

Tabla 4. Marco normativo y planificador de la CAE. Fuente: elaboración propia.

<p><b>MARCO NORMATIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ley Orgánica 3/1979.</li> <li>· Ley de Ordenación Sanitaria (8/1997).</li> <li>· Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.</li> <li>· Decreto 69/2011, de 11 de abril, por el que se regulan las funciones, la composición y las pautas básicas de funcionamiento del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.</li> <li>· Decreto 147/2015, de 21 de julio por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las Personas en el Sistema Sanitario de Euskadi.</li> </ul>
<p><b>MARCO PLANIFICADOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estrategia de Salud Mental de la CAE 2010.</li> <li>· Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.</li> <li>· Líneas Estratégicas. Departamento de Salud 2017-2020.</li> <li>· Retos y proyecto estratégicos de Osakidetza 2017-2020.</li> <li>· Estrategia de Seguridad del Paciente 2020.</li> <li>· Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020.</li> </ul>

## 4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA CAE

### 4.1. IDEACIÓN SUICIDA

La **Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV)**<sup>60</sup> valora la ideación suicida dentro del parámetro de salud mental desde el año 1997 utilizando el ítem “En algún momento de su vida ¿ha llegado a pensar seriamente en la posibilidad de suicidarse, de quitarse la vida?”. Las encuestas también preguntan por la ideación suicida en los 12 meses previos.

Según los datos de la **ESCAV-2018**, un 3,1% de toda la población de la CAE habría pensado en algún momento de su vida en suicidarse, con porcentajes que oscilan entre los 3,2% de Gipuzkoa y los 2,8% de Araba/Álava. Las mujeres presentaron prevalencias más altas que los hombres (3,3% vs 2,8%). Por grupos de edad, aquellas personas con edades comprendidas entre los 45 y 64 años mostraron los porcentajes más altos (4,2%), en especial las mujeres (5,1%).

Por otro lado, las personas incluidas en la clase social más baja (V) mostraron las prevalencias más altas de ideación suicida (5%), con porcentajes que prácticamente doblaban a los observados en la clase social inmediatamente anterior (IV). A pesar de ello, la relación inversa entre la prevalencia de ideas de suicidio y el nivel socioeconómico queda más desdibujada que en otros años. (Tabla 5).

Al analizar solo la ideación en los doce meses previos, cifra que podría sugerir un riesgo más elevado de suicidio, un 1,1% de la población refiere haber pensado en el último año en suicidarse con porcentajes similares en hombres y mujeres. Las prevalencias más altas se observan en las franjas de 15-24 años (2,6%) y ≥ 75 años (2,5%). Resulta llamativa, como cifra especialmente alta, el 5,4% de las mujeres de 15-24 años en Araba/Álava que se habrían planteado el suicidio en este periodo.

Al analizar la evolución de estos datos en las sucesivas encuestas desde 1997 se observa una prevalencia promedio de ideación suicida en la población general del 4,1%, habiendo oscilado desde su máximo en 1997 (5%) hasta el mínimo de 3,1% en 2018, con un cierto repunte en 2013 (4,4%) (Tabla 5). En todos los casos las prevalencias han sido mayores en las mujeres que en los hombres.

Tabla 5. Prevalencia de ideas suicidas. Total y por sexo. 1997- 2018. Fuente: ESCAV-1997, 2002, 2007, 2013 y 2018.

AÑO	TOTAL	MUJER	HOMBRE
1997	5 %	5,4 %	4,6 %
2002	3,9 %	4,5 %	3,3 %
2007	4,1 %	4,4 %	3,9 %
2013	4,4 %	5,1 %	3,6 %
2018	3,1 %	3,3 %	2,8 %

Por otro lado, con contadas excepciones, las mayores prevalencias de ideación suicida se han registrado en las clases sociales más desfavorecidas (Tabla 6).

Respecto de la edad, se ha venido observando un descenso en la ideación suicida auto-referida en las poblaciones más jóvenes (15-24 años). Si bien las personas entre 25-44 años mostraron las prevalencias más elevadas en las primeras encuestas, las cifras en este grupo se habrían reducido notablemente en el año 2018. (Gráfico 6).

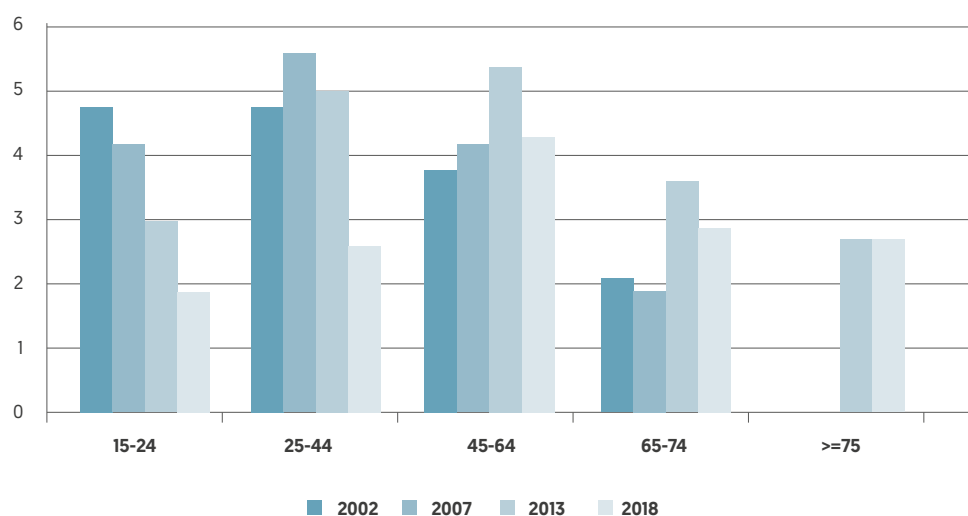
Al analizar los datos por territorio se observa que, con la excepción de la encuesta de 2002, es Gipuzkoa la que presenta las cifras más elevadas de ideación suicida, tanto en hombres como en mujeres, aunque en términos generales las diferencias no parecen de gran magnitud.

Tabla 6. Prevalencia estandarizada por edad de ideas suicidas por sexo y clase social, 2002 y 2018. Fuente: ESCAV-2002 y 2018.

AÑO	SEXO	I	II	III	IV	V
2002	Total	3,7 %	2,8 %	4,0 %	4,0 %	5,0 %
	Mujer	3,8 %	4,4 %	4,1 %	4,7 %	4,7 %
	Hombre	3,6 %	1,0 %	3,8 %	3,2 %	5,3 %
2018	Total	2,9 %	2,2 %	3,2 %	2,7 %	5,0 %
	Mujer	3,6 %	2,2 %	3,5 %	2,5 %	5,2 %
	Hombre	2,3 %	2,2 %	2,8 %	2,8 %	4,5 %

22

Gráfico 6. Prevalencia por grupos de edad de ideas suicidas, 2002- 2018. Fuente: ESCAV-1997, 2002, 2007, 2013 y 2018.



Nota: Las cifras que aparecen dentro del intervalo 65-74 años para los años 2002 y 2007, se corresponden con un intervalo real de  $\geq 65$  años.

En el ámbito educativo universitario, el Estudio Universal: Universidad y Salud Mental<sup>61</sup> investiga la ideación y tentativa suicida en la población universitaria española. Los datos provisionales obtenidos sobre una muestra cercana a 650 estudiantes de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) apuntan de nuevo a una alta presencia de ideación suicida entre la población joven universitaria, observándose una cierta diferencia entre ambos sexos; concretamente, un 34,7% de los hombres aseguran haber tenido ideación suicida alguna vez en su vida, una cifra que en el caso de las mujeres se eleva hasta el 39,2%.

## 4.2. TENTATIVAS SUICIDAS

La información sobre las tentativas de suicidio es una de las áreas en las que existen mayores lagunas en el conocimiento sobre la conducta suicida en la CAE. Los motivos son variados y a menudo se relacionan con prácticas heterogéneas de codificación. A continuación, se exponen los datos recopilados.

Según los **datos registrados por el Departamento de Salud**, el número de altas desde las urgencias de los hospitales de Osakidetza con diagnóstico codificado como intento de suicidio entre 2013 y 2017 fue de 125, con una media de 25 al año, un número que es claramente inferior al esperado, según refleja la literatura. Al incluir también los diagnósticos de intoxicaciones por fármacos y productos químicos de causa indeterminada, el número asciende a 1.415, unos 283 casos al año, cifra todavía inferior a la esperada. Los resultados reflejan la necesidad de mejorar las prácticas de codificación diagnóstica en este contexto.

Según los **datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Osakidetza**<sup>62</sup>, en el año 2016 se registraron 59 casos de **hospitalización por intento de suicidio** entre todos los hospitales de Osakidetza. El hospital que más tentativas suicidas habría ingresado fue el Hospital Universitario Donostia (49% del total de ingresos por tentativa), seguido del Hospital Universitario Araba (29%), Hospital Universitario de Galdakao (7%) y Hospital Universitario de Cruces (5%). Respecto al sexo, el porcentaje de hombres habría duplicado al de las mujeres (66,67% del total de ingresos por tentativa frente a 33,33%). Con relación a la edad, el porcentaje más alto de casos se encontraría en la franja de los 45-59 años (36,8% del total). Al tener en cuenta también el sexo, los hombres de 45-59 años serían el grupo más numeroso (42% de los ingresos en hombres) y también las mujeres entre 15-29 (31,58% de los casos). Finalmente, resaltar que “intento de suicidio” aparece como diagnóstico principal en un 54,39% de las altas; en el resto aparece como diagnóstico secundario.

El **Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida ‘Análisis de la atención sanitaria’**, publicado en el año 2006, analiza la asociación entre el suicidio y distintas variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastornos del humor ingresados o ingresadas en el Hospital Santiago Apóstol (HSA) de Vitoria-Gasteiz entre 1990-2000. El estudio identifica un incremento notable (se triplica) en el número de pacientes con trastorno del humor e intento de suicidio a lo largo del intervalo, así como menores estancias medias. Los datos reflejan el peso como factores de riesgo de los trastornos de humor, los antecedentes psiquiátricos familiares, al menos un ingreso previo (95%), la historia de tentativas previas (50%), el consumo de drogas y el momento del alta hospitalaria. El estudio concluye que las y los pacientes afectivos con antecedentes de intentos de suicidio tienen ingresos más breves que quienes no tienen antecedentes y recomienda hacer una evaluación sistemática del riesgo de suicidio pre-post alta y valorar la eficacia de la prolongación del ingreso o de otras medidas que sean eficaces en la prevención del riesgo como un programa de tratamiento específico postalta<sup>63</sup>.

El **Estudio descriptivo de pacientes atendidos o atendidas en un hospital general tras tentativa suicida en Gipuzkoa** analiza el perfil clínico y sociodemográfico de las y los 190 pacientes atendidos por una tentativa de suicidio en el Hospital Universitario Donostia entre octubre de 2013 y octubre de 2014. Concluye que el 60% de dichas y dichos pacientes habiendo requerido ingreso. Las características más frecuentes en la muestra fueron: mujer, entre 35-44 años, desempleada, con antecedentes de un diagnóstico psiquiátrico de tipo depresivo y sin antecedentes de tentativas ni ingresos psiquiátricos previos. Los síntomas más frecuentemente asociados a las tentativas fueron la desesperanza y la impulsividad. La gravedad de la tentativa, su repetición o la necesidad de ingreso se relacionaron con antecedentes de ingresos y tentativas previas. El método autolesivo más empleado fue la intoxicación medicamentosa<sup>64</sup>.

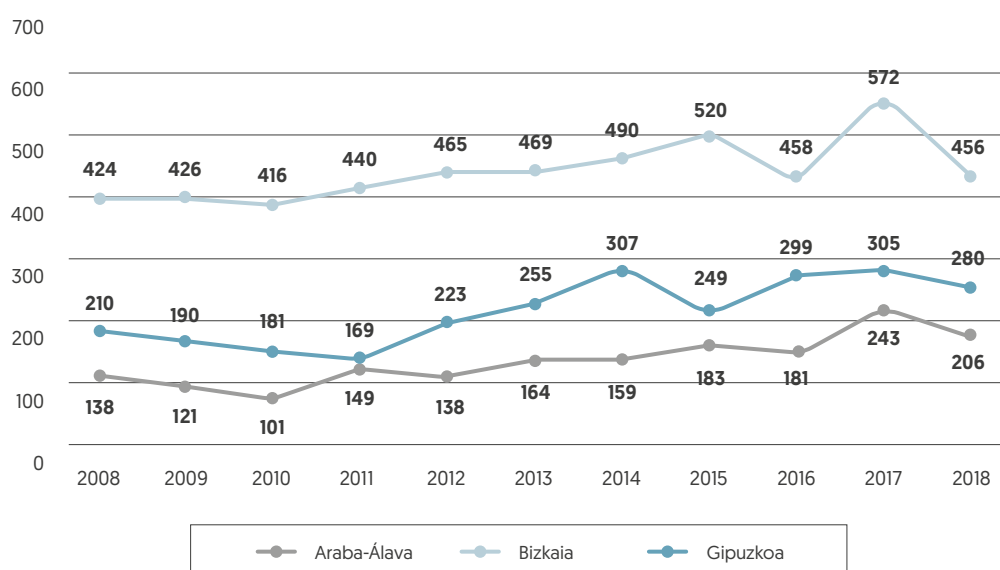
El **Proyecto EAAD Gipuzkoa** se aplica en varios hospitales comarcales de este territorio desde 2015. Durante los primeros 2 años de aplicación, el programa registró un total de 114 tentativas en 96 pacientes, de quienes un 39,6% eran hombres y un 60,4% mujeres, con una edad media de 42 años. El 13,5% de la muestra fue menor de edad. El método más empleado fue la intoxicación con fármacos (76,1% de los intentos); la precipitación (método más utilizado para el suicidio consumado en la CAE) apareció en el 4,5% de los casos. Tras el alta hospitalaria, el 89% de las y los pacientes inició o reinició seguimiento en un CSM de Osakidetza. De dichas y dichos pacientes, un 26% constaban como alta voluntaria o administrativa 12 meses después. En un 11,4% se registró un reintento de suicidio durante el mismo periodo de tiempo.

En el ámbito educativo, recuperando los resultados provisionales del Estudio Universal: Universidad y Salud Mental, el porcentaje de tentativas que aparece entre la muestra de estudiantes es muy bajo, aproximadamente un 3% de las mujeres y un 0,3% en los hombres. Otro dato importante que ofrece el estudio es el referente a las autolesiones no suicidas, presentes en un 14% de las mujeres y en un 10% de los hombres.

24

Al analizar el número de incidentes de intentos de suicidio registrado por la Ertzaintza entre 2008 al 5 de noviembre de 2018 se aprecia una tendencia sin casi modificaciones a lo largo de los últimos 10 años en los tres territorios históricos (**Gráfico 7**).

Gráfico 7. Número incidentes de intento de suicidio registrados por la Ertzaintza desde enero 2008 hasta el 5 de noviembre de 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza.



### 4.3. EL SUICIDIO EN LA CAE

En 1985 se publicó uno de los primeros artículos científicos en los que se hablaba del suicidio en Gipuzkoa. Los resultados de este estudio observaron una mayor presencia de suicidios en hombres respecto a mujeres. El rango de edad de los 45-70 es en el que se registra el mayor número de suicidios. En el estado civil destacan las personas casadas representando un 40,8% de la muestra, aunque las solteras ocupan un 34,6%, por lo que no se observa una diferencia significativa entre ambos. El método más empleado es el ahorcamiento con un 30,6%, seguido de las armas de fuego con un 22,4% y la precipitación con una prevalencia del 10,2%. Finalmente, la psicopatología previa se observa en el 34,7% de la muestra<sup>65</sup>.

Según los datos del INE, en el año 2016, se produjeron en la CAE un total de 179 suicidios, con una media de 1 suicidio cada 2 días, lo que supone una tasa de 7,67 por 100.000 habitantes ([Gráfico 8](#) y [Gráfico 9](#)). Al analizar los datos en los últimos 10 años se observa una media de 169 suicidios al año, con máximos de 188 y mínimos de 126. En líneas generales se puede hablar de una tendencia a la estabilidad durante este tiempo, si bien los últimos 5 años el número de suicidios se ha mantenido en el límite alto de este intervalo.

Al analizar los datos teniendo en cuenta la variable sexo, se observa que en el año 2016 la prevalencia de suicidio fue significativamente mayor en varones que en mujeres (73,7% vs 26,3%), unos porcentajes que se mantienen relativamente estables desde hace 10 años. Los suicidios masculinos se sitúan en cifras históricamente habituales (exceptuando el descenso de 2010); los suicidios femeninos, aunque mayores, se sitúan por debajo de su máximo histórico de 2014 ([Gráfico 8](#)). Las tasas se mantienen relativamente constantes, en torno a los 4 suicidios en mujeres y 12 en hombres por 100.000 habitantes ([Gráfico 9](#)).

Respecto a la edad, el número total de suicidios es mayor en los grupos de edad 40-49, especialmente en hombres ([Gráfico 10](#)), pero al tener en cuenta la distribución poblacional, se observa que el riesgo de suicidio crece con la edad, sobre todo en el caso de los varones, los cuales presentan un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 70 años e incluso de los 80 años ([Gráfico 11](#)).

Al analizar otras causas de muerte, el suicidio se ha situado como la primera causa de muerte externa en las personas entre los 15-49 años y la segunda causa absoluta de muerte, detrás de los tumores, en personas entre los 15-29 años.

En cuanto al estado civil, se observa que el 41,9% de los suicidios ocurren en personas solteras y el 35,2% en personas casadas sin que haya diferencia entre sexos.

El método más empleado varía en función del sexo. El 45% de las mujeres elige saltar desde un lugar elevado, seguido del envenenamiento por fármacos (26% de los casos) y el ahorcamiento (17%). En los varones, por el contrario, el 37% opta por el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido de la precipitación en el 33% de los casos y del uso de armas de fuego con el 11% de los casos ([Gráfico 12](#)).

Gráfico 8. Número de suicidios por sexos en la CAE, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

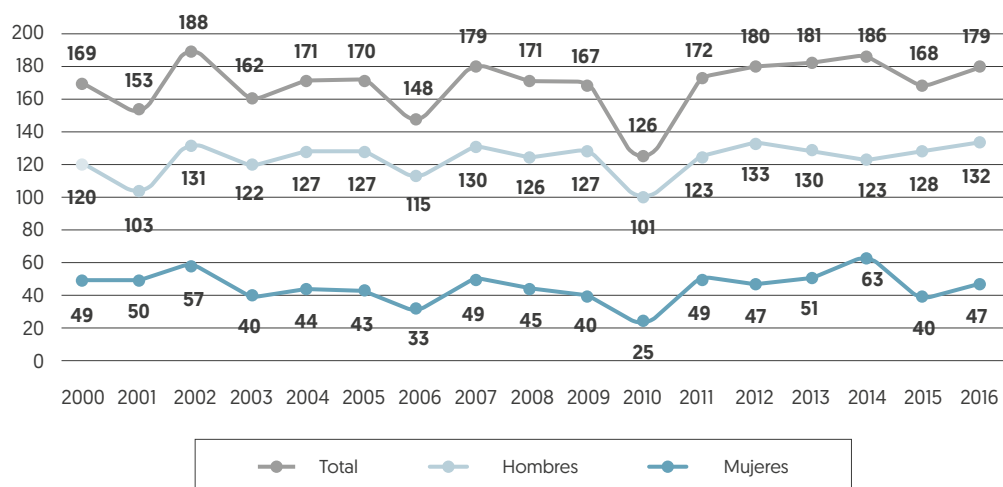
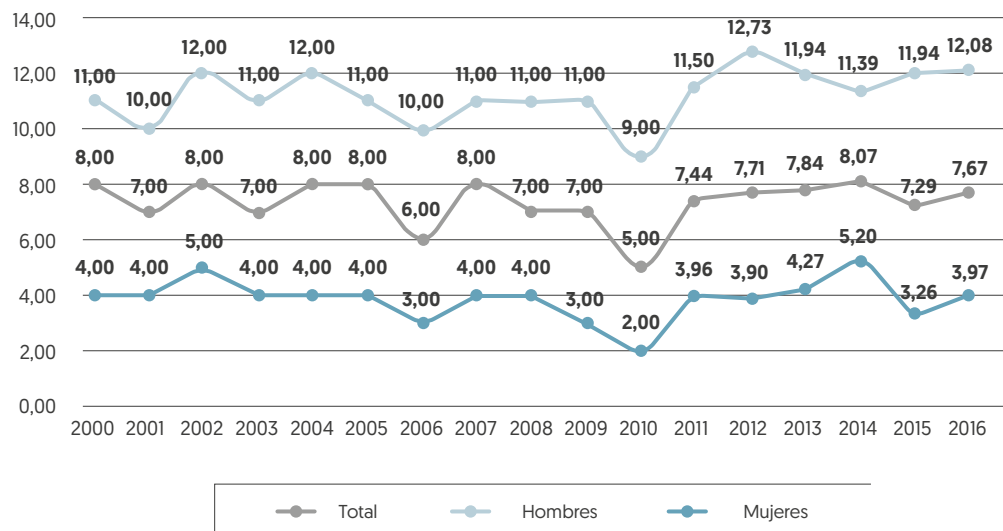


Gráfico 9. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en la CAE, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



26

Gráfico 10. Número de suicidios por edades y sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

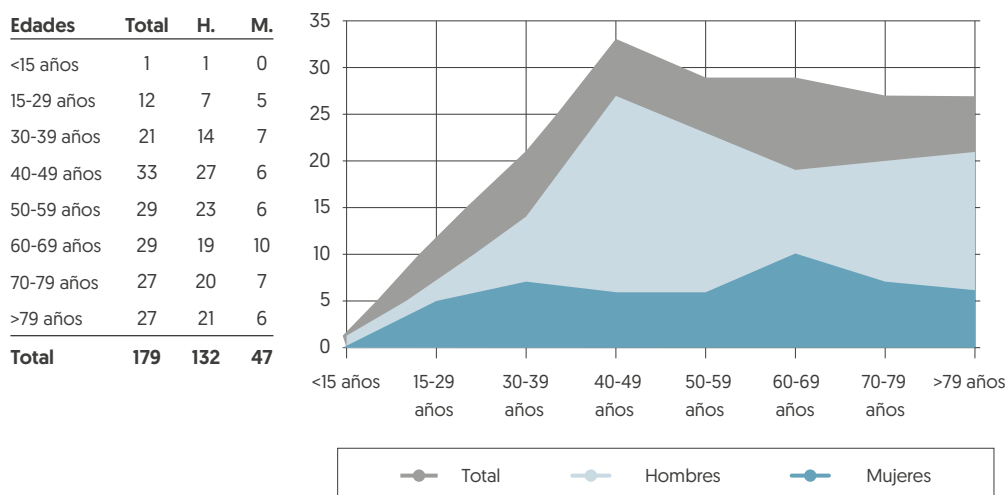


Gráfico 11. Tasa de suicidios por edades y sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

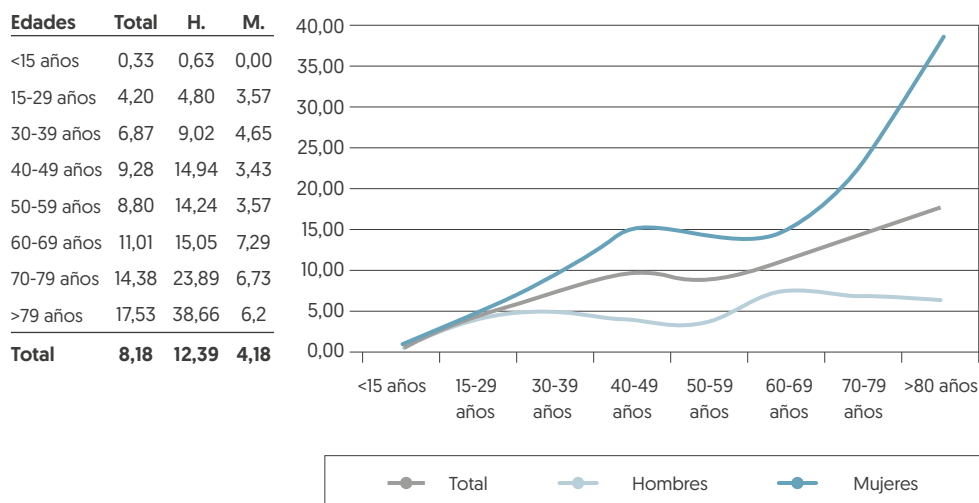
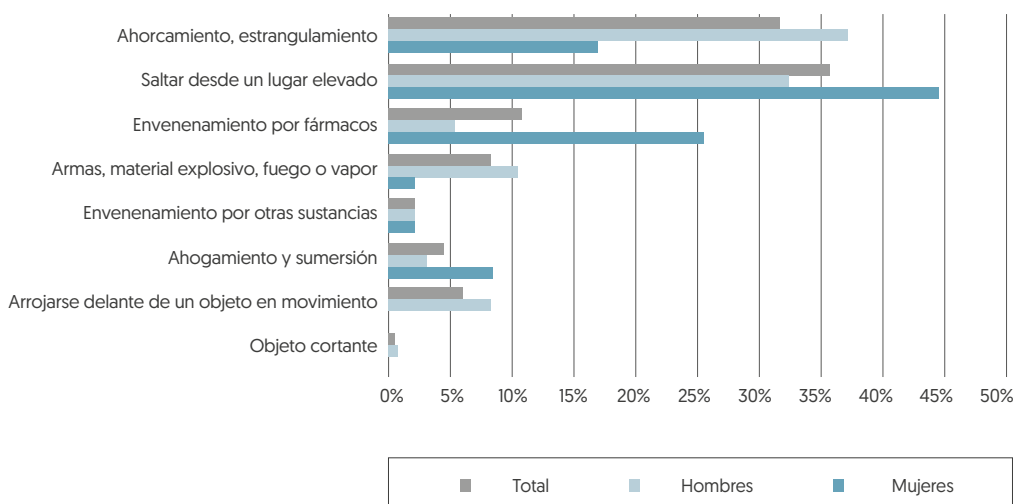


Gráfico 12. Métodos de suicidio empleados por sexos en la CAE, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



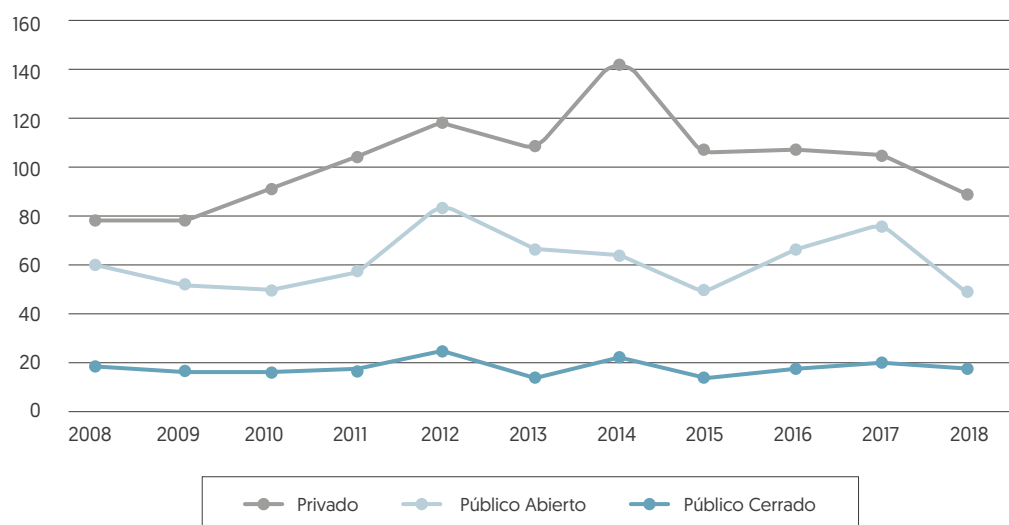
Atendiendo a la base de datos de la Ertzaintza entre 2008 hasta el 5 de noviembre de 2018, se observa que entre los suicidios registrados el mayor número se comete en un lugar privado (56%), siendo el piso (referido a un bloque de edificios) el lugar donde se comete el 80% de los suicidios, seguido por la casa de campo/caserío con el 5% y patio de finca con el 4% de los casos. Los suicidios en lugares públicos abiertos representan el 34% de los casos totales y la vía pública urbana es el lugar donde más casos se presentan (65%), seguido de zonas de ferrocarril (8,4%) y zonas rurales (8,1%). El 10% de los suicidios se realiza en lugares públicos cerrados, siendo los centros sanitarios, los centros hoteleros y los centros tutelares/asistenciales donde más casos se cometen con el 20%, 16% y 15% de los casos de suicidio, respectivamente (Tabla 7 y Gráfico 13).

Tabla 7. Número de suicidios por territorio histórico según el lugar, desde enero 2008 hasta 5 de noviembre 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza. Nota: Lugar privado (piso, chalet, finca, casa de campo, trastero, vehículo propio...). Lugar público abierto (vía pública urbana, carretera, parque, playa, ferrocarril, metro, aguas interiores...). Lugar público cerrado (centro hotelero, centro sanitario, centro tutelar/asistencial, residencia tercera edad, bar, restaurante...).

TERRITORIO HISTÓRICO	LUGAR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Araba/ Álava	Privado	3	3	11	2	5	4	9	8	8	2	8	63
	Público abierto	2	5	3	5	4	3	3	2	6	4	3	40
	Público cerrado	6	4	2	2			5		1	1	2	23
Bizkaia	Privado	26	38	31	43	43	28	38	38	36	47	35	403
	Público abierto	20	16	19	24	30	20	24	23	21	37	23	257
	Público cerrado	3	7	4	2	7	4	8	5	6	10	8	64
Gipuzkoa	Privado	50	38	50	60	71	78	96	62	64	58	47	674
	Público abierto	37	31	29	30	49	45	38	26	40	34	23	382
	Público cerrado	10	6	10	13	18	10	9	9	10	9	8	112
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>148</b>	<b>159</b>	<b>181</b>	<b>227</b>	<b>192</b>	<b>230</b>	<b>173</b>	<b>192</b>	<b>202</b>	<b>157</b>	<b>2018</b>

28

Gráfico 13. Número de suicidios en la CAE según el lugar donde se realiza, desde enero 2008 hasta noviembre 5 de 2018. Fuente: Base de datos Ertzaintza.





### 4.3.1. EL SUICIDIO EN ARABA/ÁLAVA

En el año 2016 se produjeron en Araba/Álava un total de 22 suicidios, con una media de 1 suicidio cada casi 17 días. El número de suicidios es significativamente mayor en varones que en mujeres (81,8% vs 18,2%). Si se comparan con datos con 2015 no se observan cambios en el número total de suicidios, aunque sí existe diferencia por sexos: en los varones hay un aumento del 20%; en las mujeres, por el contrario, hay una disminución de casi el 43%. Respecto al estado civil, es mayor en personas casadas con el 50% de los casos, seguido de las solteras con el 27,3% de los casos, sin diferencias entre sexos.

Se aprecia una tendencia similar en el número total de casos de los últimos 3 años, aunque los valores actuales se sitúan un 29% por debajo del máximo histórico de 2007. En el caso de los varones, tras un leve descenso en 2014, desde 2016 se aprecia un aumento de los casos, aunque por debajo de su máximo histórico en 2009. En el caso de las mujeres, tras una leve subida en 2015, se produce un descenso de casi la mitad de los casos, aunque todavía lejos de su mínimo histórico de 2009, que casualmente fue el año con mayor número de casos en los varones (Gráfico 14). Las tasas se mantienen relativamente constantes en los hombres en los últimos años, en torno a 10-11 suicidios por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres ha habido un descenso de 5 suicidios por 100.000 habitantes en 2013 a 2 suicidios por 100.000 habitantes en 2016 (Gráfico 15).

Analizando el número de suicidios en 2016, se aprecia que el riesgo de suicidio aumenta con la edad, y especialmente en los varones, donde hay un crecimiento significativo de la tasa de suicidios a partir de los 60 años (Gráfico 16). El método utilizado varía en función del sexo. El 50% de las mujeres opta por el envenenamiento por fármacos, seguido de la precipitación y el ahogamiento y sumersión, cada uno utilizado en el 25% de los casos. En los varones, el método más usado es el ahorcamiento en el 56% de los casos, seguido en igual de casos por la precipitación y el uso de armas (17%) (Gráfico 17).

Gráfico 14. Número de suicidios por sexos en Araba/Álava, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

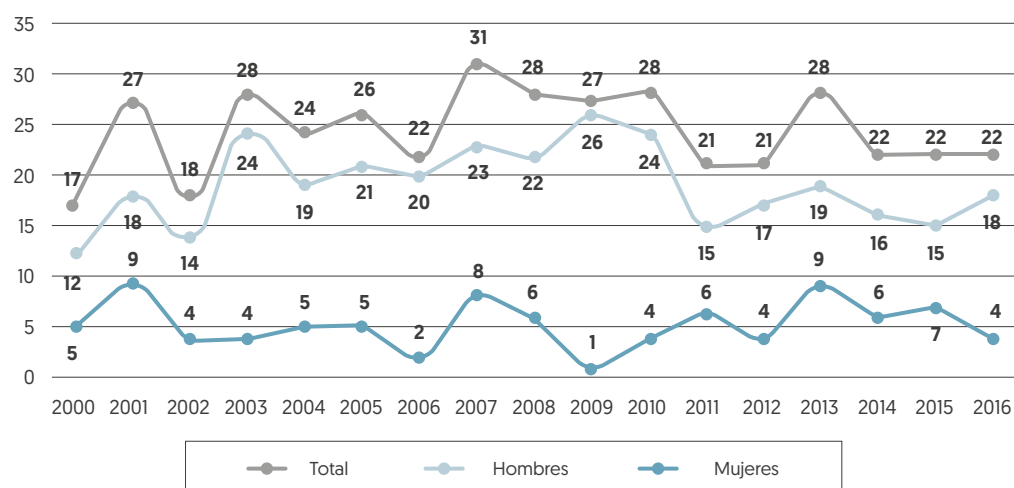


Gráfico 15. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Araba/Álava, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.

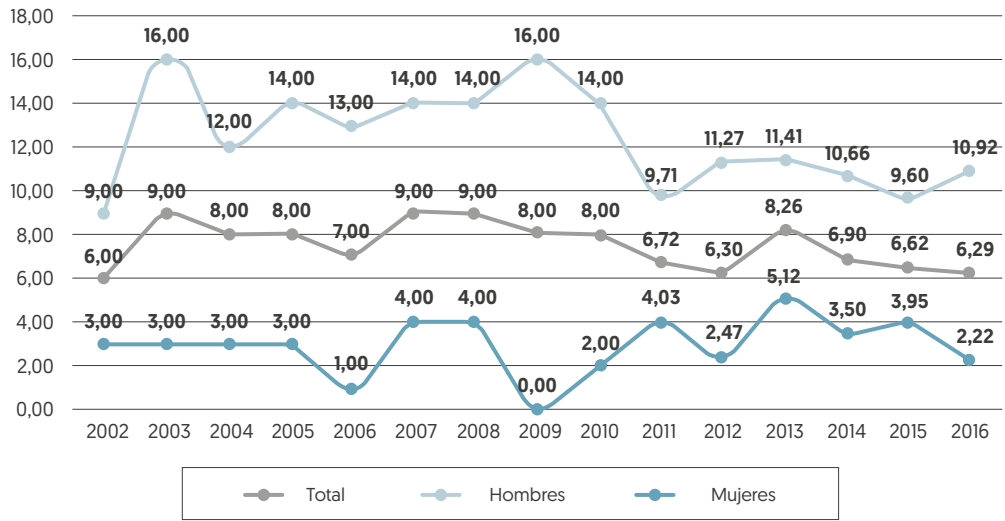
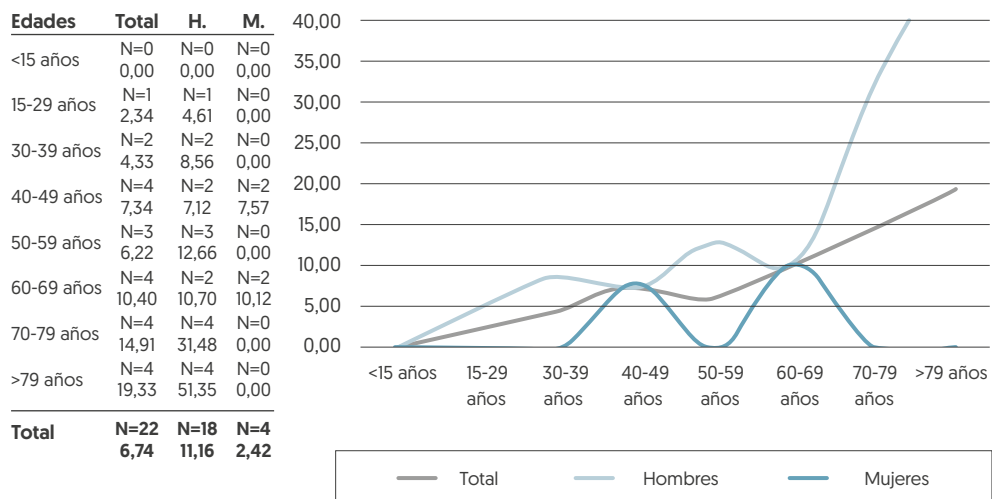
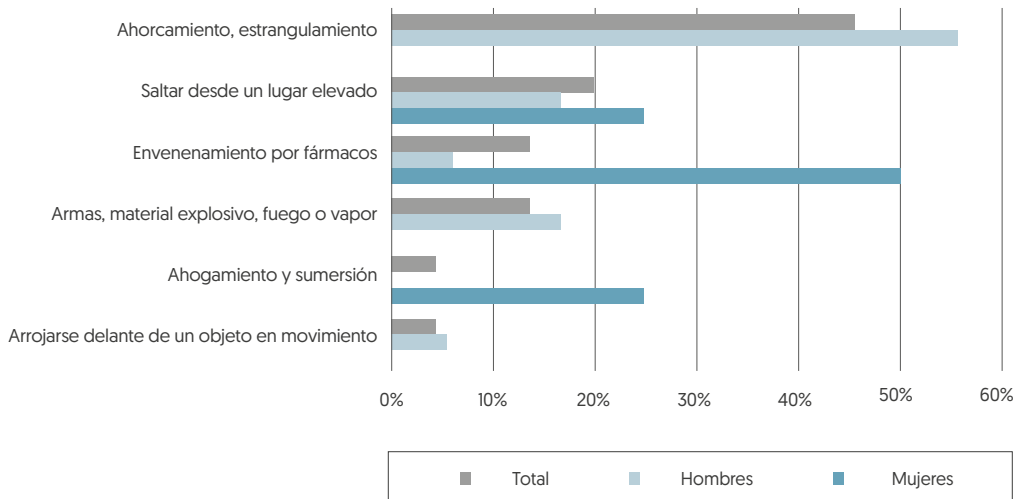


Gráfico 16. Nº y tasa de suicidios por edades y sexo en Araba/Álava, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



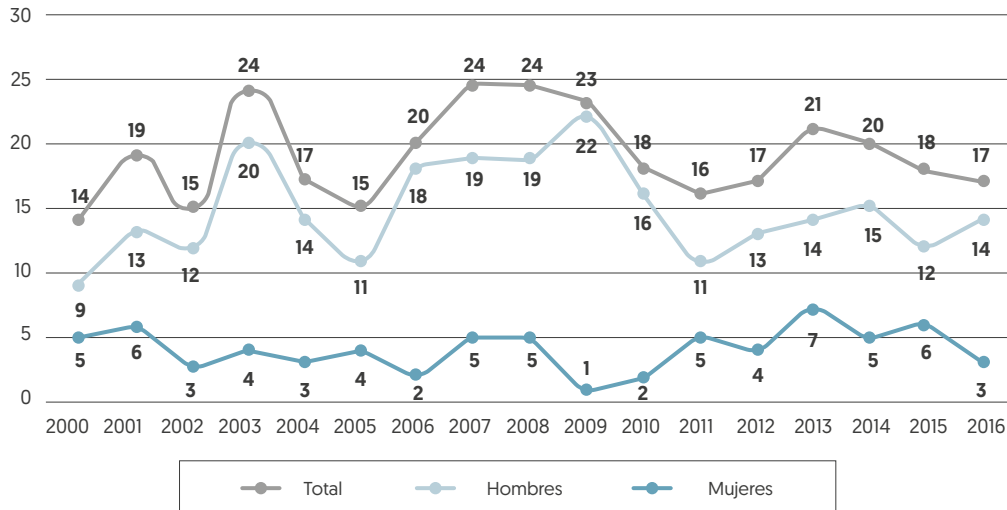
30

Gráfico 17. Métodos de suicidio empleados por sexos en Araba/Álava, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



En Vitoria-Gasteiz, el número total de casos ha descendido un 19% desde 2013; si bien con una tendencia desigual por sexos: en las mujeres el número de casos ha descendido un 57%; mientras que en los hombres, después de haber descendido un 14% en 2015, en 2016 han incrementado un 17% y se sitúan en los mismos valores de 2013 (Gráfico 18).

Gráfico 18. Número de suicidios por sexos en Vitoria-Gasteiz, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



### 4.3.2. EL SUICIDIO EN BIZKAIA

Atendiendo a los datos del INE, en el año 2016, se produjo en Bizkaia un total de 87 suicidios, con una media de 1 suicidio cada 4 días. Los suicidios son significativamente mayores en varones que en mujeres (72% vs 28%). Al compararse con el año 2015, ha habido una disminución de casi un 7% en el número total de casos, aunque hay diferencias entre sexos. En las mujeres ha habido un crecimiento del 19%, mientras que en los varones ha habido una disminución de los casos del 14%. Al analizar el estado civil se observa un mayor número de casos en personas solteras (45%), seguido de las casadas, con el 29% de los casos.

Se observa una disminución del 20% en el número total de casos desde 2014, que ha sido el año con más número de suicidios (109 casos) (Gráfico 19), con una reducción del 13% en el mismo periodo en los hombres y del 34% en las mujeres. Las tasas se mantienen constantes en los últimos años, en torno a los 11-12 suicidios en hombres y 3-4 en mujeres por 100.000 habitantes (Gráfico 20).

Analizando el número de suicidios en 2016, se aprecia que el riesgo de suicidio aumenta con la edad en ambos sexos a partir de los 60 años, aunque el crecimiento es más significativo en los varones. También se observa que hay un riesgo significativo en varones entre los 40 a 49 años, con una tasa de 19,05 por 100.000 habitantes (Gráfico 21).

Gráfico 19. Número de suicidios por sexos en Bizkaia, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

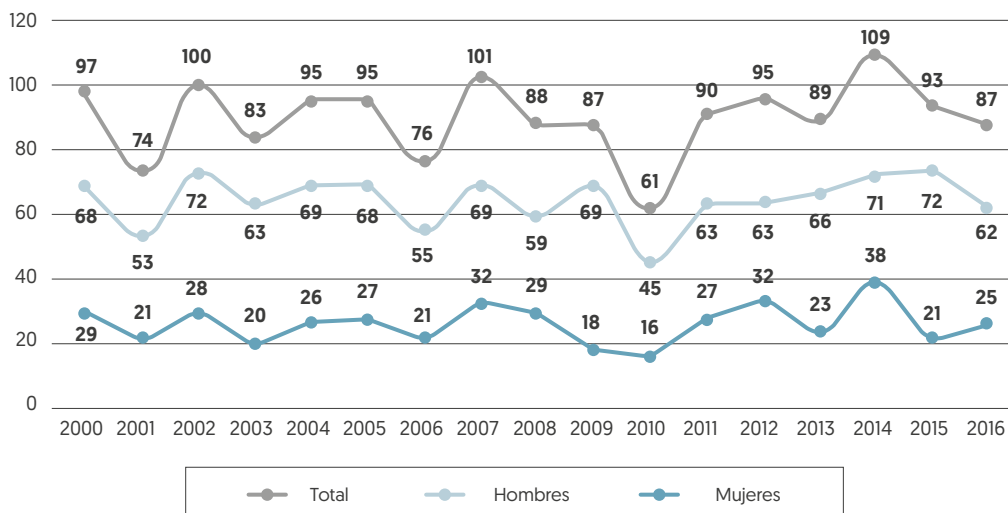
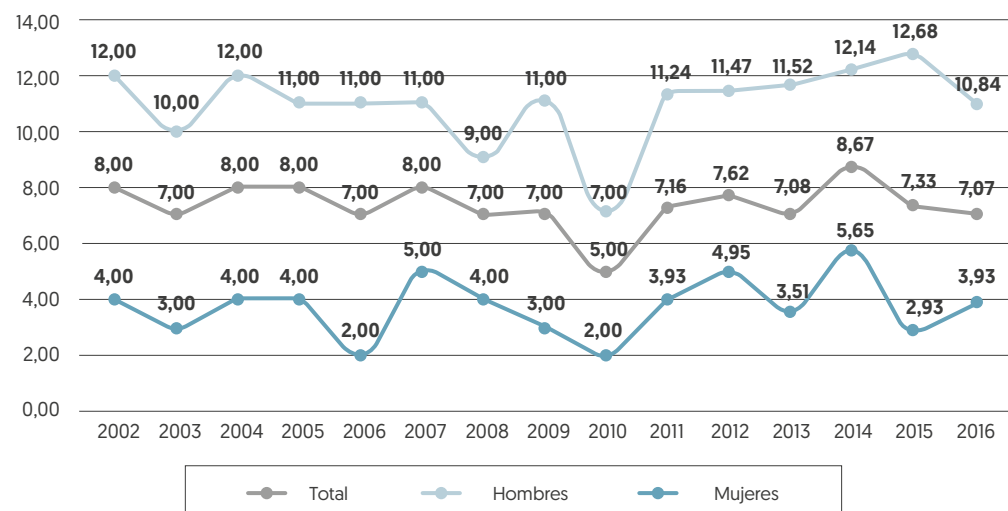


Gráfico 20. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Bizkaia, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.



32

El método utilizado también varía en función del sexo. El 52% de las mujeres elige saltar desde un lugar elevado, seguido del ahorcamiento en el 20% de los casos y el envenenamiento por fármacos con el 16% de los casos. En los varones, el ahorcamiento es el método elegido en el 40% de los casos, seguido de la precipitación en el 37% de los casos (Gráfico 22).

En Bilbao, el número total de casos ha descendido un 27% desde 2014; en las mujeres el descenso ha sido del 39%, aunque de 2015 a 2016 ha habido un incremento de 3 casos; mientras que en los hombres el descenso ha sido del 16% en el mismo periodo.

Gráfico 21. Número y tasa de suicidios por edades y sexo en Bizkaia, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

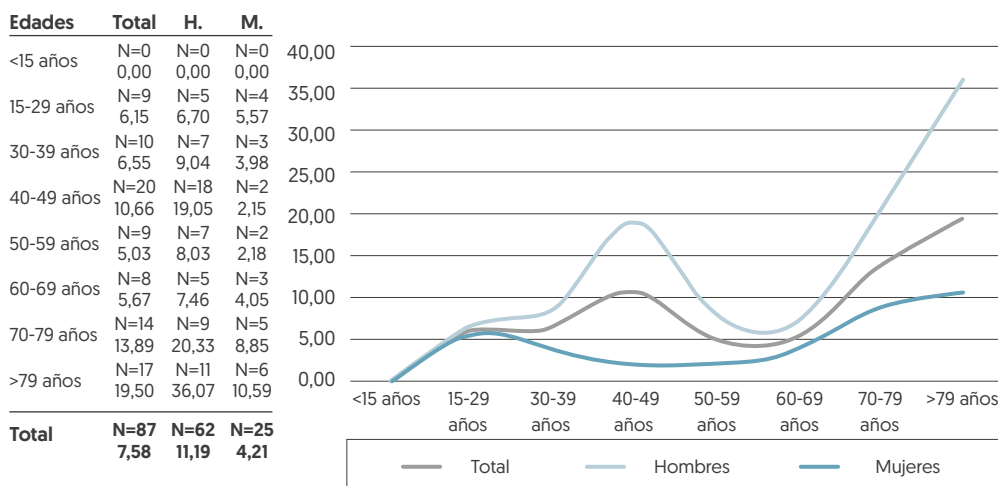


Gráfico 22. Métodos de suicidio empleados por sexos en Bizkaia, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

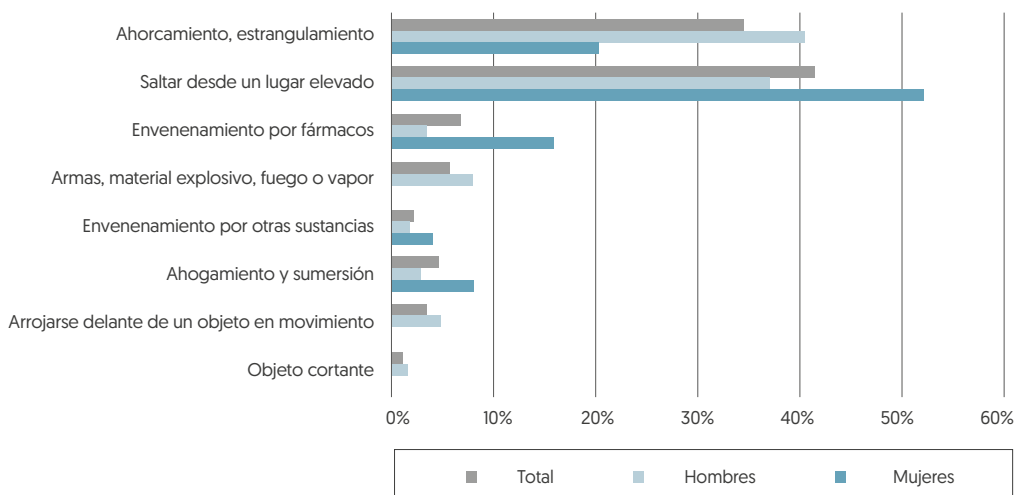
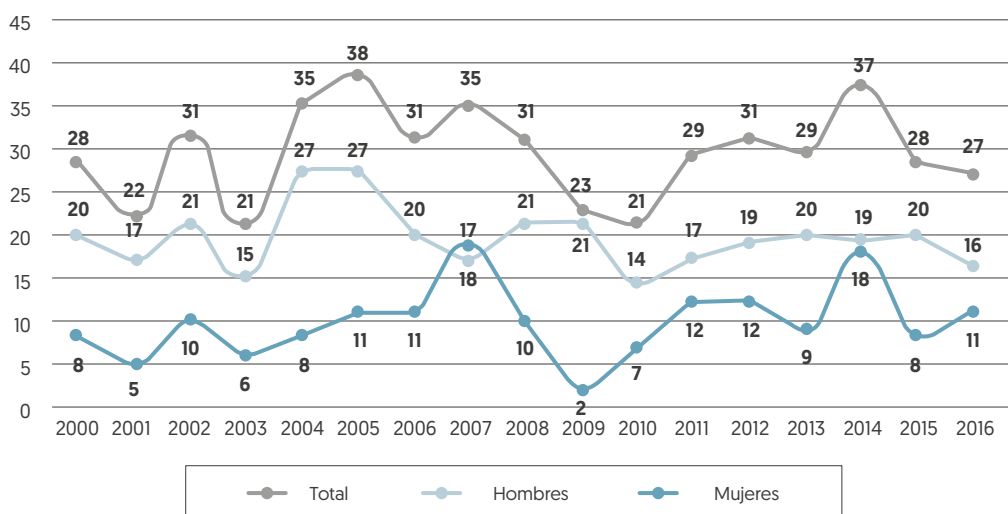


Gráfico 23. Número de suicidios por sexos en Bilbao, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.



#### 4.5.6. EL SUICIDIO EN GIPUZKOA

Según los datos del INE, en 2016 hubo un total de 70 suicidios, una media de 1 suicidio cada 5 días. Es mayor el número de casos en varones que en mujeres (74% vs 26%). Al compararse con 2015, se muestra un aumento en el número de casos en ambos sexos, siendo del 27% en varones y del 50% en mujeres. La mayoría de los casos se registran en personas solteras (43%), seguida de las casadas (39%), sin que haya diferencia entre sexos.

Los suicidios totales se sitúan en valores máximos históricos, alcanzado niveles de 2002 y con un incremento del 28% desde 2014. En los varones, el número de casos se ha incrementado un 45% desde 2014, pero los valores de 2016 se sitúan ligeramente por debajo del máximo histórico de 2012 (53 casos). En las mujeres el número de suicidios está aún por debajo del máximo histórico de 2009 (21 casos) (Gráfico 24). Al analizar las tasas se aprecia el incremento de 7 a 9 casos por 100.000 habitantes de 2014 a 2016, siendo en los hombres más notorio, al pasar de 10-11 a 14-15 casos por 100.000 habitantes en el mismo periodo. En las mujeres las tasas se mantienen constantes en torno a 4-5 suicidios por 100.000 habitantes (Gráfico 25).

Al analizar los datos de 2016, se observa que el riesgo de suicidio crece con la edad, sobre todo en el caso de los varones, que presentan un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 40 años (e incluso de a partir de los 80 años). En las mujeres aumenta entre los 40 y 60 años, pero luego parece disminuir a partir de los 80 años (Gráfico 26).

Gráfico 24. Número de suicidios por sexos en Gipuzkoa, 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

34

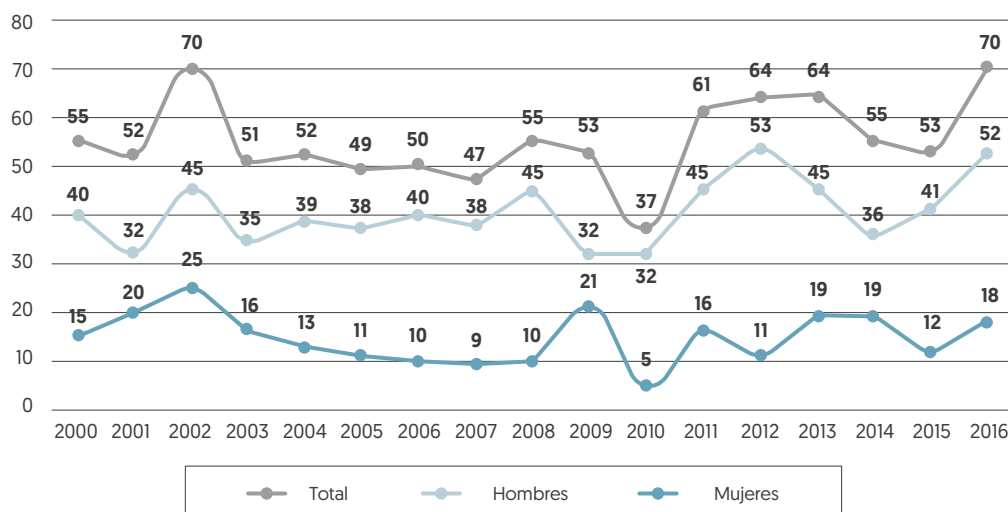
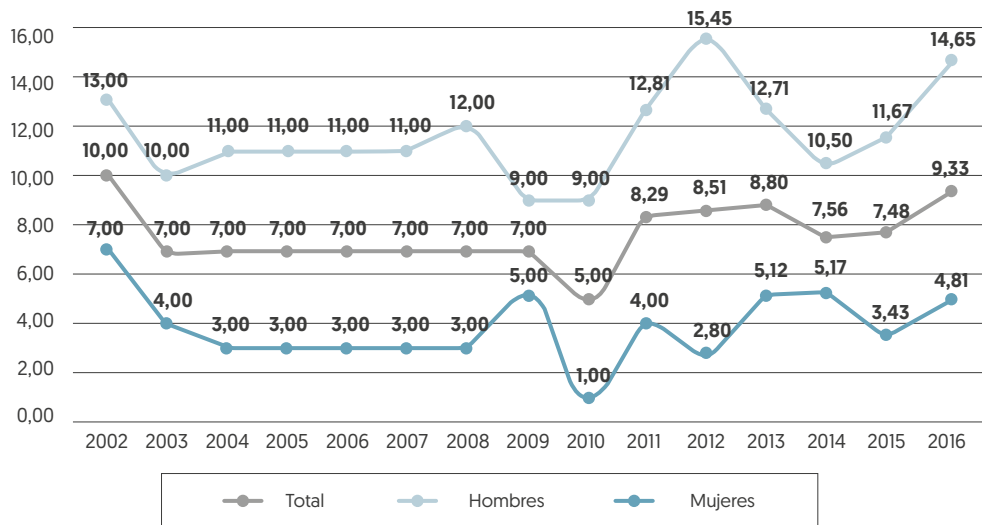


Gráfico 25. Tasas de suicidios por 100.000 habitantes por sexos en Gipuzkoa, 2002-2016. Fuente: INEbase, 2017.



El método más empleado en ambos sexos es la precipitación, con en el 39% de las mujeres y el 33% de los varones. En las mujeres, el envenenamiento por fármacos es el segundo método más empleado (33%), seguido del ahorcamiento (17%). En los varones, el ahorcamiento es utilizado en el 27% de los casos, seguido del uso de armas en el 12% de los casos (Gráfico 27).

En Donostia-San Sebastián, el número total de casos ha aumentado un 7% desde 2014, pero aún está lejos de su máximo histórico de 2001 (19 casos). En los hombres el número de casos se mantiene constante desde 2012, con 10-11 casos (con excepción de 2014, donde hubo 8 casos). En las mujeres el número de casos fluctúa entre 3 a 7 casos en el mismo periodo (Gráfico 28).

La Red de Salud Mental de Gipuzkoa (RSMG), en colaboración con el Instituto Vasco de Medicina Legal (IVML), realizó un estudio para elaborar un mapa de suicidios en Gipuzkoa de los años 2004 a 2014. A partir de una muestra de 639 suicidios, el estudio analizó, entre otros aspectos, la distribución geográfica de los suicidios. Las tasas de suicidio más elevadas se identificaron en las áreas sanitarias correspondientes a Beasain (9,73/100000 habitantes y año) y Egia (Donostia) (8,73/100.000 habitantes y año) y las más bajas, en las de Zarautz (5,26/100.000 habitantes y año) y Ondarreta (Donostia) (5,39/100.000 habitantes y año). Se analizó también el uso de métodos en función de la edad. La media de edad de las personas que eligieron la sumersión fue la más elevada, con 66 años. Por el contrario, las personas que eligieron la intoxicación por sustancias presentaron la edad media más baja, 43 años. Se analizó también la distribución temporal de los casos, sin que pudieran identificarse patrones (estacionales, mensuales, etc.) concretos. Por otro lado, el estudio permitió identificar tres lugares de alto riesgo o hotspots, dos de los cuales ya están protegidos en la actualidad.

Gráfico 26. Número y tasa de suicidios por edades y sexo en Gipuzkoa, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

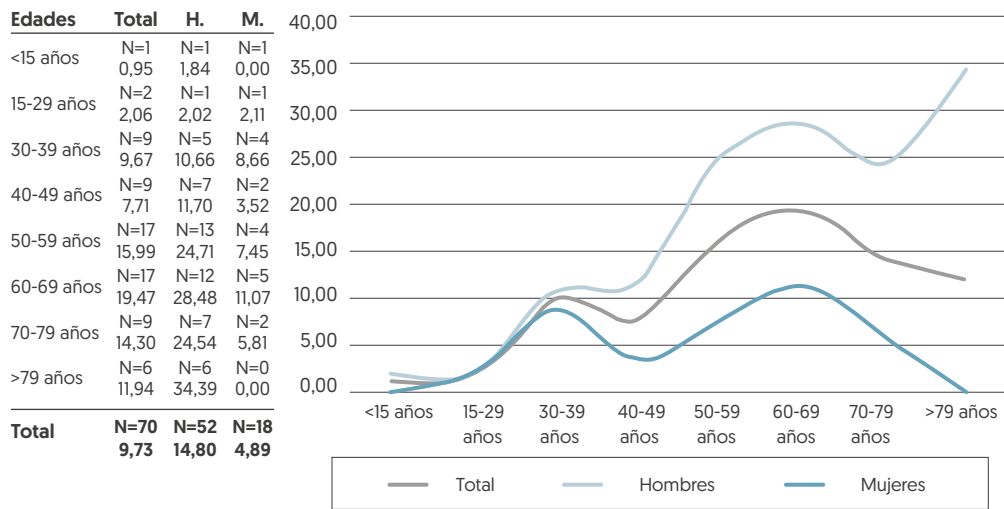
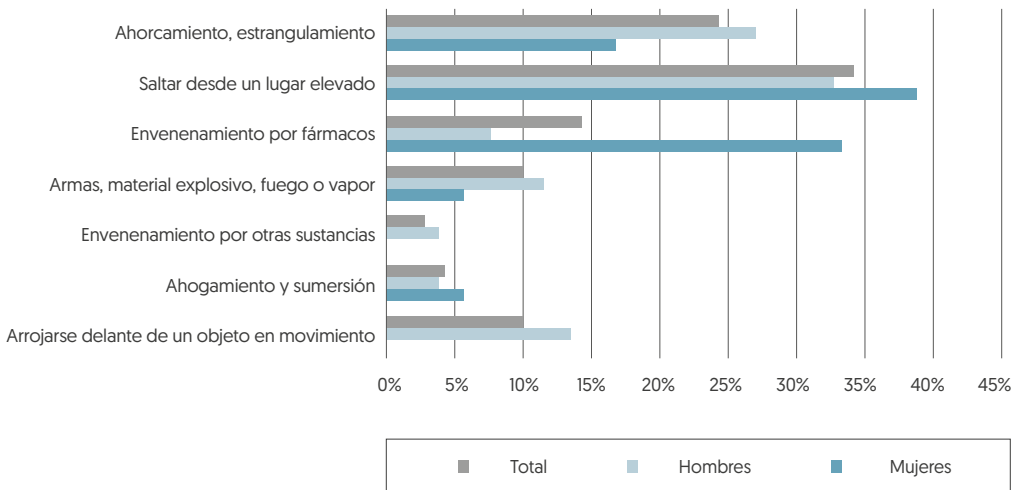


Gráfico 27. Métodos de suicidio empleados por sexos en Gipuzkoa, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.



36

Gráfico 28. Número de suicidios por sexos en Donostia-San Sebastián 2000-2016. Fuente: INEbase, 2017.

