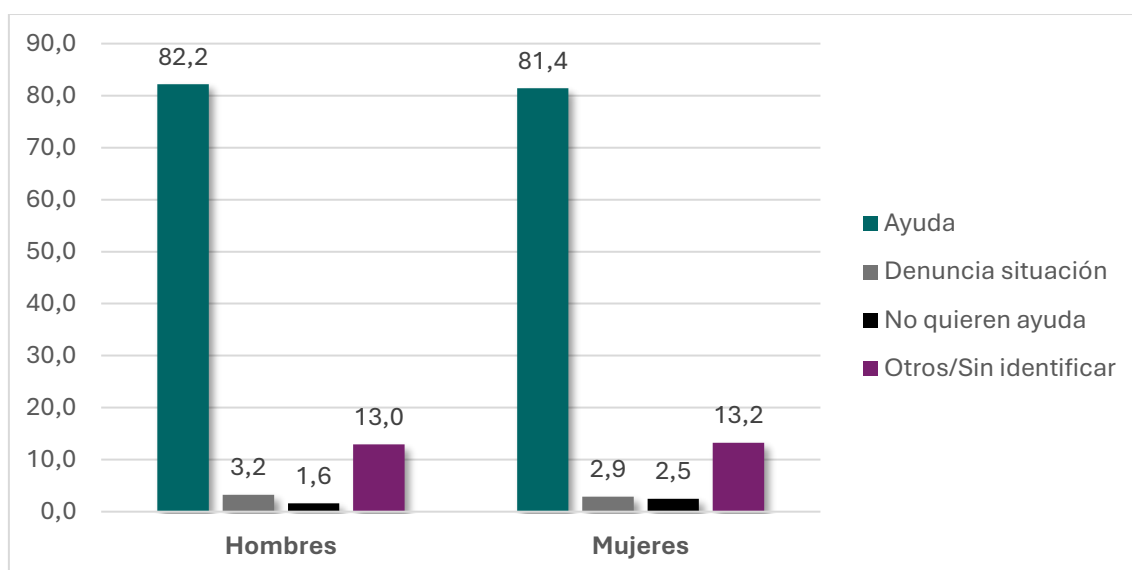
Atendiendo a los avisos realizados por la propia persona en crisis (247 hombres y 242 mujeres), la distribución de las motivaciones en uno y otro caso son las siguientes:

Tabla 20. Motivos por los que llama a emergencias la propia persona en crisis, por sexo/género y años. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Alertante = la propia persona	Hombres		Mujeres		sin info
	nº	%	nº	%	nº
2022	70	100,0	78	100,0	1
Pide ayuda porque se encuentra mal	51	72,9	63	80,8	0
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo.	6	8,6	5	6,4	0
No quieren ayuda de forma explícita	1	1,4	3	3,8	0
Otros o sin identificar motivo	12	17,1	7	9,0	1
2023	76	100,0	75	100,0	4
Pide ayuda porque se encuentra mal	64	84,2	60	80,0	3
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo.	0	0,0	2	2,7	0
No quieren ayuda de forma explícita	2	2,6	2	2,7	0
Otros o sin identificar motivo	10	13,2	11	14,7	1
2024	101	100,0	89	100,0	0
Pide ayuda porque se encuentra mal	88	87,1	74	83,1	0
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo	2	2,0	0	0,0	0
No quieren ayuda de forma explícita	1	1,0	1	1,1	0
Otros o sin identificar motivo	10	9,9	14	15,7	0
Total 2022-2024	247	100,0	242	100,0	5
Pide ayuda porque se encuentra mal	203	82,2	197	81,4	3
Denuncia (social, familiar, soledad...) No piden ayuda explícita, pero el propósito es ambiguo	8	3,2	7	2,9	0
No quieren ayuda de forma explícita	4	1,6	6	2,5	0
Otros o sin identificar motivo	32	13,0	32	13,2	2

Cabe señalar que los motivos son prácticamente los mismos: la gran mayoría, tanto de hombres como de mujeres (y en similar proporción), llama a emergencias para solicitar ayuda. El resto de las opciones son muy minoritarias en ambos grupos. Por lo tanto, una conclusión importante que podemos extraer de estos datos es que **no hay diferencias significativas de género una vez que la persona en crisis ha decidido llamar a emergencias.**

Gráfico 21. Motivos por los que llaman a emergencias las propias personas en crisis por sexo/género. Total período (%). Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024



4.6.5. Alertante por edad

Tabla 21. Persona que llama a emergencias por grupos de edad de las personas en crisis. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Grupos de edad	Propia persona	Familiar	Amigos	Profesional *	Viandante	Sin info	Policia	Otros	Total general
Menos de 18	23	41	8	21	2	5	3	1	104
De 18 a 29	108	106	37	50	23	27	24	15	390
De 30 a 39	64	38	16	11	15	8	11	10	173
De 40 a 49	99	64	20	5	11	12	7	8	226
De 50 a 59	73	51	17	6	13	11	6	6	183
De 60 a 69	23	32	5	1	8	3	6	7	85
De 70 y más	11	28	1	5	1	3	2	9	60
Total	401	360	104	99	73	69	59	56	1221

(*) Como "profesional" entendemos profesionales de la educación y del trabajo y educación social fundamentalmente

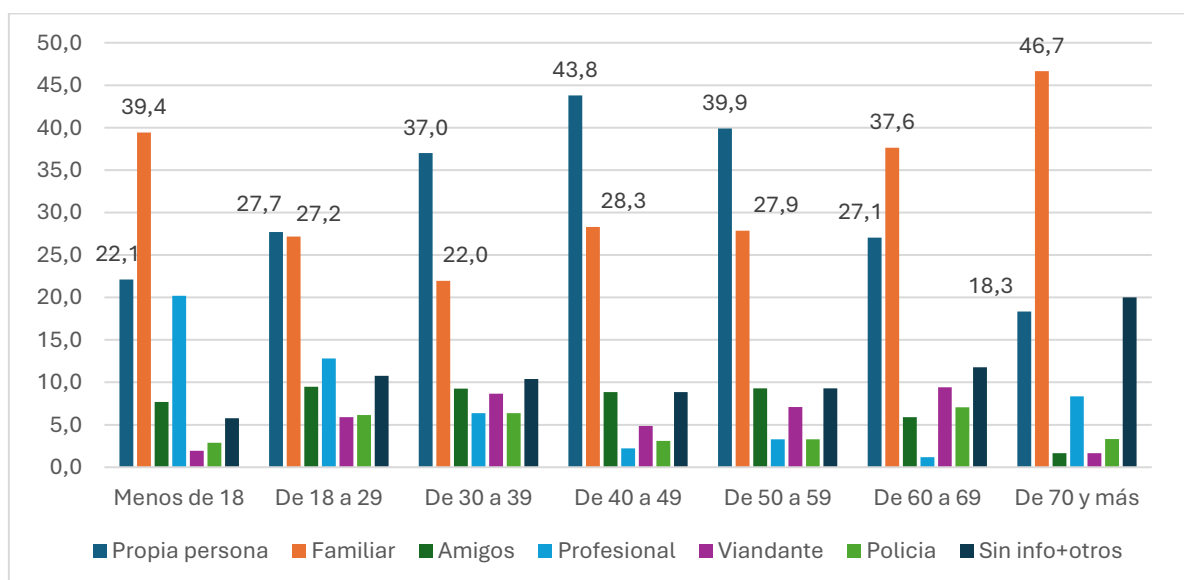
Dado que los grupos de edad son muy diferentes en número, conviene conocer la distribución porcentual de los alertantes para cada grupo de edad y así poder comparar los perfiles entre grupos anulando el efecto de su diferente volumen.

Tabla 22. Distribución porcentual de los alertantes en cada grupo de edad. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)

Grupos de edad	Propia persona	Familiar	Amigos	Profesional	Viandante	Policia	Sin info +otros	Total general
Menos de 18	22,1	39,4	7,7	20,2	1,9	2,9	5,8	100,0
De 18 a 29	27,7	27,2	9,5	12,8	5,9	6,2	10,8	100,0
De 30 a 39	37,0	22,0	9,2	6,4	8,7	6,4	10,4	100,0
De 40 a 49	43,8	28,3	8,8	2,2	4,9	3,1	8,8	100,0
De 50 a 59	39,9	27,9	9,3	3,3	7,1	3,3	9,3	100,0
De 60 a 69	27,1	37,6	5,9	1,2	9,4	7,1	11,8	100,0
De 70 y más	18,3	46,7	1,7	8,3	1,7	3,3	20,0	100,0
Total	32,8	29,5	8,5	8,1	6,0	4,8	10,2	100,0

El gráfico ilustra mejor las diferencias que se producen entre los diferentes grupos de edad, dibujando tendencias claras en lo que se refiere a la persona que alerta de la emergencia según las diferentes edades.

Gráfico 22. Distribución de alertantes para cada grupo de edad. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Podemos observar tendencias claras en función de la edad, especialmente en los casos de los alertantes más numerosos, la propia persona y los familiares:

- El peso que tiene la llamada de **la propia persona** en crisis se distribuye en forma de **curva cóncava a medida que se avanza en edad**; es decir, no es el principal alertante en los más jóvenes, pero va aumentando su peso hasta llegar al punto de inflexión en el grupo de los 40 a 49 años, grupo que presenta el máximo de avisos por parte de la propia persona en crisis (un 43,8% en esa franja de edad). A partir de esa edad el peso de las llamadas de la propia persona va decreciendo hasta suponer solo un 18% en el caso de mayores de 70 años.
- El caso de los **familiares** es inverso al anterior, ya que se dibuja una clara **curva convexa a medida que se avanza en edad**: los familiares son quienes más llaman en el caso de los más jóvenes (en un 39,4% de los casos frente al propio o la propia joven que lo hace en un 22%). Conforme se avanza en edad, el papel de los familiares disminuye, recogiendo la menor proporción de llamadas en el grupo de 30 a 39 años, a partir del cual el peso de los familiares aumenta hasta llegar a casi la mitad de los avisos en el caso de mayores de 70 años (46,7%).
- El resto de alertantes también tienen una presencia diferenciada según los grupos de edad, especialmente en los casos de **profesionales de la educación o del trabajo social**, quienes tienen un papel importante en los casos de personas jóvenes, y lo vuelven a tener en el de las más mayores. Los **viandantes** tienen un escaso protagonismo en las edades extremas. En todo caso se trata de números pequeños, por lo que las tendencias no son tan visibles como en los casos anteriores.

Tras estos patrones de conducta quizá está pesando la dependencia (emocional, cognitiva, psicológica, física...) puesto que los grupos de edad menores y mayores se asemejan bastante (con sus propias peculiaridades). A medida que se gana autonomía personal en todos los sentidos se gana en capacidad de autogestionar la propia petición de ayuda, volviendo a disminuir conforme se avanza en edad. Aunque podría haber diferencias de significación de conductas entre los mayores y los menores, pudiendo considerar la impulsividad y desconocimiento de recursos en los menores y la ausencia de sentido de la vida o mayor determinación de morir (y no pedir ayuda de forma directa) en los mayores.

4.7. Lugar genérico del suceso

4.7.1. Datos generales

Casi el 90% de los hechos se producen en dos lugares genéricos bien diferenciados: el propio **domicilio** y la **vía pública**. Existen otros lugares donde algunas personas han desarrollado conductas autolíticas que han dado lugar al aviso al 112, pero son bastante minoritarios, aunque algunos indican situaciones especialmente dolorosas por ser centros de ayuda, acogida o residencia de personas dependientes o enfermas. No se producen muchos casos en centros de este tipo, pero sí los suficientes como para estar más atentos a colectivos que, de por sí, presentan una mayor vulnerabilidad.

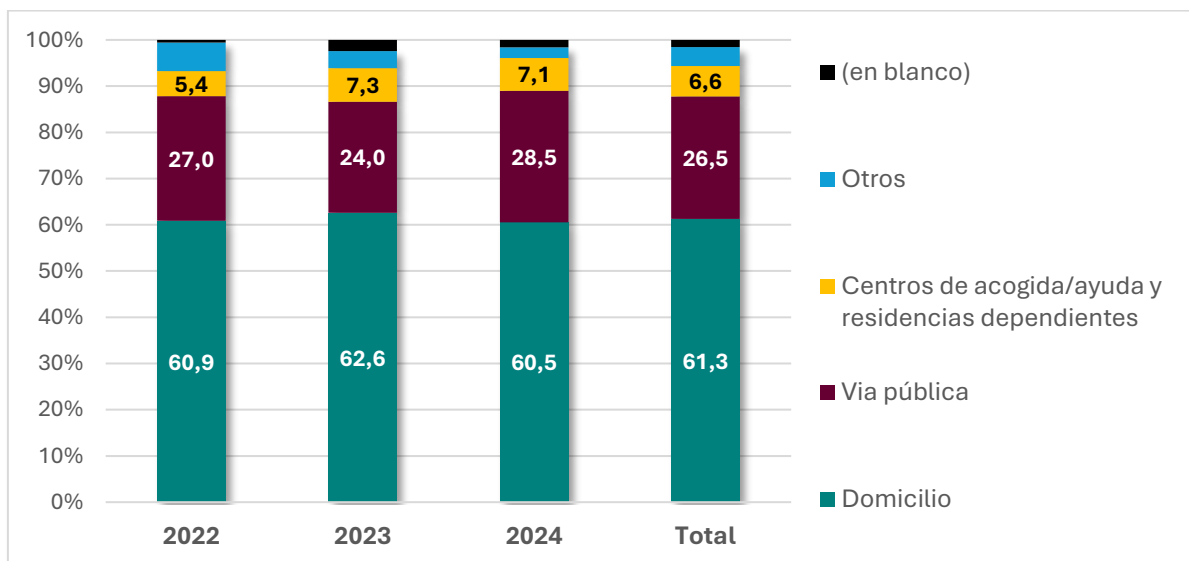
Cabe señalar que el domicilio y la vía pública son, en realidad, los dos únicos lugares posibles establecidos en términos genéricos; y son totalmente excluyentes. Decimos que son los dos únicos lugares, porque en realidad la división se reduce al “dentro” de tu espacio privado (normalmente el domicilio, pero también las residencias, los hoteles, los albergues, y todos aquellos lugares que sirven para residir) y el “fuera” de ese espacio privado, accediendo al espacio público. Por tanto, podríamos decir que **el 74% de las conductas suicidas se realizan en espacios privados (la inmensa mayoría en domicilios, pero también en residencias, centros de acogida, hospitales...) y el 26% en espacios públicos.**

Tabla 23. Lugares del suceso por años. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Lugar del suceso	2022		2023		2024		Total general	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Domicilio	327	60,9	336	62,6	340	60,5	1003	61,3
Vía pública	145	27,0	129	24,0	160	28,5	434	26,5
Centros de acogida/ayuda (mujeres, menores...)	22	4,1	37	6,9	31	5,5	90	5,5
Hotel, hostel, residencia estudiantes, pensión	8	1,5	11	2,0	8	1,4	27	1,7
Residencias (mayores, discapacitados), centros de día	7	1,3	2	0,4	9	1,6	18	1,1
Comisaría	9	1,7	6	1,1	2	0,4	17	1,0
Centros de salud, hospitales	4	0,7	3	0,6	3	0,5	10	0,6
Centro educativo	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	0,3
Comercio, oficina	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	0,3
Asociación	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,1
(en blanco)	3	0,6	13	2,4	9	1,6	25	1,5
Total general	537	100,0	537	100,0	562	100,0	1636	100,0

El lugar predominante, con mucha diferencia, en el que las personas piensan y llevan a cabo conductas autolíticas es el **domicilio** (normalmente propio o familiar): 1003 avisos de los 1636 analizados se dieron desde un domicilio particular. La ubicación de estos domicilios en el área geográfica del municipio se presentará por distritos en el siguiente apartado y se plasmará en los mapas finales de este capítulo.

Gráfico 23. Distribución porcentual de los lugares de los sucesos en los diferentes años y en el conjunto del período. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)



Las conductas que se producen en domicilios son:

- **Tentativas (sin resultado de muerte):** 459 casos..... 45,7%
 Con lesión: 380; sin lesión: 79
 - Por ingesta de fármacos: 270 (59%)
 - Por precipitación: 92 (20%)
 - Por arma blanca: 42 (9%)
 - Por tóxicos: 17 (3,7%)
 - Por intento de ahorcamiento: 13 (2,8%)
 - Resto de métodos: 25 casos
- **Ideación:** 431 casos..... 43%
- **Autolesiones sin intención de muerte:** 82 8%
- **Muerte:** 31 3%
 - Por precipitación: 20 avisos
 - Por ahorcamiento: 7 avisos
 - Otros: 4 avisos

El siguiente lugar genérico donde se producen conductas autolíticas es en la **vía pública**: 434 casos en los tres años (26,5%) han sido avisados desde un lugar de la vía pública bilbaína. En estos casos se conoce el lugar exacto geolocalizado (para poder acudir los servicios de emergencia). La mayoría corresponden a calles de Bilbao donde se ha producido algún suceso de este tipo, y en menor número de casos el hecho se produce en algún lugar específico de peligro, como puede ser el metro, algún puente o la ría o alrededores. Estos últimos son lo que se conoce como *hotspots* o “puntos calientes”, pues son lugares públicos conocidos, que entrañan un peligro específico y donde algunas personas planean ejecutar su tentativa suicida.

La distribución de los sucesos en la vía pública de Bilbao es la siguiente:

- En la calle: 372 casos..... 85,7%
- Puentes: 31 casos 7,1%
- Metro: 23 casos..... 5,3%
- Otros lugares: 8 casos..... 1,8%

Cabe mencionar que no hay alteración del tipo de lugar en los tres años analizados, manteniéndose la misma pauta en los tres.

4.7.2. Lugar por sexo/género

Las diferencias entre hombres y mujeres que hemos observado hasta ahora (tipo de conducta, métodos utilizados y persona que da el aviso) se presenta también en relación al lugar en donde se produce el suceso. Avanzábamos que las mujeres parecían preferir lugares más privados que los hombres. Y efectivamente es así.

*Tabla 24. Lugar del suceso por sexo/género de la persona en crisis.
Avisos ICA Bilbao, 2022-2024 (*)*

	Hombres		Mujeres	
	nº	%	nº	%
Domicilio	387	50,9	604	71,2
Vía pública	288	37,8	134	15,8
Centros de acogida/ayuda (mujeres, menores...)	32	4,2	53	6,3
Hotel, hostel, residencia estudiantes, pensión...	16	2,1	11	1,3
Residencias (mayores, discapacitados), centros de día...	9	1,2	9	1,1
Comisaría	16	2,1	1	0,1
Centros de salud, hospitales	4	0,5	5	0,6
Otros	4	0,5	10	1,2
(en blanco)	5	0,7	19	2,2
Total general	761	100,0	848	100,0

(*) Se eliminan los 27 casos en los que no hay información sobre el sexo de la persona en crisis

Entre quienes ejecutan su conducta autolítica en el **domicilio** hay muchas más mujeres que hombres; es verdad que en su conjunto hay más avisos de mujeres que de hombres, pero si comparamos porcentajes vemos que en el 71% de los casos de mujeres éstas realizan el acto en el domicilio, mientras que en el caso de los varones esta situación apenas supera el 50%. **En ambos casos el domicilio es el lugar más utilizado** para desarrollar las conductas autolíticas, pero **en el caso de las mujeres esta preferencia es mucho mayor que en el de los hombres**.

Por otro lado, las conducta y métodos utilizados por hombres y mujeres en los domicilios también son diferentes.

Los **fármacos** son más utilizados por mujeres que por hombres, tanto en número como en proporción. De hecho, es el principal método utilizado por mujeres en el domicilio, mientras que en el caso de los hombres éstos presentan más una ideación comunicada sin pasar al acto (sin método específico).

Cabe señalar que en ninguno de estos casos (fármacos) se ha producido el fallecimiento (al menos en el lugar de los hechos), en parte porque es difícil que éste se produzca de forma inmediata (desconocemos el resultado de la sobreingesta con el paso del tiempo) y también porque el aviso a emergencias evita que el proceso se alargue en el tiempo con posibilidad de resultar en muerte.

Tabla 25. Métodos de autolesión empleados en los domicilios, por sexo/género.
Avisos ICA en Bilbao 2022-2024

Métodos	Hombres Conducta en domicilio = 387		Mujeres Conducta en domicilio = 604	
	nº	%	nº	%
Fármacos	90	23,2	211	34,9
Sin método (ideación)	116	30,0	154	25,5
Precipitación	86	22,2	109	18,0
Arma blanca	48	12,4	68	11,2
Ahorcamiento	14	3,6	10	1,6
Otros	33	8,5	52	8,6

Es interesante comprobar cómo las mujeres plantean la **precipitación** casi tanto como los hombres (18% frente al 22,2%). Ciertamente las mujeres piensan en la precipitación como ideación sin pasar al acto ligeramente más que los hombres, pero realizan una tentativa en igual proporción (46% de los casos). Es reseñable también que se produjeran 20 casos de **fallecimiento** por precipitación en domicilios: 11 fueron hombres y 9 fueron mujeres.

También es de interés ver cómo el **arma blanca** es utilizada casi en igual proporción en hombres y en mujeres (12% - 11% de casos de avisos en domicilio). Tampoco en estos casos se produjeron fallecimientos (al menos en el lugar del hecho). En el caso del arma blanca cabe señalar que las mujeres la utilizan para autolesionarse sin intencionalidad de muerte en mucha más medida que los hombres. En casi la mitad de los 68 casos de mujeres que utilizaron el arma blanca lo hicieron con esta finalidad, mientras que solo 10 de los 48 casos de hombres lo hicieron por este motivo. Los hombres utilizan el arma blanca fundamentalmente para realizar una tentativa suicida, mientras que las mujeres la usan para autolesionarse sin intención de suicidio.

Por último, cabe mencionar que **en el domicilio se produjeron 31 fallecimientos** que pudieron ser certificados: 22 de hombres y 9 de mujeres. Esto supone **un 3,1% sobre el total de conductas registradas en domicilios; un 5,7% en el caso de los hombres y un 1,5% en el caso de las mujeres.**

En el caso de los hombres, los métodos letales empleados fueron:

- Precipitación: 11 casos
- Ahorcamiento: 7 casos
- Ahogamiento: 1 caso
- Tóxicos: 1 caso
- Sin identificar método: 1 caso

En el caso de las mujeres todos los fallecimientos fueron por precipitación (9 casos).

Pasando a los casos de conducta autolítica en la **vía pública**, podemos comprobar que ésta es **elegida por los varones en mucha mayor medida que las mujeres**: no sólo se duplica el número, sino también la proporción de hombres que eligen un lugar público para realizar una conducta autolítica.

Gráfico 24. Lugar en el que realizan conductas autolíticas hombres y mujeres.
Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024 (%)

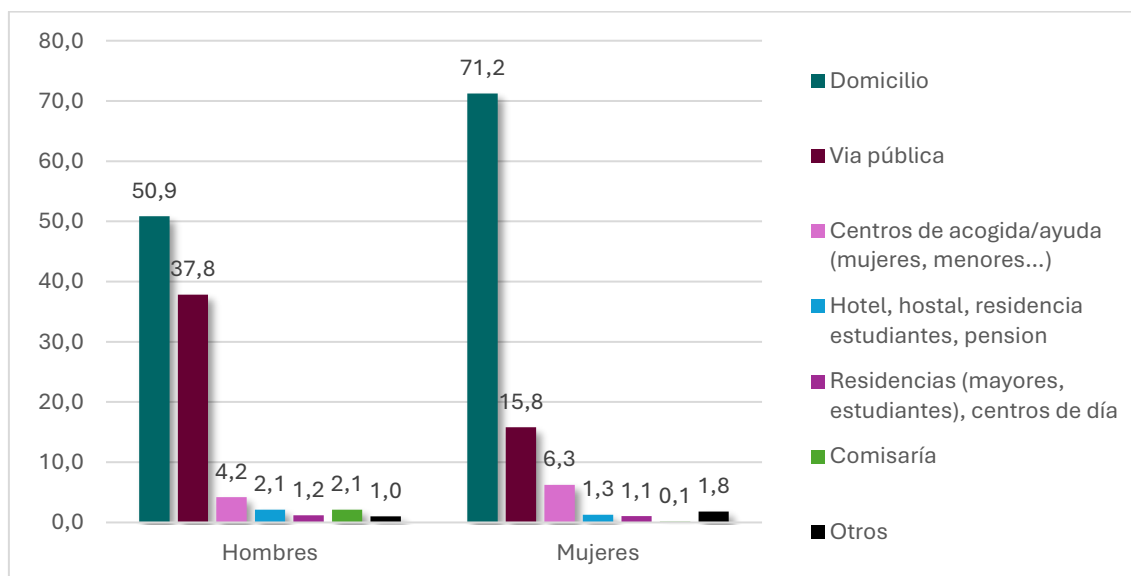


Tabla 26. Métodos de autolesión empleados en la vía pública, por sexo/género.
Avisos ICA en Bilbao 2022-2024

Métodos	Hombres Conducta en vía pública = 288		Mujeres Conducta en Vía pública = 134	
	nº	%	nº	%
Sin método (ideación)	103	35,7	44	32,8
Precipitación	75	26,0	40	29,8
Arma blanca	43	14,9	10	0,7
Fármacos	19	6,6	16	11,9
Arrollamiento	17	5,9	18	13,4
Ahorcamiento	4	1,4	0	0,0
Otros	27	9,4	6	4,5

El método empleado en la vía pública por ambos sexos es la ideación sin método explícito, seguido de la precipitación, con una pauta más marcada en mujeres. Los hombres optan por el arma blanca en mucha mayor medida que las mujeres y por el ahorcamiento (ningún caso de mujeres). Por el contrario, las mujeres utilizan el método del arrollamiento en mucha mayor proporción que los varones, así como la ingesta de fármacos; al menos como idea comunicada, aunque no se pase a la acción.

En el caso de la vía pública se produjeron **8 fallecimientos *in situ*, todos de varones**. Esto supone el **1,9% de todos los avisos atendidos en la vía pública; un 2,7% de los casos de hombres y 0% en el de las mujeres**.

El domicilio se configura como el lugar más utilizado por hombres y mujeres (aunque en diferente medida) para desarrollar conductas autolíticas. Es el lugar donde más muertes se producen, no sólo en número sino también en proporción. La calle es un lugar menos letal, quizá por la visibilidad y la posibilidad de aviso y rescate por parte de terceras personas. En el domicilio, aunque se avise a emergencias, la rescatabilidad parece menor.

De las 43 muertes producidas en el lugar del aviso en este período:

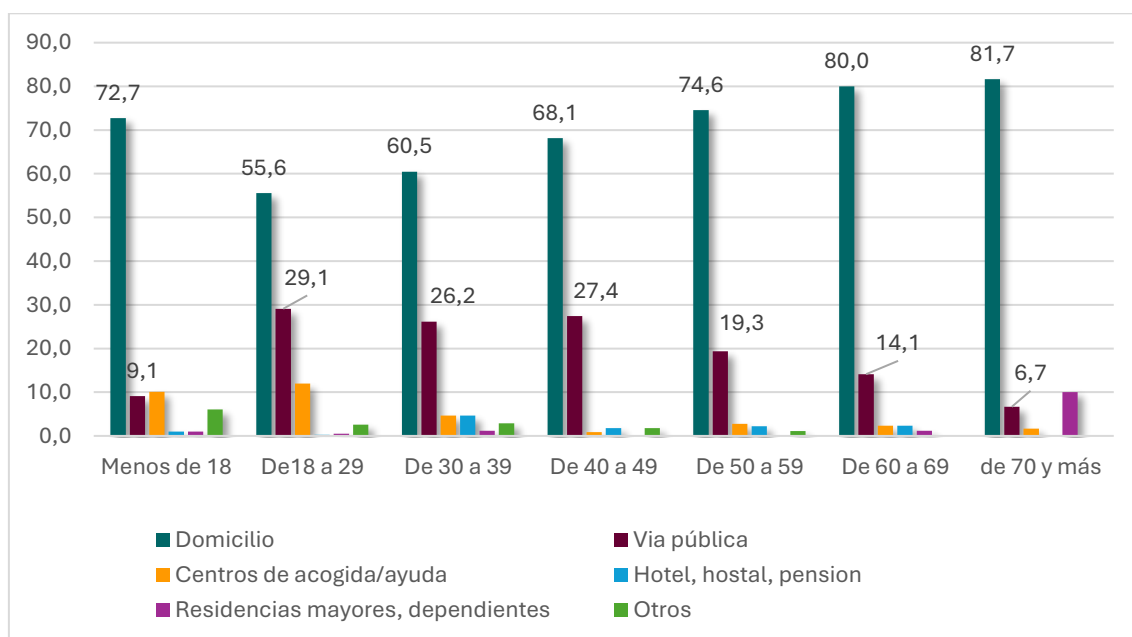
- 31 fueron en el domicilio
- 8 en la vía pública
- 2 en residencias de mayores
- 1 en centro de acogida (mujer)
- 1 en hotel/hostal (hombre)

4.7.3. Lugar por edad

Tabla 27. Lugar del suceso por grupos de edad. Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024

Edad		Domicilio	Vía pública	Centros de acogida/ ayuda	Hotel, hostel, pensión	Residencias mayores, dependientes	Otros	Total con información
Menos de 18	nº	72	9	10	1	1	6	99
	%	72,7	9,1	10,1	1,0	1,0	6,1	100,0
De 18 a 29	nº	214	112	46	1	2	10	385
	%	55,6	29,1	11,9	0,3	0,5	2,6	100,0
De 30 a 39	nº	104	45	8	8	2	5	172
	%	60,5	26,2	4,7	4,7	1,2	2,9	100,0
De 40 a 49	nº	154	62	2	4	0	4	226
	%	68,1	27,4	0,9	1,8	0,0	1,8	100,0
De 50 a 59	nº	135	35	5	4	0	2	181
	%	74,6	19,3	2,8	2,2	0,0	1,1	100,0
De 60 a 69	nº	68	12	2	2	1	0	85
	%	80,0	14,1	2,4	2,4	1,2	0,0	100,0
de 70 y más	nº	49	4	1	0	6	0	60
	%	81,7	6,7	1,7	0,0	10,0	0,0	100,0
Total	nº	796	279	74	20	12	27	1208
	%	65,9	23,1	6,1	1,7	1,0	2,2	100,0

Gráfico 25. Distribución de los lugares del suceso para cada grupo de edad (%) Avisos ICA en Bilbao, 2022-2024



Con la excepción de los más jóvenes, el domicilio va adquiriendo más peso conforme se avanza en edad; al contrario de lo que sucede con la vía pública. En esta evolución contrastan los menores y los mayores. Los primeros presentan conductas autolíticas fundamentalmente en el domicilio, pero los centros colectivos presentan una cierta importancia (dentro del escaso número de casos manejado): 10 casos en centros de acogida o ayuda y otros 4 en centros educativos (clasificados en “otros”). Aun así, son casos escasos, aunque hay que recordar que estamos trabajando con casos de avisos a emergencias; pero puede haber muchas conductas autolíticas que no hayan generado avisos al 112 y se han resuelto por otros cauces, como pueden ser determinados protocolos y avisos a autoridades sanitarias. Conviene recordar que no estamos manejando todas las conductas autolíticas producidas en el municipio de Bilbao; sólo aquellas que han generado un aviso a Sos Deiak.

Por su parte, las personas mayores presentan también una peculiaridad, además de ser el grupo de edad que más utiliza el espacio privado del domicilio para producirse daños. Y también son los que menos utilizan la vía pública, pudiendo deberse esto a condiciones físicas de movilidad reducida o simplemente porque no desean llamar la atención o ser rescatados. Llama la atención que, en 11 de los 60 casos recogidos, son ellos o ellas mismas quienes avisan a emergencias, pero incluso en los dos casos de muerte producidas en este contexto. Los dos varones; y los otros 3 que dan aviso ellos mismos tienen lesiones como resultados de sus tentativas. Es como si la decisión estuviese tomada de manera firme. El caso de las mujeres es diferente. De las 6 que llamaron ellas a emergencias desde sus domicilios, 4 fueron casos de ideación comunicada, 1 de tentativa sin lesión y otro de tentativa con lesión.

Se trata de números muy escasos como para sacar conclusiones generalizables, pero sí nos pueden dar una orientación de conductas diferenciadas que pueden constituir hipótesis razonables a validar en futuras investigaciones.

Aunque en este grupo hay casos de conductas autolíticas en residencias de mayores, lo cierto es que no son muchos casos (6 de 60 totales).

4.8. Ubicación municipal: avisos ICA por distritos

En este apartado utilizaremos **sólo aquellos avisos que se han producido desde un domicilio** a fin de evitar la sobredimensionalización de áreas del municipio con conductas autolíticas en las que se encuentren lugares recurrentes como puentes, muelles, estaciones de metro, centros residenciales colectivos, etc. El objetivo es conocer si a conducta autolítica impacta de forma diferente en las distintas áreas del municipio; o, dicho de otra forma: si existen áreas o zonas residenciales donde afecte la conducta autolítica de forma diferente. Por ello eliminamos de este análisis la vía pública y los centros colectivos, quedándonos con 1000 casos de avisos producidos en domicilios (1003 en realidad) y de los que hay información del distrito (en 3 casos no hay información).

Para elaborar la siguiente tabla tomamos como referencia el número de habitantes de cada distrito publicado por el Ayuntamiento de Bilbao en su servicio Bilbao Open Data¹⁴; en este caso referidos a 1 de enero de 2022, inicio del período analizado en este trabajo. No podemos utilizar los datos anuales de población porque aún no se han publicado los referidos a 1 de enero de 2024. A falta de uno de los años de análisis hemos optado por utilizar solo un dato de población de referencia como punto de partida: el relativo a 1 de enero de 2022. Las diferencias entre 2022 y 2023 no son elevadas, por lo que entendemos que las tasas por 1.000 habitantes no cambiarían mucho en los años 2023 y 2024. Aun así, sería preferible, en el futuro, revisar las tasas de 2023 y 2024 con la población anual real de cada distrito.

Tabla 28. Población y avisos ICA en domicilios en los distritos de Bilbao, por año. Totales y tasas por 1.000 habitantes. 2022-2024

Distritos	Población 2022*	Avisos 2022		Avisos 2023		Avisos 2024		Total período	
		nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa	nº avisos	Tasa media anual
ABANDO	51086	23	0,45	35	0,69	32	0,63	90	0,59
BASURTU-ZORROTZA	32907	28	0,85	24	0,73	38	1,15	90	0,91
BEGOÑA	40526	53	1,31	54	1,33	43	1,06	150	1,23
DEUSTU	48710	49	1,01	42	0,86	53	1,09	144	0,99
ERREKALDE	48615	47	0,97	48	0,99	40	0,82	135	0,93
IBAIONDO	61805	67	1,08	67	1,08	73	1,18	207	1,12
OTXARKOAGA-TXURDINAGA	25039	20	0,80	29	1,16	24	0,96	73	0,97
URIBARRI	35990	39	1,08	36	1,00	36	1,00	111	1,03
Total general	344678	326	0,95	335	0,97	339	0,98	1000	0,97

(*) FUENTE: Bilbao Open Data. Habitantes por distritos a 1 de enero de 2022

Tomando los datos generales del período, podemos comprobar que es el distrito de Ibaiondo el que más avisos ha enviado a emergencias por conductas autolíticas en domicilios particulares, 207 de los 1000 registrados en total, seguido muy por detrás por el distrito de Begoña (150 avisos). Sin embargo, si consideramos los diferentes volúmenes de población de cada distrito, podremos ver que es Begoña el distrito en donde más avisos se producen en domicilios por 1.000 habitantes. Esto es, es en Begoña donde más avisos se producen por conductas autolíticas por cada 1.000 habitantes (con una tasa media de 1,23 avisos anuales por cada 1.000 habitantes), seguido de cerca por Ibaiondo (con una tasa de 1,12 avisos de media anual por cada 1.000 habitantes).

¹⁴ <https://www.bilbao.eus/opendata/es/catalogo/dato-habitantes-distrito-sexo-2022>

Por el otro extremo, tenemos a Otxarkoaga-Txurdinaga como el distrito con menos avisos (73 en los tres años), pero teniendo en cuenta su población dejaría de ser el distrito con menos incidencia de avisos. Ese lugar lo ocupa Abando, que presenta la menor tasa de aviso ICA en Bilbao en este período, con una tasa media anual de 0,59 avisos por cada 1.000 habitantes, frente al 1,23 del distrito más afectado, como es Begoña.

Gráfico 26. Número de avisos ICA desde domicilios en Bilbao durante el período 2022-2024, por distritos

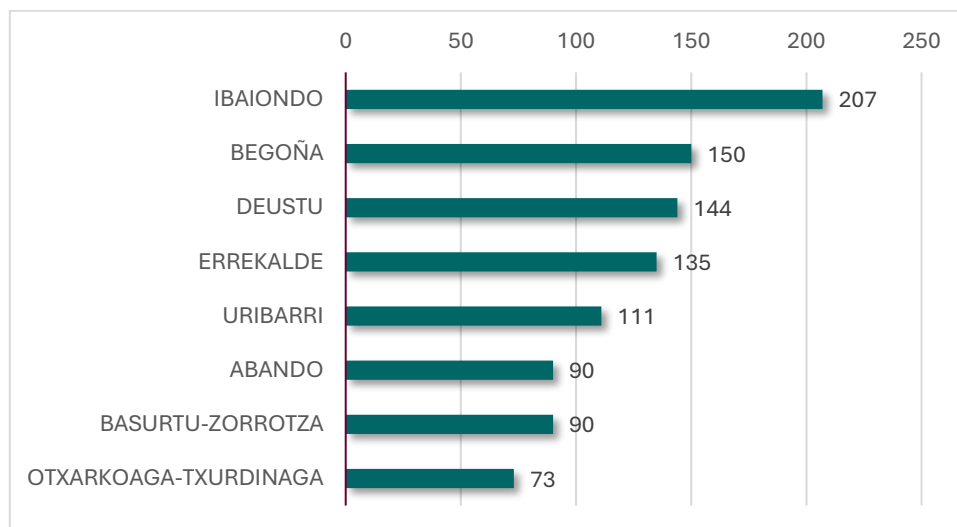
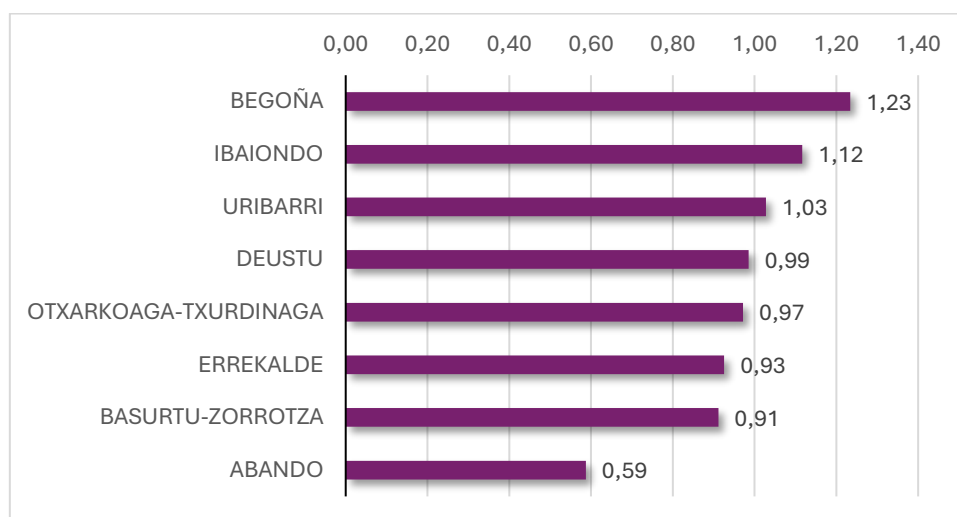


Gráfico 27. Tasas por 1.000 habitantes de avisos ICA desde domicilios en Bilbao durante el período 2022-2024, por distritos



Por tanto, podemos comprobar que hay una distribución desigual de la incidencia de la conducta autolítica entre los diferentes distritos de Bilbao; al menos en lo que concierne a las conductas que generan avisos a emergencias.

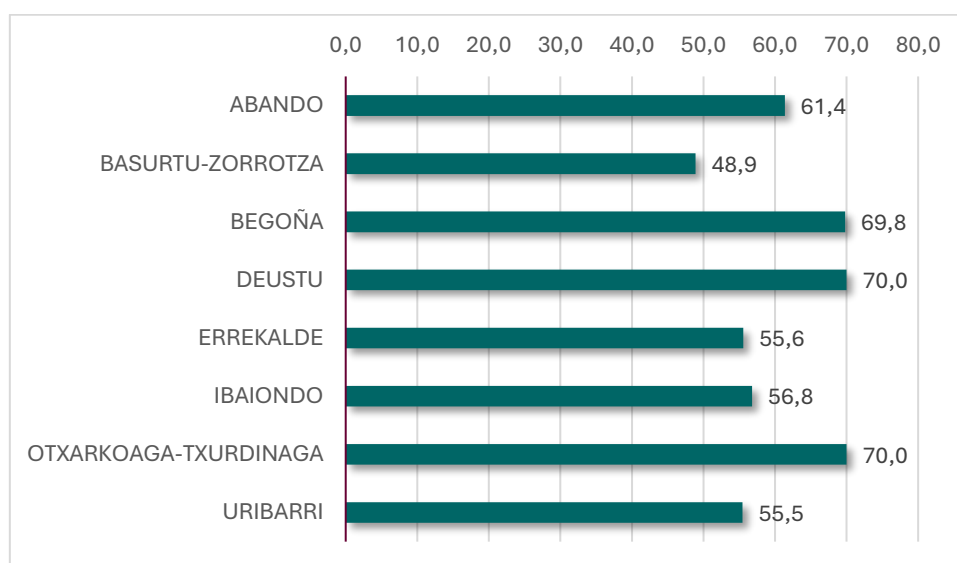
Sería importante contar con información socioeconómica de cada uno de los distritos para poder analizar la posible relación de las conductas autolíticas con ciertos factores sociales de riesgo y de protección (acceso a servicios sanitarios, tejido comunitario, servicios sociales, renta per cápita, etc.) y con la presencia de colectivos más vulnerables (población mayor, extranjera, personas solas, etc.). Esta información no la tenemos actualmente, aunque, por otra parte, su análisis excedería de los objetivos y extensión de este trabajo, que lo consideramos como un punto de partida para futuras investigaciones pegadas al territorio. Ese es, pues, un trabajo pendiente que podría vincular empíricamente (o no) estos condicionantes sociocomunitarios con las conductas autolíticas y/o suicidas.

De momento podemos caracterizar a los distritos según las variables más relevantes que hemos obtenido de los avisos ICA realizados desde domicilios particulares.

Tabla 29. Avisos ICA en domicilios de Bilbao, por sexo/género y distritos. 2022-2024

Distritos	Hombres		Mujeres		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
ABANDO	34	38,6	54	61,4	88	100,0
BASURTU-ZORROTZA	46	51,1	44	48,9	90	100,0
BEGOÑA	45	30,2	104	69,8	149	100,0
DEUSTU	42	30,0	98	70,0	140	100,0
ERREKALDE	60	44,4	75	55,6	135	100,0
IBAIONDO	89	43,2	117	56,8	206	100,0
OTXARKOAGA-TXURDINAGA	21	30,0	49	70,0	70	100,0
URIBARRI	49	44,5	61	55,5	110	100,0
Total general	386	39,1	602	60,9	988	100,0

Gráfico 28. Proporción de mujeres con conductas autolíticas registradas en los avisos ICA en domicilios de Bilbao, por distritos. 2022-2024 (%)



En relación al **sexo/género**, sabemos que entre todos los avisos registrados en el período hay ligeramente más mujeres que hombres con conductas autolíticas (el 52,7% de los avisos totales analizados y con información de sexo/género son de mujeres), y que en las conductas en domicilio las mujeres tienen aun más peso: el 60,4% de los 1003 avisos desde domicilios son de mujeres. Dicho esto, podemos comprobar que **no en todos los distritos la distribución por sexos es la misma**. Aunque en casi todos los distritos la mayoría de avisos corresponde a mujeres, la proporción no es igual. Destaca **Deustu, Otxarkoaga-Txurdinaga y Begoña** con una **proporción de mujeres** muy superior a la media. Por el lado contrario, **Basurtu-Zorrotza** presenta una **mayoría masculina**.

En cuanto a la **edad**, comprobamos que **Deustu, Uribarri y Errekalde** son los distritos donde mayor peso tiene la **población más joven** que ha generado avisos autolíticos en domicilios. Por el contrario, los distritos donde los avisos de población **mayor de 70 años** tienen más peso que en el resto son los de **Basurtu-Zorrotza y Txurdinaga-Otxarkoaga**. Habría que conocer la composición de la población por edad de estos distritos, y ver si coinciden estos datos con distritos más o menos envejecidos. **Deustu y Errekalde** se confirman como los distritos donde mayor peso hay de avisos de población **menor de 30 años**.

Tabla 30. Avisos ICA en domicilios de Bilbao, por edad y distritos. Período 2022-2024

Distritos		Menos de 18	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 y más	Total
ABANDO	nº	3	19	9	13	15	10	1	70
	%	4,3	27,1	12,9	18,6	21,4	14,3	1,4	100,0
BASURTU-ZORROTZA	nº	7	11	7	21	13	5	9	73
	%	9,6	15,1	9,6	28,8	17,8	6,8	12,3	100,0
BEGOÑA	nº	9	36	18	20	18	15	7	123
	%	7,3	29,3	14,6	16,3	14,6	12,2	5,7	100,0
DEUSTU	nº	16	34	9	16	18	11	6	110
	%	14,5	30,9	8,2	14,5	16,4	10,0	5,5	100,0
ERREKALDE	nº	13	30	10	23	14	10	4	104
	%	12,5	28,8	9,6	22,1	13,5	9,6	3,8	100,0
IBAIONDO	nº	10	49	25	41	29	6	6	166
	%	6,0	29,5	15,1	24,7	17,5	3,6	3,6	100,0
OTXARKOAGA-TXURDINAGA	nº	2	11	9	6	16	6	6	56
	%	3,6	19,6	16,1	10,7	28,6	10,7	10,7	100,0
URIBARRI	nº	12	24	17	13	12	5	9	92
	%	13,0	26,1	18,5	14,1	13,0	5,4	9,8	100,0

Tabla 31. Avisos ICA en domicilios de Bilbao, por tipo de conducta y distritos.
Período 2022-2024

Distritos		Autolesión sin intencionalidad de muerte	Ideación Comunicada	Tentativa sin lesión	Tentativa con lesión	Tentativa con resultado de muerte	Total general
ABANDO	nº	6	42	7	33	2	90
	%	6,7	46,7	7,8	36,7	2,2	100,0
BASURTU- ZORROTZA	nº	4	55	4	25	2	90
	%	4,4	61,1	4,4	27,8	2,2	100,0
BEGOÑA	nº	12	51	10	74	3	150
	%	8,0	34,0	6,7	49,3	2,0	100,0
DEUSTU	nº	14	72	7	48	3	144
	%	9,7	50,0	4,9	33,3	2,1	100,0
ERREKALDE	nº	13	50	21	46	5	135
	%	9,6	37,0	15,6	34,1	3,7	100,0
IBAIONDO	nº	17	83	18	79	10	207
	%	8,2	40,1	8,7	38,2	4,8	100,0
OTXARKOAGA- TXURDINAGA	nº	7	27	6	30	3	73
	%	9,6	37,0	8,2	41,1	4,1	100,0
URIBARRI	nº	9	49	5	45	3	111
	%	8,1	44,1	4,5	40,5	2,7	100,0
Total general	nº	82	429	78	380	31	1000
	%	8,2	42,9	7,8	38,0	3,1	100,0

Por **tipo de conducta**, Deustu, Errekalde y Otxarkoaga-Txurdinaga son los distritos en los que más peso adquiere la **autolesión** sin intencionalidad de muerte; en el caso de Deustu y Errekalde probablemente por ser distritos con más peso de las conductas de personas más jóvenes.

A pesar de que la ideación comunicada es la conducta más frecuente en el municipio, hay dos distritos en los que esto no es así: en **Begoña** la conducta más recurrente es la tentativa con lesión, al igual que en **Otxarkoaga-Txurdinaga**, por lo que ambos distritos presentan **un patrón de conductas autolíticas diferente al resto**, con resultados más lesivos.

Si a ello añadimos que **Otxarkoaga-Txurdinaga** tiene una tasa elevada de resultado de muerte (no supera a otros distritos en número de fallecimientos, pero su población general es más reducida por lo que la tasa aumenta en este distrito), podemos concluir que en este distrito se presentan unas **conductas autolíticas más severas que en otros**. Le sigue **Ibaiondo** (con el número y la tasa más elevada de fallecimientos, y una tasa elevada también de tentativas con lesión) y **Begoña**.

En el otro extremo se colocarían los distritos de **Basurtu-Zorrotza** y **Deustu**; en ambos casos se llega o supera el 60% de conductas autolíticas **sin consecuencias lesivas**, algo que no sucede en el resto de distritos.

Por último, en relación al **método empleado** en la conducta autolítica, también podemos destacar diferencias significativas entre distritos.

*Tabla 32. Avisos ICA en domicilios de Bilbao, por método empleado y distritos.
Período 2022-2024*

Distritos	Fármacos		Sin método		Precipitación		Arma blanca		Resto		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
ABANDO	29	32,2	25	27,8	19	21,1	7	7,8	10	11,1	90	100,0
BASURTU-ZORROTZA	25	27,8	41	45,6	11	12,2	7	7,8	6	6,7	90	100,0
BEGOÑA	52	34,7	31	20,7	34	22,7	20	13,3	13	8,7	150	100,0
DEUSTU	36	25,0	51	35,4	24	16,7	15	10,4	18	12,5	144	100,0
ERREKALDE	40	29,6	28	20,7	38	28,1	11	8,1	18	13,3	135	100,0
IBAIONDO	67	32,4	52	25,1	38	18,4	30	14,5	20	9,7	207	100,0
OTXARKOAGA-TXURDINAGA	25	34,2	12	16,4	15	20,5	14	19,2	7	9,6	73	100,0
URIBARRI	31	27,9	35	31,5	17	15,3	11	9,9	17	15,3	111	100,0
TOTAL	305	30,5	275	27,5	196	19,6	115	11,5	109	10,9	1000	100,0

El método empleado mayoritariamente en domicilios son los **fármacos** (con o sin sustancias tóxicas añadidas), aunque, de nuevo, no en todos los distritos se utiliza en igual medida; de hecho, en algunos distritos no es el método más utilizado, como es el caso de Basurtu-Zorrotza, de Deustu o de Uribarri. En estos distritos dominan los avisos de ideaciones en los que no existe método específico.

Aun así, las diferencias en el uso de **fármacos** no pasan de un 10% entre el distrito en que **menos se utilizan** (Deustu, con un 25% de los casos) y aquel en el que **más se emplean** (Begoña, con un 34,7%).

Esta diferencia de uso de determinados métodos en los diferentes distritos se amplía notablemente en otros casos, llegando a superar, como hemos indicado, a los fármacos en algunos distritos. Llama la atención el caso de avisos en los que **no hay método** en **Basurtu-Zorrotza** (un 45,6% de sus casos) y **Deustu** (un 35,4% de sus casos); contrasta con **Otxarkoaga-Txurdinaga** en el que solo un 16,4% de sus casos corresponden a este tipo de método y conducta; un tercio menos que en Basurtu-Zorrotza.

También llama la atención la elevada proporción de casos que utilizan la **precipitación** en **Errekalde** (un 28% de sus casos), duplicando su uso al de otros distritos como **Basurtu-Zorrotza** o **Uribarri**.

Por último, también resulta llamativa la elevada proporción del uso de **arma blanca** en **Otxarkoaga-Txurdinaga** (un 19,2% de sus avisos frente al 7,8% de los de Abando o Basurtu-Zorrotza).

En definitiva, nos encontramos con un espacio geográfico-social diferenciado en lo que se refiere tanto a las conductas autolíticas en sí mismas como a las características de sus protagonistas. Hecho en el que sería importante profundizar, acompañándonos de caracterizaciones socioeconómicas de estos espacios, tal y como hemos indicado al principio de este apartado.

Begoña es el distrito con mayor proporción de conductas autolíticas que han generado avisos al 112 en relación a su población; presenta una elevada proporción de mujeres y personas mayores con conductas autolesivas. Predominan las tentativas con lesión y el uso de fármacos.

Ibaiondo es el siguiente distrito con mayor proporción de conductas registradas en relación a su población; la proporción por sexos es equilibrada y predominan edades intermedias. Aunque el número de casos no es elevado, es el distrito con mayor proporción de fallecimientos por suicidio y los métodos empleados son relativamente variados, no destacando en ninguno de ellos de forma determinante.

Uribarri es el siguiente distrito con mayor proporción de conductas autolíticas, con cierto equilibrio entre el número de casos de hombres y de mujeres. Destaca por la elevada proporción de jóvenes con conductas autolíticas y de adultos jóvenes. En cuanto a conductas, no destaca en ninguna con respecto a la media: domina la ideación comunicada seguida de la tentativa con lesión; el resto son conductas minoritarias que no destacan por encima de la media de Bilbao. Tampoco destaca en relación al uso de métodos, siendo éstos muy variados y colocándose en posiciones intermedias en relación a otros distritos.

Deustu se ubica en un lugar intermedio en relación a la tasa de avisos, colocándose en cuarto lugar. Destaca por la gran proporción de mujeres que generan avisos y por la juventud de sus protagonistas (más del 45% de los avisos corresponden a menores de 30 años); también porque los avisos corresponden a ideaciones sin pasar al acto en una elevadísima proporción (el 50% de sus casos) y por ser el distrito con más proporción de autolesiones. Por ello, destaca también en el método, ya que supera a la media en conductas sin método específico (ideaciones).

Le sigue en tasa de avisos **Otxarkoaga-Txurdinaga**, otro de los distritos con mayor proporción de mujeres con conductas autolíticas analizadas. Muy pocos jóvenes; la mayoría de los casos corresponden a personas de edades intermedias y mayores. Se presentan conductas con resultados lesivos o fallecimientos en mayor medida que en otros distritos, aunque también las autolesiones tienen un peso mayor que la media.

Errekalde ocupa el sexto lugar en importancia de tasa de avisos en función de su población. Como Uribarri, su proporción por género es equilibrada y las edades jóvenes son elevadas con respecto a la media. En este caso sí se distingue de otros distritos en el tipo de conducta, ya que supera a la media en autolesiones y en tentativas sin lesión. Los

métodos empleados son variados y se asemejan a la media, si bien destaca su proporción de precipitaciones.

Basurtu-Zorrotza es el segundo distrito con menor tasa de avisos por habitantes, aunque ésta es muy similar a la del anterior, Errekalde. Aparece, en principio, como un distrito bastante singular. Uno de sus rasgos distintivos, al menos aparentemente, es que los avisos de hombres superan a los de mujeres, único caso en todo el municipio. No obstante, y dado el volumen pequeño de casos que manejamos por distritos relativos a hombres y mujeres, hay que tener cierta precaución, ya que en este distrito concreto tenemos la sospecha de que puede haber avisos repetidos de una misma persona de forma más elevada de lo que puede ser habitual; concretamente de un varón, coincidente en las mismas coordenadas y con la misma edad. Dado que no podemos asegurar que se trate de la misma persona, indicamos que en este sentido debemos ser cautelosos. Máxime cuando la pauta general es que hay más avisos de mujeres que de hombres. En otro orden de cosas, destaca en edades intermedias y, sobre todo, en avisos generados por personas de 70 y más años de edad. También es el distrito que presenta mayor proporción de avisos por ideaciones y, por lo tanto, también mayor proporción de conductas sin método, superando este hecho al uso de fármacos (lo más habitual en el municipio).

Abando es el distrito con menor tasa de avisos por conductas autolíticas de Bilbao. No destaca ni por la composición por género de los avisos generados, ni por la edad, más allá de que hay una proporción de personas entre 60 y 69 años superior a la media. Tampoco destaca por el tipo de conductas, asemejándose mucho a la media, ni tampoco por el tipo de métodos empleados; a lo sumo se puede reseñar el uso de fármacos muy ligeramente superior a la media y el escaso uso de arma blanca, como en el caso también de Basurtu-Zorrotza y Errekalde.

Para finalizar este análisis, cabe mencionar que también hemos creado unos mapas de calor del municipio de Bilbao por años, así como por barrios con la herramienta **Maptive**. En dichos mapas se sitúan los avisos que hemos analizado procedentes de domicilios. La idea de estos mapas es hacer más visual lo arriba indicado. Estos mapas se encuentran en el **Anexo**.

5. Conclusiones y recomendaciones

Nota Previa: las conclusiones que se resaltan en este apartado se refieren exclusivamente a los casos analizados; no deben extrapolarse como si se refiriesen al conjunto de las conductas suicidas posibles, ya que debemos ser conscientes de que habrá muchas conductas que queden fuera de los avisos a emergencias. Por tanto, las conclusiones se refieren, en todo caso, a las conductas autolíticas que han sido reportadas al 112; en este caso producidas en Bilbao entre los años 2022 y 2024.

Finalizaremos el estudio con una serie de recomendaciones que nos han surgido a tenor del análisis de estos resultados y de su confrontación con la realidad de la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida presente en nuestro contexto social. Se trata de recomendaciones y propuestas que puedan mejorar algunos de los aspectos de la atención actual al suicidio.

5.1. Conclusiones

Recogemos en este apartado los principales hallazgos que hemos encontrado en la realización de este estudio. Dichas conclusiones o hallazgos los exponemos vinculados a las dos variables sociodemográficas que conocemos y que muestran diferencias importantes en las conductas autolíticas que son objeto de aviso a emergencias. Estas son el **sexo/género** y la **edad** de la persona que muestra la conducta. En relación a cada una de ellas expondremos los principales resultados sobre:

- Número de avisos
- Tipo de conducta suicida
- Método elegido
- Lugar del suceso
- Persona que realiza la llamada

Añadiremos también otros dos apartados: uno más general en relación a la **evolución y distribución temporal** de los avisos y otro en relación a la **distribución espacial** por el municipio de Bilbao.

Para conocer el detalle metodológico, conceptual y de resultados, es preciso dirigirse a los apartados correspondientes de este estudio.

5.1.1. Evolución temporal y distribución estacional

El plazo de tiempo analizado es muy corto (tres años) como para identificar alguna tendencia temporal. De hecho, el número de avisos anual es prácticamente el mismo en 2022, 2023 y 2024. En relación a la posible existencia de algún patrón estacional (mayor número de avisos en algún momento del año de forma recurrente), comprobamos que, si bien existen fluctuaciones importantes a lo largo de los 36 meses analizados, éstas no siguen ningún patrón estacional.

5.1.2. El factor sexo/género

Existen diferencias importantes según el género de las personas que protagonizan la incidencia autolítica, pero es necesario concretar y matizar tales diferencias.

- a) En relación al **volumen de llamadas** realizadas por hombres y mujeres podemos decir que no hay diferencias significativas. Esto es, tanto hombres como mujeres protagonizan avisos a emergencias en número similar. De los 1636 avisos analizados, 761 corresponden a hombres, 848 a mujeres y en 27 avisos se desconoce el género de la persona en crisis. Así, de los casos conocidos (1.609), el 47% corresponde a varones y el 53% a mujeres. Este resultado de cierta paridad en llamadas a emergencias está en consonancia con los resultados del último informe anual de la Línea 024, Línea de Atención a la Conducta Suicida, publicado por el Ministerio de Sanidad. Así, en el informe correspondiente al año 2024¹⁵ se constata que, de las 146.122 llamadas telefónicas recibidas, el 43,4% correspondían a mujeres, el 40,8% a varones y en el 15,8% de los casos no se especificaba el sexo/género. De igual forma, de los 18.734 casos atendidos por chat, desde el inicio del servicio en junio de 2023 al 31 de diciembre de 2024, el 48,7% correspondieron a mujeres, el 47,5% a hombres y en el 1,2% de los casos se desconoce el dato.

Esto cuestiona la muy extendida idea de que “los hombres no piden ayuda”; o, al menos, plantea la necesidad de matices. Quizá en otras instancias más tempranas (malestar, ideación, planificación...) eso sea así, pero en relación a las llamadas a emergencias no se aprecia una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Esta afirmación se refuerza analizando quién es la persona que realiza la llamada: la propia persona, un familiar, viandante, etc.

- b) Si atendemos a **quién realiza la llamada** a emergencias constatamos que son precisamente los hombres quienes llaman de forma directa en mayor medida que las mujeres. En los casos en los que la persona en crisis es un hombre, el 32% de las

¹⁵ https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe_024_anual_2024.pdf. Cabe añadir que los informes de la Línea 024 referidos a los meses de enero a abril de 2025 confirman y ratifican la misma tendencia: tanto en las llamadas telefónicas como en los chats las proporciones de hombres y mujeres son similares; si bien hay un ligero predominio de mujeres, éste no es tan amplio como para sustentar la afirmación que estamos, al menos, matizando.

llamadas las realiza el propio protagonista, siendo, además, la situación más frecuente por encima de las llamadas realizadas por familiares, viandantes, amistades, etc.; en el caso de las mujeres es un 28,5% el que corresponde a sus propias llamadas, siendo superadas por las llamadas por parte de algún familiar (32,7% de los avisos en los que están implicadas mujeres). Si a esto añadimos que la gran mayoría de las llamadas a emergencias efectuadas por las propias personas en crisis se realizan para pedir ayuda (en torno al 82% de los avisos tanto en el caso de hombres como de mujeres), podemos concluir que, como mínimo, se debería revisar la idea generalizada de que los hombres no piden ayuda cuando presentan conductas autolíticas. Puede ser que la pidan cuando la crisis es aguda y no la hayan pedido antes, pero en los momentos de crisis constatamos que ellos también llaman a emergencias por encontrarse desbordados y con un gran malestar, muy por encima de otras motivaciones como la denuncia de ciertas situaciones o la mera información de que van a ejecutar un acto suicida.

- c) Donde sí se perciben diferencias, aunque no demasiado sustanciales, es en el **tipo de conducta** que presentan hombres y mujeres de las llamadas analizadas. En ambos casos se sigue el mismo patrón, pero con diferente intensidad. Así, en ambos casos las llamadas más numerosas son las que corresponden a *ideación comunicada*, seguidas de las de *tentativas con lesión*, *tentativas sin lesión*, *autolesiones sin intencionalidad de muerte* y *tentativas con resultado de muerte*. La diferencia estriba en que las mujeres se lesionan más en sus tentativas sin producirse la muerte (al menos en el momento de la llegada de los dispositivos) y los hombres presentan una proporción mayor de muertes en el lugar de los hechos.

En este caso también constatamos la necesidad de matizar otra de las creencias extendidas sobre conducta suicida masculina y femenina: aquella relacionada con la conocida como **paradoja de género en suicidio**, la cual, en su formulación más difundida, indica que “los hombres mueren tres veces más que las mujeres, pero las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres”.

En relación a las muertes poco hay que añadir: realmente las muertes por suicidio en nuestros contextos más cercanos siguen la pauta mencionada del 1/3 (una mujer por cada tres hombres), según las fuentes oficiales de defunciones según causa. De hecho, en los datos manejados en este estudio se corrobora la pauta: de 43 muertes en las que se reporta el género del fallecido o fallecida, 33 son de hombres y 10 son de mujeres; es decir, el 23,3% de las muertes corresponden a mujeres y el 76,7% a hombres. Ciertamente es que en este caso hablamos de muertes producidas en el lugar de los hechos, sin saber si las tentativas con lesión pueden terminar en fallecimientos una vez atendidas por los servicios sanitarios. Aun así, las cifras oficiales sustentan esta pauta; y estos datos están en consonancia con la misma.

El cuestionamiento se produce a la hora de analizar las tentativas. De todas las tentativas (con o sin lesión), el 57% corresponden a mujeres, muy lejos del 75% mencionado por la *paradoja de género*; un dato que vuelve a ser homologable a los registros de las llamadas a la Línea 024 en 2024: de las llamadas identificadas como “tentativas”, el 41% correspondieron a hombres y el 59% a mujeres.

Con todo, varias aclaraciones hay que hacer al respecto:

- Nuestros datos no agotan, ni con mucho, las posibles tentativas que puedan producirse en Bilbao. Habrá muchas que no se comunican a emergencias, por lo que no podemos generalizar sobre “las” tentativas. Aun así, el dato está ahí, y es un indicador más a tener en cuenta en relación a un problema en el que no existen registros oficiales generales, sino parciales (hospitales, urgencias hospitalarias, líneas de ayuda telefónica, consultas de salud mental, centros educativos, encuestas de salud mental, etc.).
 - Por otra parte, no existe una definición operativa y compartida sobre qué acción o comportamiento denomina como “tentativa” cada registro o encuesta, por lo que es muy difícil comparar, homogeneizar o sumar datos de estos diferentes registros no oficiales (Silverman, 2007a). Todo ello hace difícil llegar a conclusiones generales y/o extrapolables sobre tentativas de suicidio basadas en evidencia empírica.
 - Asimismo, cabe mencionar que la llamada *paradoja de género* en realidad no establece tal proporción o ratio de 3/1 (tres tentativas de mujeres por cada tentativa de hombres), sino que constata que hay más tentativas de suicidio entre mujeres que entre hombres (con sus dificultades empíricas y conceptuales mencionadas), tal y como revelan, entre otros, los estudios de Silvia Sara Canetto y colegas (1998, 2012).
 - La mayor incidencia de las tentativas de suicidio en mujeres en realidad sólo es válida si no tenemos en cuenta las tentativas que terminan en muerte (suicidios propiamente dichos). Si consideramos todas las conductas orientadas a darse muerte, con independencia de sus resultados (sin lesiones, con lesiones o con fallecimiento) la relación ya no sería esa. Por lo tanto, quizá convendría reformular los términos de estos procesos, indicando más bien que las mujeres, más que intentar suicidarse en mayor medida que los hombres, en realidad sobreviven más que los hombres a sus tentativas de suicidio. Los motivos pueden ser varios, según comentamos más adelante.
- d) En cuanto al **método** que se utiliza para autolesionarse (con o sin intencionalidad de morir) sí se identifican diferencias importantes entre hombres y mujeres; al menos en los casos en los que se avisa a emergencias. Reiteramos que los patrones de conducta aquí recogidos no son necesariamente los patrones generales de todas las conductas

autolíticas, aunque nos sirven para conocer aquellas sobre las que sí se avisa. Para conformar el “puzle” general habría que analizar en profundidad más registros de conductas autolíticas.

En este caso, el patrón que siguen mujeres y hombres es bien diferente. En los casos de incidencias femeninas el método más utilizado son los fármacos (30%), incluso por encima de los avisos en los que no se conoce método alguno (generalmente por ser ideaciones comunicadas) (27%), y seguido, en tercer lugar, por la precipitación (18,6%). En el caso de los avisos masculinos priman fuertemente las incidencias sin método (32%), seguido por la precipitación (23%) y en tercer lugar los fármacos (15%). La diferencia más radical se observa en la proporción en que ambos géneros utilizan los fármacos: en el caso de las mujeres el doble que en el de los hombres.

En relación al método, también podemos revisar otra de las ideas ampliamente extendidas, como es la de que “los hombres utilizan métodos más violentos que las mujeres”. Más que el concepto de “violencia” quizá sería más adecuado utilizar el de “letalidad”. Este último resulta más verificable que el de “violencia”, en función de los resultados mortales que finalmente tiene cada método empleado. Esta letalidad no sólo se fundamenta en el método en sí, sino en cómo o dónde se aplica; en qué circunstancias de mayor o menor rescatabilidad se aplica cada método. No es lo mismo una ingesta masiva de fármacos en un lugar apartado, que en el domicilio rodeado de familiares. No es lo mismo precipitarse en un lugar aislado, donde nadie te ve, que subirte a un lugar visible en plena ciudad.

La ingesta de fármacos es, sin duda, el método menos letal, ya que, a pesar de ser utilizado ampliamente por las mujeres con conducta suicida, apenas genera muertes (según datos oficiales de muertes por suicidio). Quizá también porque se administra en condiciones de mayor rescatabilidad, además de que, en sí mismo, es un método que permite la reconsideración; esto es, hay un lapsus de tiempo entre la ejecución del acto (ingesta) y el inicio de sus efectos suficiente como para reconsiderar la decisión (y pedir ayuda, en su caso); algo que no existe en otros métodos más expeditivos, como puede ser la precipitación.

Un dato de interés es que el ahorcamiento apenas aparece como método autolítico en los avisos a emergencias, siendo, sin embargo, el segundo método utilizado por los hombres que mueren por suicidio. Esto puede estar indicando que los hombres son menos ambivalentes que las mujeres ante la muerte autoinfligida. A pesar de que muchos piden ayuda en momentos de crisis, la decisión real de morir parece estar más arraigada en los hombres que en las mujeres que presentan conductas autolíticas. De ahí nuestro comentario previo de que, más que decir que las mujeres lo intentan más, quizá sería más correcto decir que ante tentativas de suicidio la supervivencia de las mujeres es mayor que la de los hombres, probablemente porque su ambivalencia ante la muerte parece ser mayor.

- e) Por último, en relación al **lugar** en el que se producen los hechos que dan lugar al aviso a emergencias, también encontramos diferencias importantes: las mujeres optan en mayor medida que los hombres por llevar a cabo su conducta autolítica en el propio domicilio. Aunque los hombres también la llevan a cabo mayoritariamente en su domicilio, hay una diferencia grande de proporciones: el 71% de los avisos en mujeres y el 51% de los avisos en hombres se realizan desde el domicilio. La vía pública es el otro lugar que diferencia a ambos sexos; en este caso al contrario: mientras el 16% de los casos de mujeres se desarrollan en la vía pública, en los avisos de varones asciende a casi el 38%.

En suma, las mujeres optan por un lugar privado en mayor medida que los hombres, quienes optan por una acción pública y visible en mayor medida que las mujeres.

Por tanto, y a modo de resumen, podemos decir que:

- Existe una conducta autolítica diferenciada por género, especialmente en lo que se refiere al tipo de conducta, al método empleado y al lugar en el que se desarrolla la conducta. Al menos en lo que se refiere a las conductas que son objeto de avisos a emergencias.
- No hay diferencia significativa de género en relación al acto de llamar a emergencias (pedir ayuda en el momento de crisis).
- Aun así, sería importante revisar con más estudios y análisis, fundamentados en una conceptualización lo más clara y específica posible, en registros lo más fiables posible y aplicados en contextos temporales y geográficos más cercanos, algunas ideas extendidas como:
 - Los hombres no piden ayuda
 - La “paradoja de género”; al menos matizarla
 - El concepto de violencia de los métodos: sustituirla por letalidad.

5.1.3. El factor edad

En relación a la edad lo primero que hay que recordar es que hay muchos avisos en los que no consta la edad de la persona involucrada, concretamente en 415 avisos (un 26% del total), por lo que no podremos llegar a conclusiones definitivas, pues desconocemos si esa falta de información se distribuye de forma similar entre los diferentes estratos de edad, o es en algunos grupos de edad donde se concentra más la ausencia de información. Por tanto, debemos asumir este inconveniente y tomar los resultados con mucha precaución; más como hipótesis a considerar para futuras investigaciones (con mejores datos) que como resultados más o menos concluyentes. Y recordando, además, que estos resultados son referidos a conductas suicidas de las que se ha dado aviso a emergencias, y no a todas las conductas suicidas que puedan haberse producido en el municipio.

- a) El grupo de edad donde se concentra mayor **cantidad** de avisos es en el de los y las jóvenes de entre 18 a 29 años (32%), seguidos muy de lejos por otros grupos de edad. Sin embargo, se percibe un aumento muy considerable, especialmente en 2024, de los grupos de edad de 40 a 60 años. Los avisos de personas de entre 40 y 49 años han aumentado un 76% en estos dos años; los de 50 a 59 un 27%; los relativos a personas de entre 18 a 29 disminuyeron un 8% y los de menores de 18 años se redujeron un 17%. Con todo, en 2024 el grupo mayoritario sobre el que se registraron avisos seguía siendo el de entre 18 y 29 años con mucha diferencia con respecto a otras edades. Habrá que ver en los próximos años si las tendencias de incremento/disminución se mantienen o simplemente responden a cuestiones de azar o desconocidas.
- b) Es importante relacionar la edad de las personas que protagonizan los avisos a emergencias con el **tipo de conducta** que presentan, y es que las autolesiones sin intencionalidad de muerte se concentran en las edades más jóvenes: en proporción entre los menores de 18 años y en volumen entre las personas de 18 a 29 años. Aun así no es la conducta autolítica más frecuente en ningún grupo de edad, sino que lo es la ideación comunicada; esto es, una comunicación suicida que no ha sido llevada a ejecución.

Las conductas suicidas parecen variar en función de la edad, pero no siguen un patrón lineal, sino características diferentes. Constatamos cuatro patrones por edades:

- Los menores de 18 años presentan una alta variabilidad de conductas. Es el grupo que presenta más autolesiones no suicidas y ninguna muerte.
- Las personas de 18 a 39 años presentan una conducta muy similar entre sí, en la que domina tanto la ideación comunicada como la tentativa con lesión.
- Las personas de 40 a 69 años también presentan conductas suicidas similares entre sí. La conducta mayoritaria es la ideación comunicada (más del 50% de los avisos), seguida de la tentativa con lesión. Aumentan significativamente las muertes, más según avanza la edad. Por su parte, las autolesiones sin intencionalidad de muerte quedan muy reducidas, más también según avanza la edad.
- Las personas mayores de 70 años son las que presentan más daños: el 47% de los avisos de este tipo de personas son de tentativas con lesiones o con resultado de muerte.

Merece especial atención el hecho de que las personas mayores parecen presentar un patrón de menor ambivalencia hacia la muerte y una mayor determinación a morir una vez que así lo han decidido. Esta idea se refuerza con el análisis de otras circunstancias, como son el lugar, el método y la persona que da el aviso a emergencias.

- c) En relación al **método** utilizado también se perciben diferencias por edades, pero, como en el caso anterior, no hay una relación de linealidad sino modelos o patrones diferentes según grupos de edad.
- Las personas de entre 40 y 69 años y las jóvenes de entre 18 y 29 años presentan un mismo patrón de utilización de métodos: predomina la ausencia de métodos (en mayor o menor medida), seguido del uso o mención de fármacos (también en mayor o menor medida), la precipitación, arma blanca y resto.
 - Los menores de 18 años, aunque en la mayoría de los casos no presentan método específico, utilizan en mayor medida que otros el arma blanca (un 16% de los casos) y la precipitación (un 23%), excepto en el caso de los más mayores.
 - Las personas de entre 30 y 39 años constituyen el único grupo en el que los fármacos dominan incluso por encima de las incidencias sin método.
 - Por último, las personas de más edad utilizan la precipitación más que ningún otro grupo, siendo este el método mayormente utilizado (31,7% de los avisos), seguido de los fármacos (30%). El hecho de que éste sea el grupo que más muertes presenta nos indica que esta puede ser la población que opta por métodos y circunstancias más expeditivas y de menor rescatabilidad.
- d) La cuestión del **lugar** en donde se producen los hechos también es importante. Con la excepción del grupo más joven (menores de 18 años), se percibe una tendencia lineal: a medida que se avanza en edad aumenta la proporción de avisos que se realizan desde el domicilio y disminuye, por el contrario, la proporción de avisos en la vía pública. Aunque en todos los grupos de edad hay un dominio absoluto del domicilio como lugar donde se produce la crisis y desde el que se avisa a emergencias (en todos los grupos de edad son más del 50% de los avisos, llegando hasta el 82% en los más mayores), parece que a medida que se avanza en edad las personas se refugian, aún más, en la privacidad del domicilio frente a la visibilidad pública de la calle.

En esta evolución privado/público, contrastan los dos grupos extremos: los menores y los mayores. Los primeros presentan conductas autolíticas fundamentalmente en el domicilio, pero los centros colectivos tienen una cierta importancia (dentro del escaso número de casos manejado): 10 casos en centros de acogida o ayuda y otros 4 en centros educativos (clasificados en “otros”). Por su parte, las personas mayores, como hemos mencionado, son las que menos utilizan la vía pública, pudiendo deberse esto a condiciones físicas de movilidad reducida o simplemente porque no desean llamar la atención o ser rescatados; idea esta última que concuerda con otros hallazgos encontrados y que se orienta a una supuesta menor ambivalencia y mayor determinación de morir entre las personas mayores.

- e) Si nos fijamos en la **persona que da el aviso** también podemos observar importantes diferencias según el factor edad, especialmente si atendemos a los tipos de alertantes más numerosos: la propia persona y algún familiar. En ambos casos las situaciones son contrarias en función de la edad, y éstas acercan a los más jóvenes con los más mayores. Es decir: los casos en los que avisa la propia persona con conducta autolítica son menos importantes entre los más jóvenes (en cuyo caso domina el aviso de algún familiar) y va ganando protagonismo a medida que avanza la edad hasta las edades intermedias; a partir de ahí, el aviso por parte de la propia persona va perdiendo fuerza en favor de un familiar o persona allegada, de forma que en las edades más avanzadas vuelve a ser una persona allegada (como en el caso de los más jóvenes) quien más realiza las llamadas al 112.

Recordamos que, en relación a la persona que da el aviso, es de suma importancia recalcar que cuando el alertante es la propia persona en crisis, en el 82% de las llamadas éstas piden ayuda directamente. Pero también habría que considerar que, aunque en el resto de casos no hay una petición directa de ayuda, llamar a emergencias es una forma de comunicar, una voluntad de ser escuchado o de buscar contacto en un momento límite. Es decir, las personas llaman pidiendo ayuda.

Como decíamos en el apartado correspondiente, tras estos patrones de conducta puede estar pesando la dependencia en sentido amplio (emocional, cognitiva, psicológica, física...) puesto que los grupos de edad menores y mayores se asemejan bastante (con sus propias peculiaridades). A medida que se gana autonomía personal en todos los sentidos se gana en capacidad de autogestionar la propia petición de ayuda, volviendo a disminuir conforme se avanza en edad. Aunque podría haber diferencias de significación de conductas entre los mayores y los menores, pudiendo considerar la impulsividad y desconocimiento de recursos en los menores y la ausencia de sentido de la vida o mayor determinación de morir (y no pedir ayuda de forma directa) en los mayores.

Así pues, a modo de resumen, podemos ver que la edad también está altamente relacionada con formas de conductas autolíticas diferenciadas. Los más jóvenes y los más mayores presentan ciertas conductas externas (a no confundir con interpretaciones internas, subjetivas o contextuales) similares que les diferencian de las personas con edades intermedias, como es el lugar de los hechos (más domicilio que vía pública) y la persona que avisa a emergencias (más familiares que las propias personas. En cambio, los más jóvenes y los más mayores se diferencian mucho entre sí en los otros dos aspectos analizados: el tipo de conducta y el método empleado. En cuanto al tipo de conducta autolítica los más jóvenes presentan conductas de menor riesgo vital que los más mayores, que son el grupo de edad con más conductas letales (algo que se puede constatar no sólo en relación a los avisos a emergencias, sino también en los resultados reales de muertes por suicidios). Ello lleva aparejado el uso de métodos también diferenciados: mientras en los avisos en los que están implicadas las personas más jóvenes la opción mayoritaria es “sin método” (correspondiente a muchos casos de ideación sin pasar al acto) en las

personas más mayores el método más utilizado es la precipitación, configurando un perfil diferenciado del resto de grupos de edad.

5.1.4. Distribución geográfica

Recordamos que, en el apartado de distribución geográfica de los avisos solo recogemos y visualizamos en el espacio geográfico del municipio aquellos que se producen desde un domicilio. Los que se producen desde la vía pública tienen interés para identificar *hotspots*, pero no tienen valor a la hora de identificar espacios sociodemográficos en los que pudiera incidir de forma especial la conducta autolítica. Son, en total, 1.003 avisos desde domicilios de los 1.636 avisos totales analizados.

Su distribución por el territorio municipal (distritos) nos ofrece algunas diferencias, aunque tales diferencias hay que matizarlas según el volumen de habitantes de cada distrito. Así, si Ibaiondo es el distrito que registra mayor número de avisos, muy por encima del resto, hay que decir que no es el que más tasa de avisos presenta en función de su número de habitantes, sino el segundo (según número de avisos por cada 1.000 habitantes del distrito). Por ello es interesante conocer la incidencia de las conductas autolíticas que generan avisos a emergencias en base a la tasa media de los tres años por cada 1.000 habitantes, según población a 1 de enero de 2022. Las diferencias entre distritos no son muy elevadas, a excepción del distrito de Abando: su tasa media anual de avisos (0,59 /1000 hab.) llega a ser la mitad que la del distrito con mayor tasa de avisos, Begoña (1,23/1000 hab.).

Esta diferencia podría explicarse por diversos factores sociodemográficos. Uno podría ser el nivel socioeconómico de sus residentes, el cual podría estar incidiendo no tanto en la menor presencia de conductas autolíticas, sino en la forma de gestionarlas (por ejemplo: acudiendo a centros privados sin llamar a emergencias; personas mayores que no viven solas y pueden estar más vigiladas, etc.). En todo caso son hipótesis de gran interés que habría que elaborar y tratar de analizar mediante futuras investigaciones. Sería importante contar no sólo con datos sociodemográficos de los distritos para identificar alguna posible relación de las tasas de avisos con algunas características de sus poblaciones; también sería muy interesante contar con información sobre cómo se atienden y se gestionan estos casos, cómo se vive, qué idea tienen del suicidio, etc. Una encuesta general de población sobre estos temas daría mucha información importante para poder gestionar la prevención del suicidio.

Por último, es importante destacar que el distrito de Ibaiondo, aunque no presente la mayor tasa de incidencias, sí ofrece un número muy elevado de casos. En función del número de casos podría explorarse fortalecer de forma localizada las redes de apoyo comunitario, programas de visibilización y prevención, asistencia más focalizada, etc. Esto sería especialmente importante en distritos como Ibaiondo, Begoña, Deusto y Uribarri.

5.2. Propuestas y recomendaciones

Organizamos este apartado en torno a dos tipos de dimensiones: unas de carácter transversal y otras referidas a los tipos procesuales de actuación frente al suicidio.

Transversales:

- Información
- Formación
- Investigación

Procesuales:

- Prevención
- Intervención y posvención

Incorporamos la intervención y la posvención en un mismo apartado porque las principales recomendaciones giran en torno a la atención a familiares y allegados, tanto en momento de crisis como en el momento posterior, se haya producido un fallecimiento o no.

Las propuestas y recomendaciones que planteamos aquí son, en general, referidas al contexto de este trabajo; esto es: por un lado, aplicables al proceso de recogida de información del sistema de emergencias y, por otro, relacionadas con el contenido de dicha información referida a las conductas suicidas, y a los contextos en los que se producen, registradas en Bilbao por el 112.

5.2.1. Información

1. Conceptualización.

Para una recogida de información de calidad, ajustada a realidad, libre lo más posible de polisemias e interpretaciones diferentes y con vocación de comparabilidad, sería necesario incidir en la correcta conceptualización, identificación y registro de los procesos y conductas autolíticas. Es fundamental definir los conceptos que se registran y manejan.

2. Mejora de la recogida de información.

Detectamos cierta discontinuidad en la información recogida en las llamadas a emergencias. Se entiende que la prioridad del momento es exclusivamente obtener la información necesaria para atender la emergencia. No obstante, y dado que la Táctica Operativa ICA contempla una recogida de información más extensa de la que se acaba produciendo (entendemos que existe un cuestionario protocolizado para el operador u operadora), se podría habilitar un sistema de complementación a posteriori. Es decir, una vez atendida la emergencia, aquellos agentes que han intervenido podrían completar la información no recogida previamente y trasladarla a la base de datos existente. Con toda esta información se podría elaborar una base de datos más completa que permita elaborar informes más precisos sobre los perfiles de los casos atendidos.

3. Incrementar la información a recoger.

Además de la información a recoger establecida por la Táctica Operativa ICA, podría ser interesante recoger información adicional sobre factores de vulnerabilidad de las personas atendidas. Ello permitiría realizar investigaciones más afinadas sobre las relaciones entre estos factores y las conductas autolíticas (al menos en aquellas que generan avisos a emergencias). Nos referimos a cuestiones como situación laboral, ocupación, estudios, situaciones de soledad, rupturas convivenciales, tentativas previas, situaciones de enfermedad, etc. Para ello se podrían utilizar diferentes procedimientos de recogida de información:

- Sistematizar la recogida por parte del operador u operadora en el momento de la llamada, especialmente en casos no graves.
- Recoger la información tras la emergencia por parte de los agentes intervinientes.
- Solicitar la colaboración de la persona afectada para realizar un breve cuestionario pasados unos días (de forma voluntaria y mediante correo electrónico o teléfono).

4. Coordinación con otras agencias para verificar y mejorar la información. Protocolos de colaboración

Sería importante cotejar, a posteriori, los casos de muerte con el diagnóstico forense para verificar si la muerte se ha considerado realmente como suicidio. También podría ser interesante conocer si los casos de tentativas con lesión terminan produciendo el fallecimiento de la persona una vez atendida por los servicios sanitarios.

5. Identificación de casos.

Para evitar la confusión entre avisos y personas (una persona puede dar más de un aviso) sería importante poder manejar la identificación de las personas que presentan conductas autolíticas, siempre respetando la Ley de Protección de Datos y con el único fin de:

- Establecer la diferencia entre personas y avisos.
- Identificar los casos de personas que avisan de forma repetida, a fin de poder ayudarlas de forma personalizada desde las áreas de atención comunitaria pertinentes (Acción Social y/o Sanidad).

5.2.2. Formación

6. Formación única, conjunta e integral.

Es esencial que todos los primeros intervinientes compartan los mismos conocimientos y formas de abordaje de la conducta suicida en situaciones de crisis. Es decir, que todos tengan formación al respecto y que ésta sea la misma. En el caso de los primeros intervinientes es especialmente importante conocer, además de los aspectos técnicos y operativos de emergencias, cómo abordar una situación de crisis suicida atendiendo las necesidades tanto de la persona en crisis como las de familiares y personas allegadas.

7. Formación especializada.

Además de información básica de actuación en emergencias autolíticas, sería interesante potenciar formaciones más especializadas y multidisciplinarias que puedan redundar en un mejor conocimiento de la conducta suicida, que actualice esos conocimientos en base a las últimas investigaciones, que aporte miradas más allá de la sanitaria, que informe sobre buenas prácticas en otros contextos, y que todo ello redunde en la actualización periódica de los protocolos de actuación.

5.2.3. Investigación

8. Continuidad de la investigación; estudios longitudinales.

Sería importante contar con los medios para continuar el análisis iniciado y dotarle de una continuidad y sistematicidad para poder realizar series temporales (investigaciones longitudinales).

9. Estudios contextuales territorializados; necesidad de datos estructurales.

La contextualización de los procesos en los territorios de referencia nos aproxima a la realidad de una forma más propicia para poder actuar sobre ellos. La conducta suicida, aunque es un acto individual, alude también a factores sociales (factores protectores y de riesgo) por lo que el conocimiento de estos factores sociales y su vinculación con las conductas suicidas registradas nos puede aportar mucha información sobre dónde y con quién actuar frente a ella, especialmente desde la perspectiva comunitaria de prevención universal. Así, poder conocer aspectos territorializados (por distritos o barrios) de la población de un municipio concreto nos permitiría establecer vínculos o correlaciones entre la conducta suicida y algunos factores sociales. Nos referimos a cuestiones como la edad, renta per cápita, nivel educativo, población por edades, población en riesgo de exclusión social, etc. Mucha de esta información ya está recogida en diferentes registros de diferentes áreas de la administración local o autonómica (Padrón, Educación, Políticas Sociales, etc.). Poder contar con ella por barrios permitiría realizar estudios territorializados vinculando factores sociales con conductas suicidas.

10. Estudios *ad hoc* sobre la población general y colectivos vulnerables.

Para comprender la conducta suicida sería interesante poder realizar estudios tanto cualitativos como cuantitativos, sobre el conjunto de la población de referencia; bien a una muestra representativa de la población (en caso de estudios cuantitativos), bien a muestras específicas en caso de colectivos vulnerables (estudios cualitativos mediante entrevistas en profundidad). Estos estudios *ad hoc* nos permitirían conocer el significado de la vida y de la muerte, la lectura que hace la población del suicidio (estigma), motivos y condiciones para vivir y, sobre todo, conocer más en profundidad las diferencias de conductas autolíticas entre hombres y mujeres (“paradoja de género”) y entre grupos de edad.

11. Complementación de registros sobre tentativas suicidas.

Lo que aquí se ha analizado sólo es una parte visible de la conducta autolítica que puede producirse en una comunidad concreta: aquella que queda registrada por aviso a emergencias. Pero no todas las conductas autolíticas tienen por qué pasar por emergencias. Sería interesante habilitar algún método para complementar estos registros con los de otras agencias como puede ser el sistema de salud. Ello requeriría, para evitar la duplicidad de los casos, identificar a las personas que presentan estas conductas. Aun así, somos conscientes de la imposibilidad real de recoger, mediante registros, todas las conductas autolíticas que se puedan producir. La única manera de acercarse a esta realidad de forma global sería a través de una encuesta a una muestra representativa de la población, sabiendo que, también, esta forma de recogida de información tiene sus grandes limitaciones.

5.2.4. *Prevención*

12. La información obtenida por distritos aconseja potenciar actividades de prevención universal comunitaria en aquellas áreas donde se produzcan más avisos de conductas autolíticas.

13. Una mejora de la información a obtener (ya mencionada en las recomendaciones sobre *información e investigación*) ofrecería una imagen más nítida no sólo de las zonas más necesitadas de este tipo de acción preventiva, sino también permitiría identificar colectivos de riesgo específicos de nuestro contexto social, pudiendo focalizar más eficazmente las acciones orientadas a grupos específicos (prevención selectiva).

14. Dificultar el acceso a medios. En el caso que nos ocupa es de especial importancia identificar los *hotspots* (“puntos calientes”) del municipio: lugares públicos en donde las personas con conductas autolíticas acuden de forma reiterada. Una vez conocidos, sería importante analizar las posibilidades de reducir la capacidad letal en estos lugares (colocación de barreras arquitectónicas o incluso colocación de

mensajes con recursos de ayuda, incluida una terminal telefónica para que las personas puedan realizar la llamada desde el mismo lugar).

5.2.5. Intervención y posvención

15. Creación de un protocolo detallado de actuación conjunta para los primeros intervinientes (policía, bomberos, sanitarios, etc.) conocido por todos ellos en los mismos términos (véase *formación*).
16. Creación de protocolos específicos en los *hotspots* reconocidos. Un excelente ejemplo es el realizado en el Cuerpo de Bomberos de Bilbao. Identificados como “puntos calientes” la ría y los puentes que la cruzan, han diseñado unos procedimientos específicos de actuación para la intervención en el viaducto de Miraflores y en el puente de La Salve, analizando las características concretas de cada lugar.
17. Es muy importante atender adecuadamente a las personas que están presenciando la situación, ya que ésta puede impactar psicológica y emocionalmente de forma negativa. Debemos recordar que el 70% de los avisos proceden de terceras personas, sean éstas familiares, viandantes, profesionales, etc.; e incluso cuando proceden de la propia persona en crisis es probable que le rodeen familiares o allegados en un momento dado del proceso. Esto es, hay que tener en consideración a estas personas que, en mayor o menor medida, están viviendo una situación de estrés importante. En este sentido sería importante contar con algún tipo de formación y actuación protocolizada.
18. Especial mención merecen las familias, ya que el impacto emocional puede llegar a ser verdaderamente traumático. El 27% de los avisos los realizan familiares de las personas en crisis, por lo que es esencial que éstos no se sientan desplazados y apartados del proceso de su familiar, sino que son tenidos en cuenta y que son respetados en situación tan dolorosa. Esto es especialmente importante si se produce el fallecimiento, ya que es conocido (por estudios realizados y por testimonios de los propios supervivientes) que la forma en que se les trate incidirá directamente sobre el proceso del duelo. El trato debe ser tenido en cuenta desde el primer momento por parte de los primeros intervinientes en emergencias. Por ello es importante contar con una formación específica de comunicación y apoyo a familiares que sea conocida y compartida por todos los intervinientes (protocolo de atención a familiares)
19. Por último, y relacionado con lo anterior, sería muy importante que los primeros intervinientes contasen con información que puedan ofrecer a familiares, allegados e incluso a las mismas personas en crisis. Algunas de éstas serán atendidas por servicios médicos o trasladadas a centros sanitarios, y allí podrían recibir la

información necesaria, pero puede que otras no. En todo caso, es importante informar por escrito a los familiares de los recursos a los que puedan acceder, especialmente si se ha producido la muerte. Hablamos de procedimientos funerarios y administrativos, asociaciones de supervivientes, servicios de atención al duelo, páginas web de interés, etc. Por ello, sería conveniente elaborar un documento con estas informaciones para entregar a las personas allegadas como parte de un protocolo de posvención.

Referencias

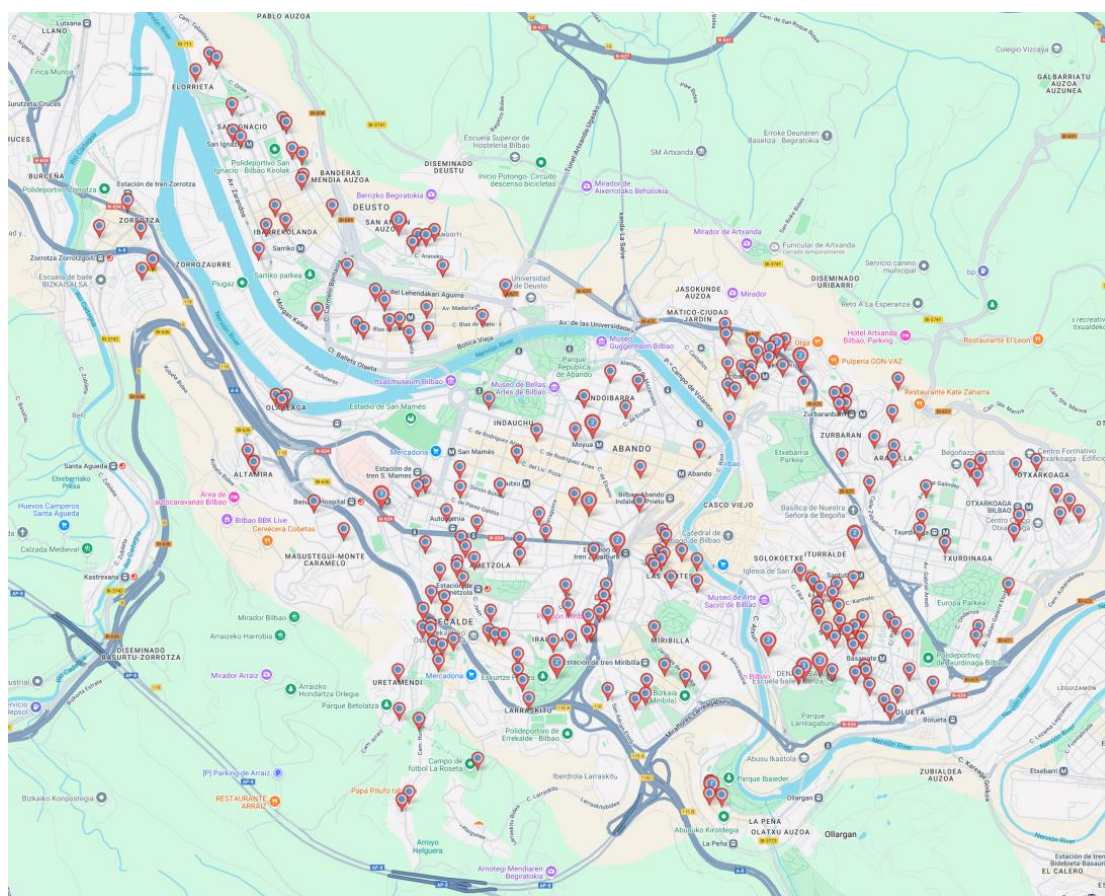
- Beck, A.T.; Davis, J.H. y Frederick, C.J. (1973), "Classification and nomenclature", en Resnik, H.L.P. y Hathorne, B.C (Eds.): *Suicide prevention in the 70's*. Center for Studies of Suicide Prevention (7-12).
- Blanco, C.; T. Riquelme y S. Rivera. (2023). *Suicidio y Administración Local en Bilbao. Análisis de recursos y necesidades para la prevención del suicidio*. Aidatu. Disponible en: <https://aidatu.org/actividades/estudios-y-analisis/informe-sobre-suicidio-y-administracion-local-en-bilbao/>
- Blanco, C.; Peregrina, I.; Cabañas. S.; Pérez, MJ.; Riquelme, T. y Rivera, S. (2025). *Suicidio y administración local en Erandio. Análisis de recursos, competencias y necesidades para la prevención del suicidio*. Ayuntamiento de Erandio.
- Canetto, S.S. y Sakinofsky, I. (1998) "The gender paradox in suicide", *Suicide & Life - Threatening Behavior*; Spring 1998; 28, 1 (1-23).
- Canetto, S.S. y Cleary, A. (2012) Men, masculinities and suicidal behaviour. *Social Science & Medicine*, 74, 4, (461–465).
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, JM., Kerkhof, AJ., y U. Bille-Brahe (2006) "Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study", *Crisis* Vol. 27(1):4–15
- De Leo D., B. Goodfellow, M. Silverman et al. (2021) "International study of definitions of English- language terms for suicidal behaviors: a survey exploring preferred terminology". *BMJ Open*. DOI:10.1136/bmjopen-2020-043409.
- Egel, L. (1999). "On the need for a new term for suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 393–394.
- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., & Silva, C. (2012). "Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide". *Psychological Science*, 21(5), 342-347.
- Mayo, D.J. (1992). "What is being predicted?: The definition of "suicide."" In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger, & R. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*, (pp. 88–101). New York: Guilford.
- McIntosh, J. L. (1985). *Research on suicidology: A bibliography*. Westport, CT: Greenwood Press
- O'Carroll, P. W.; A. L. Berman, R. Maris, E. Moscicki, B. Tanney, and M. Silverman (1996) "Beyond the Tower of Babel. A Nomenclature for Suicidology". *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3): 237-252.
- Rudd, M. D. (2006). *The assessment and management of suicidology*. Professional Resource Exchange Inc.

- Silverman, M. M.; A. L. Berman; N. D. Sanddal; P. W. O'Carroll, and Th. E. Joiner. (2007a)
"Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology". *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3): 248-263.
- Silverman, M. M.; A. L. Berman; N. D. Sanddal; P. W. O'Carroll, and Th. E. Joiner. (2007b)
"Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications and Behaviors". *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3): 264-277.

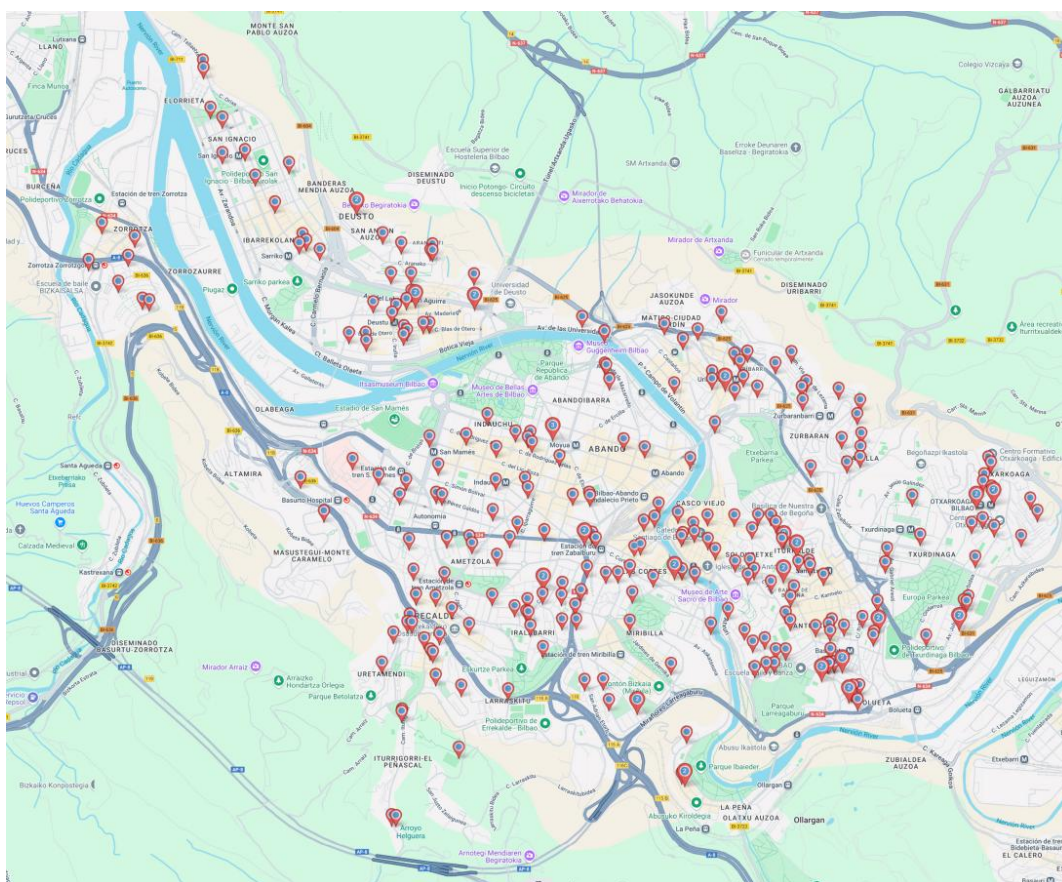
Anexo. Localización geográfica de las incidencias ICA en Bilbao (2022-2024)

Mapas creados con la herramienta Maptive para ubicar geográficamente los avisos por conductas autolíticas recibidos en Sos Deiak-112 desde domicilios de Bilbao durante los años 2022, 2023 y 2024, localizados mediante las coordenadas registradas en Euskarri.

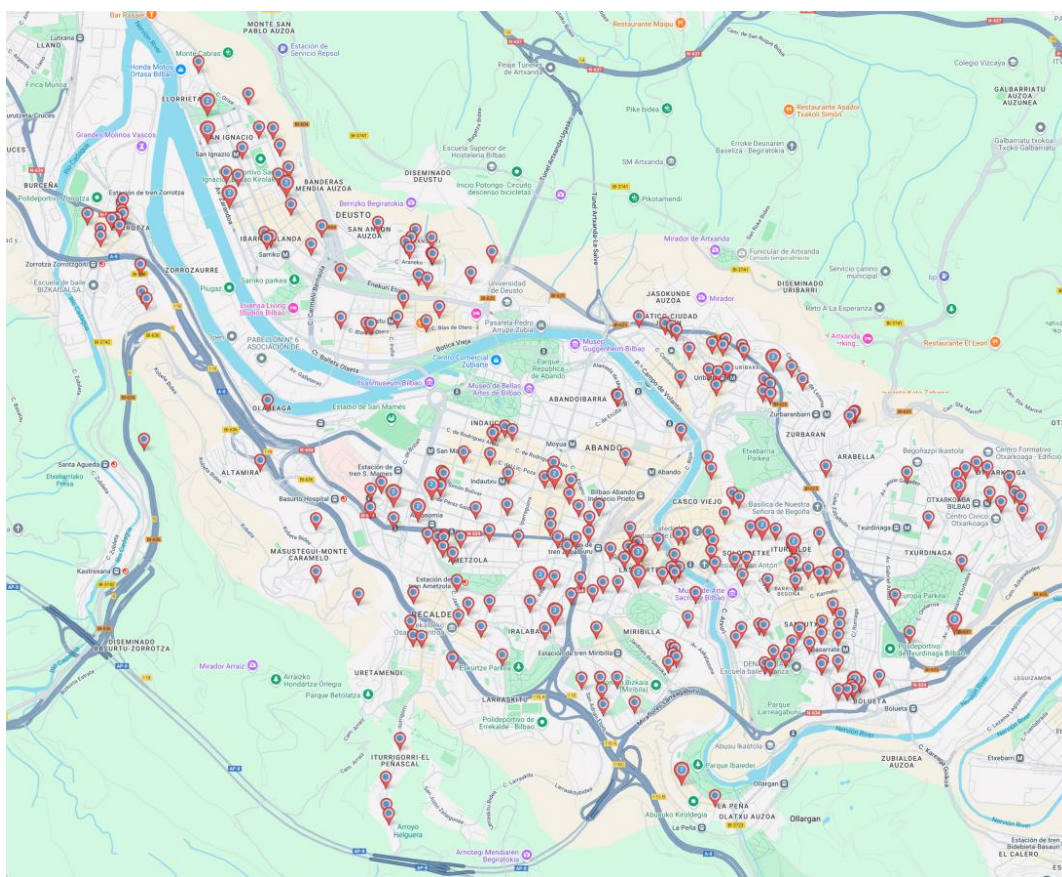
BILBAO 2022



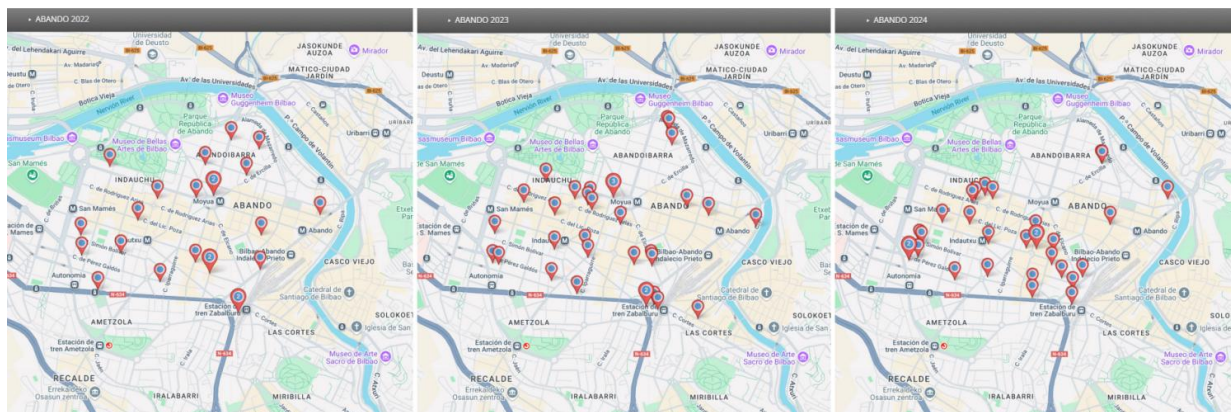
BILBAO 2023



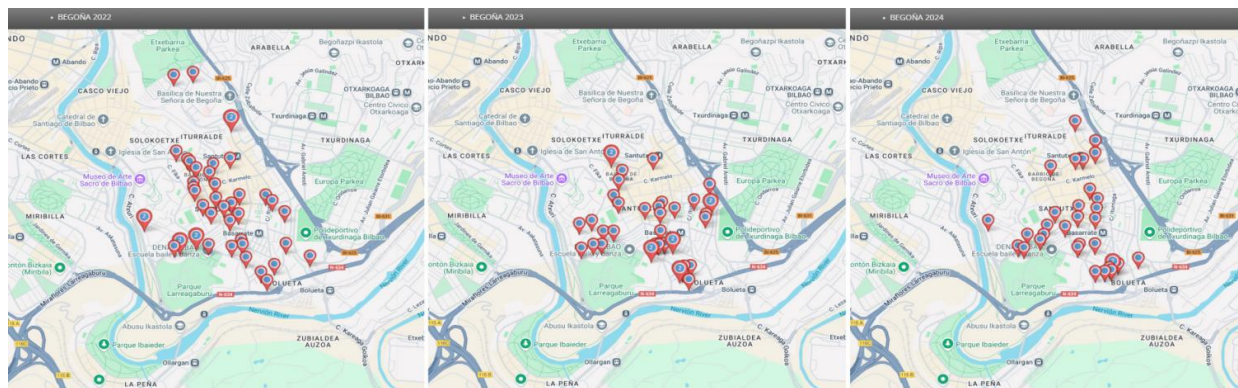
BILBAO 2024



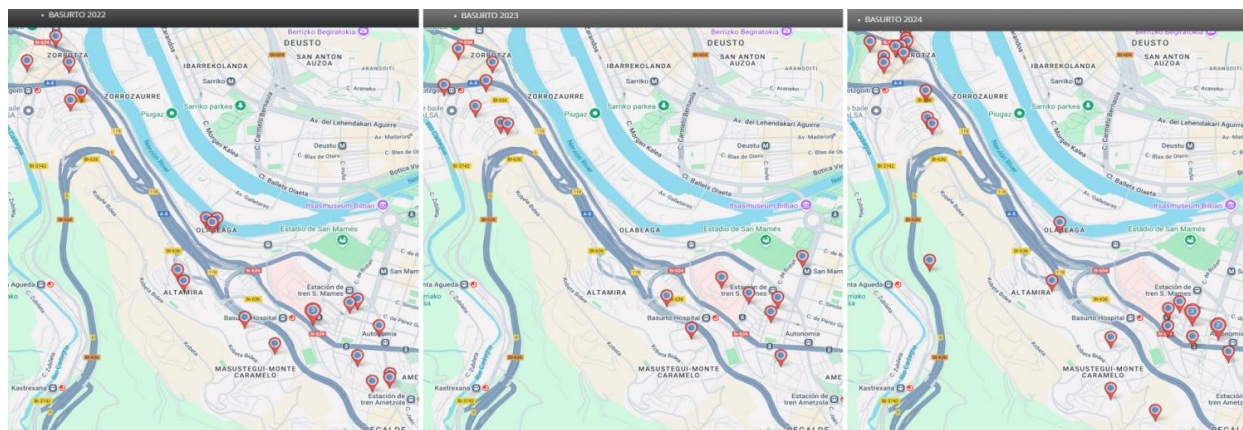
ABANDO



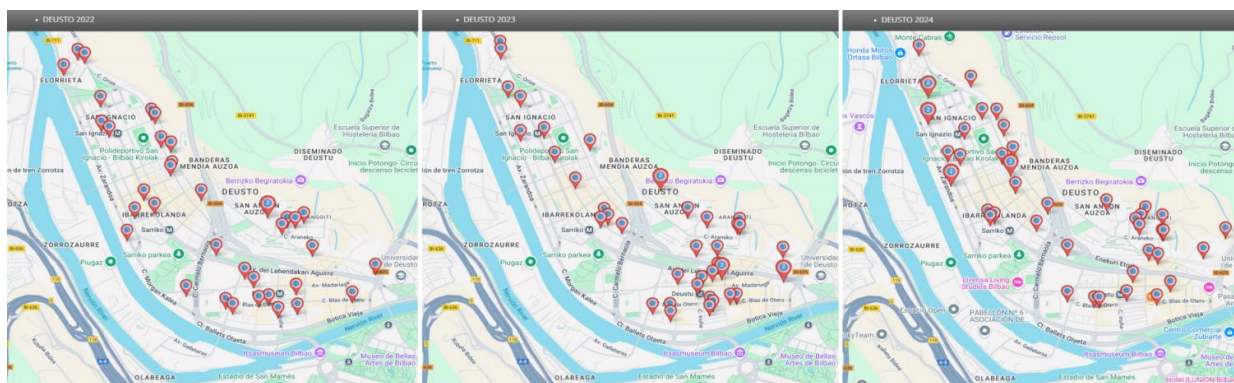
BEGOÑA



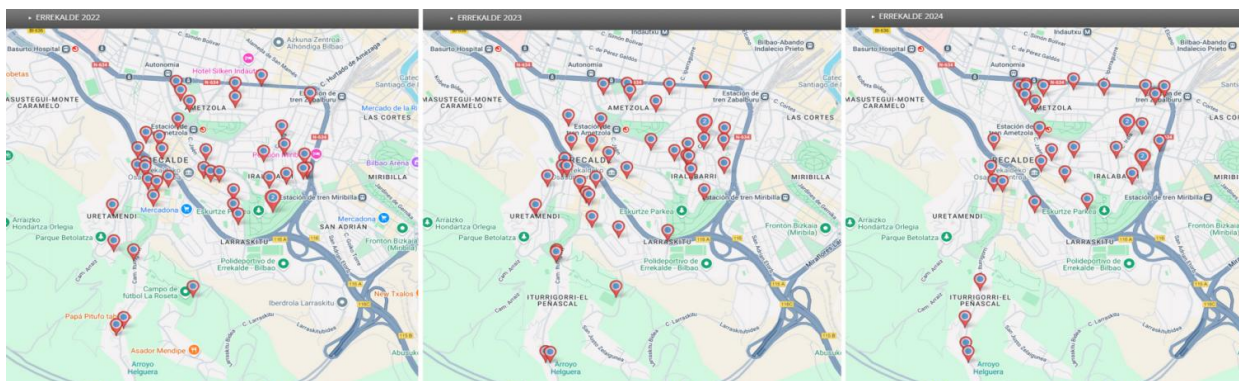
BASURTU-ZORROTZA



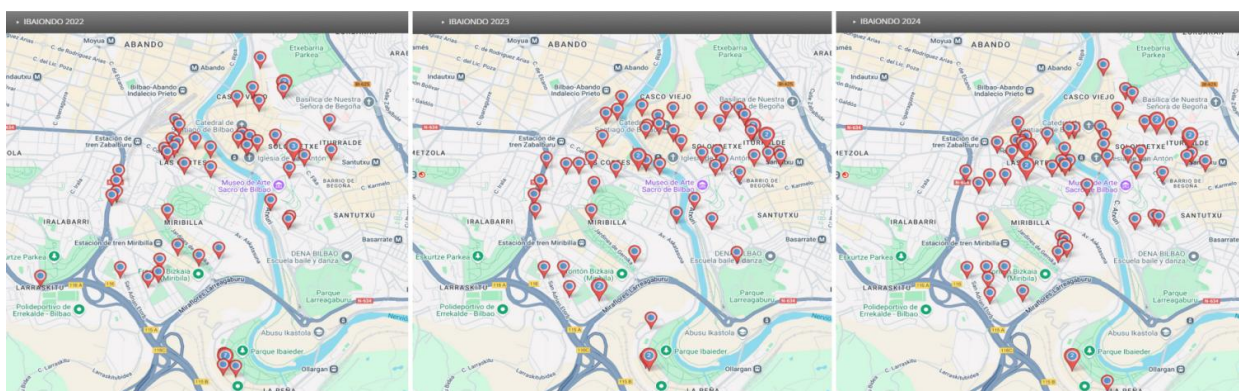
DEUSTU



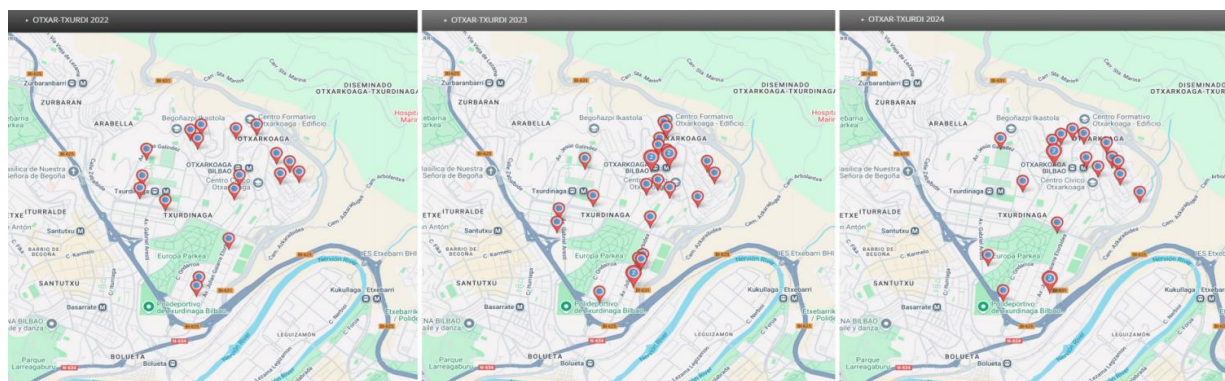
ERREKALDE



IBAIONDO



OTXARKOAGA-TXURDINAGA



URRIBARRI

