

## Suicidio y vulnerabilidad: Una mirada ética desde la evidencia (Parte I)

Miguel Guerrero Díaz

Psicólogo clínico. Coordinador USMC Marbella y responsable del Proyecto Cicerón para la prevención del suicidio (UGC Salud Mental HUVV Málaga). Miembro del Grupo Ejecutivo Motor del Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, Ministerio de Sanidad de España.

El suicidio no es un acto individual ni aislado, sino la manifestación más extrema de una red compleja de factores estructurales, sociales y relacionales que impactan de forma desigual sobre distintos sectores de la población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014)<sup>1</sup>. Aunque hemos logrado ciertos avances en su prevención, las actuales estrategias e iniciativas siguen excesivamente centradas en intervenciones individuales, clínicas y sanitarias, minimizando —cuando no ignorando— los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales que despojan al malestar y a la conducta suicida de su dimensión comunitaria y profundamente humana. Esta mirada reduccionista —biomédica (hospitalocéntrica, farmacológica y psiquiatrizante) no solo constituye un modelo de comprensión limitado y desfasado, sino que contribuye a mantener, e incluso agravar, las desigualdades que sostienen el sufrimiento psíquico. Que las tasas de suicidio permanezcan estables o incluso aumenten precisamente en los grupos más vulnerables no es casualidad, sino una evidencia contundente de la necesidad urgente de revisar críticamente cómo comprendemos y abordamos la conducta suicida<sup>2</sup>.

La naturaleza multidimensional y compleja del suicidio deja al descubierto profundas deficiencias éticas y desigualdades en el acceso a los recursos asistenciales, al evidenciar que los dispositivos sanitarios e institucionales siguen operando bajo lógicas homogéneas, estandarizadas y centradas en el individuo, que desatienden —o directamente excluyen— a los grupos más vulnerables<sup>3</sup>. Esta desigual distribución de la atención no es neutra ni accidental, responde a lo que Julian T. Hart denominó *ley de cuidados inversos*, según la cual quienes más necesitan cuidados son, paradójicamente, quienes menos los reciben<sup>4</sup>. Así, el sufrimiento de quienes viven en contextos de mayor precariedad social o laboral, exclusión, enfermedad mental, discriminación, estigma o violencia estructural, no solo es invisibilizado, sino también desatendido por un sistema que reproduce las mismas lógicas de desigualdad que afirma combatir.

Por ello, escribir sobre vulnerabilidad, fragilidad y suicidio es un compromiso ético además de científico. Muchas personas viven marcadas por el trauma, la exclusión o el abandono institucional, y no visibilizar estas realidades perpetúa la injusticia y excluye a quienes ya carecen de voz y oportunidades. Este artículo propone una reflexión crítica y técnica, basada en la evidencia, para invitar a responsables, gestores y profesionales del sistema de salud público andaluz a ampliar la mirada ética en prevención del suicidio, priorizando recursos dirigiéndolos a las poblaciones de mayor riesgo suicida. Requieren toda nuestra atención, protección, acompañamiento y cuidados.

## Suicidio y género: hombres invisibles en el dolor

El suicidio en hombres constituye una de las realidades más desatendidas y silenciadas de la salud pública. A pesar de que más del 75% de las muertes por suicidio en el mundo corresponden a hombres, su sufrimiento apenas ha sido reconocido desde una perspectiva de género<sup>5</sup>. Esta paradoja —en la que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia, pero los hombres lo consuman en tasas mucho más altas— no ha motivado respuestas proporcionales en términos de investigación, prevención ni intervención. El tabú sobre el dolor masculino, sumado a una narrativa dominante que asocia la masculinidad con la fortaleza, invulnerabilidad y la autosuficiencia, ha generado una peligrosa ceguera institucional y profesional ante una emergencia silenciosa<sup>6</sup>.

La presión cultural que enfrentan los hombres para encarnar ideales de éxito, control emocional, proveedor de recursos, autonomía y productividad actúa como un potente factor de riesgo suicida. Los mandatos patriarcales que históricamente les han conferido estatus, hoy se convierten en una trampa que dificulta pedir ayuda, reconocer la propia vulnerabilidad, contribuye a generar una baja necesidad percibida o establecer vínculos emocionales protectores. Además, muchos hombres presentan dificultades específicas para identificar, expresar y regular su dolor psíquico, lo que limita aún más el acceso a los servicios sanitarios o a la adherencia del seguimiento clínico<sup>7</sup>.

La comprensión del suicidio en hombres ha evolucionado a lo largo del tiempo a través de distintas generaciones de teorías explicativas. Las teorías de primera generación se centraban en factores individuales como la impulsividad, agresividad, mayor testosterona, trastornos mentales no tratados o consumo de sustancias<sup>8-12</sup>, asumiendo una perspectiva predominantemente biomédica y patologizante. Una segunda generación de teorías introdujo elementos más situacionales, como la menor capacidad para pedir ayuda, la baja necesidad percibida o mayor acceso y conocimiento de métodos letales e incluso una mayor intencionalidad suicida (incluso a igualdad de método suicida utilizado, fallecen proporcionalmente más hombres)<sup>13-16</sup>. Más recientemente las teorías actuales suponen un verdadero avance crítico al contextualizar el suicidio dentro del marco cultural de la masculinidad: los valores tradicionales, la presión social para cumplir con roles asignados al varón, la educación patriarcal y los estereotipos de género se convierten en factores determinantes<sup>17</sup>.

Lejos de las explicaciones puramente biológicas o psicopatológicas, el suicidio en hombres debe ser abordado desde un enfoque multidimensional que incorpore estos determinantes sociales, culturales y de género. Los estudios demuestran que factores como el desempleo prolongado, el aislamiento social, duelos no elaborados, problemas económicos o de vivienda y el consumo de sustancias están presentes en un alto porcentaje de los casos<sup>18</sup>. Incluso dentro de los servicios públicos, muchos hombres que fallecieron por suicidio habían tenido contacto reciente con atención primaria, salud mental o servicios sociales, pero sin que se identificara adecuadamente el riesgo suicida<sup>19</sup>. Otros, más invisibles aún, fallecieron por suicidio completamente desconectados de cualquier red de apoyo y opacos a los esfuerzos en prevención e intervención.

La prevención efectiva del suicidio en hombres requiere un cambio estructural profundo. Disminuir la mortalidad por suicidio masculina implica superar el enfoque biomédico tradicional e incorporar

una comprensión integral de los factores sociodemográficos y culturales que inciden específicamente en los varones. Es imprescindible desarrollar modelos teóricos con perspectiva de género masculino, lanzar campañas dirigidas a los hombres que alfabeticen sobre la crisis suicida, y diseñar dispositivos y programas accesibles, sensibles a sus necesidades. Asimismo, resulta fundamental promover modelos de masculinidad más diversos, relacionales y emocionalmente integrados, que cuestionen los mandatos normativos de género asociados a la hegemonía masculina —como la autosuficiencia, el silenciamiento emocional o la invulnerabilidad—, ampliamente vinculados con el riesgo suicida en varones.

La transformación de estas construcciones sociales no solo favorece el acceso a recursos de ayuda y expresión emocional, sino que constituye una estrategia preventiva clave. No se trata solo de salvar vidas, sino de re-humanizar el sufrimiento masculino y construir una sociedad más justa, comprensiva y ética para todos.

### Suicidio y edad: ¿Nuestros mayores no existen?

El suicidio en personas mayores, especialmente en quienes superan los 70 años, constituye una de las formas más persistentes y silenciadas de la realidad del suicidio en nuestro país. Durante las últimas décadas, este grupo ha mantenido de forma constante algunas de las tasas más altas de suicidio consumado, superando incluso a las de varones jóvenes o de mediana edad en numerosos países<sup>20-21</sup>. Esta alta prevalencia de suicidios consumados contrasta de forma alarmante con su escasa visibilidad en las agendas políticas, sociales y de salud pública y con la notable ausencia de estrategias de prevención específicas. Parte de esta invisibilización se sustenta en la normalización del sufrimiento en la vejez, en la extendida creencia de que el deseo de morir es inherente al proceso de envejecer, y en el sistemático infradiagnóstico de trastornos psicológicos como la depresión, muchas veces reducidos a meros “síntomas de la edad”<sup>22</sup>. Pero más grave aún es la progresiva legitimación del suicidio en la vejez, como si perder el deseo de vivir fuera una consecuencia aceptable —o incluso comprensible— del paso del tiempo.

Desde una mirada crítica, este abandono institucional puede entenderse como un síntoma del edadismo estructural que atraviesa las sociedades contemporáneas, especialmente en contextos neoliberales donde prima la productividad, la autonomía funcional y la rentabilidad del individuo. En un sistema que mide el valor de la vida en términos de utilidad económica y autosuficiencia, las personas mayores —particularmente aquellas con dependencia, enfermedad crónica o soledad no deseada— son percibidas como una carga. Este discurso se filtra en las políticas públicas, en los imaginarios sociales y, lo más grave, en el relato interno de los propios mayores, que llegan a concebir su existencia como prescindible. Así, el suicidio en la vejez no se produce solo por una acumulación de pérdidas, sino también por una pérdida del lugar simbólico en la comunidad.

Frente a esta realidad, resulta urgente revisar los enfoques preventivos desde una ética del cuidado interdependiente que revalorice la vida en la vejez. Es imprescindible denunciar el abandono sanitario, el aislamiento estructural y la falta de sentido vital que muchas personas mayores

experimentan, especialmente cuando han sido expulsadas del sistema laboral, social y afectivo. Las intervenciones deben romper con la lógica asistencialista o paternalista, y fomentar entornos de participación, vínculo y dignidad. Reconocer la vejez como una etapa de valor y no como un residuo del ciclo vital es una tarea cultural tanto como sanitaria. Si no abordamos el suicidio en mayores con la misma contundencia y visibilidad que en otros grupos etarios, estaremos legitimando una forma solapada de “eutanasia social”. Nuestros mayores no merecen ni nuestra soledad ni la indiferencia.

### Suicidio en el contexto de enfermedad: cuando vivir duele demasiado

Las enfermedades físicas de curso crónico, especialmente aquellas que generan dolor persistente, limitaciones funcionales, discapacidad o amenazan la continuidad vital, constituyen un contexto de alta vulnerabilidad suicida<sup>23</sup>. Vivir con dolor físico prolongado o con un deterioro progresivo de la autonomía personal puede erosionar no solo la calidad de vida, sino también el sentido mismo de existir. Esta forma de sufrimiento sostenido —a menudo silenciado o mal abordado— se convierte en un terreno fértil para la desesperanza, un factor de riesgo nuclear en la génesis de la ideación suicida en la mente del ser humano. La asociación enfermedad física y suicidio consumado está sólidamente documentada en la literatura científica y, sin embargo, continúa infravalorada en los dispositivos de prevención<sup>24</sup>. A menudo, se invisibiliza el sufrimiento psíquico que acompaña a la enfermedad física, como si el malestar emocional fuera un efecto colateral aceptable del deterioro corporal.

Muchas de estas personas, atrapadas entre tratamientos agresivos, diagnósticos limitantes y sistemas sanitarios deshumanizados, comienzan a sentirse prescindibles. Su red social suele reducirse, su rol vital se difumina, y el sentimiento de carga sobre sus familias o cuidadores se intensifica. En este contexto, la ideación suicida puede no nacer del deseo de morir, sino de la percepción de una vida que ya no puede vivirse dignamente y del desarrollo de un sentimiento de carga que valida el suicidio<sup>25</sup>. Un tratamiento desprovisto de acompañamiento emocional, la falta de espacios donde expresar el malestar, y la escasez de modelos de cuidado que validen su sufrimiento contribuyen a cronificar una vivencia de dolor que no siempre busca la muerte, pero sí pide, desesperadamente, otra forma de alivio.

En el caso de los trastornos mentales, la relación con el suicidio ha sido históricamente malinterpretada, hasta el punto de sostener uno de los grandes mitos que aún persisten: que la enfermedad mental —especialmente la depresión— causa el suicidio. Esta visión reduccionista lo ha entendido como un mero síntoma de los trastornos psicológicos, una consecuencia directa de padecerlos o una complicación extrema de ciertos estados mentales aversivos<sup>26-29</sup>.

Sin embargo, aunque nadie discute que los trastornos psicológicos constituyen un factor de riesgo relevante, conviene recordar que correlación no implica causalidad. Los síntomas psicopatológicos generan sufrimiento, pero no son, por sí solos, la raíz de la conducta suicida. Ésta emerge, en muchos casos, del contexto estructural en el que estas personas sobreviven: exclusión, precariedad, abandono, falta de acceso a recursos y estigma. La falta de oportunidades laborales, los proyectos

de vida truncados, las relaciones interpersonales dañadas o imposibles, la desconfianza institucional y el abandono sanitario construyen una realidad donde la desesperanza no es un síntoma clínico, sino una consecuencia social. La etiqueta diagnóstica funciona muchas veces más como una sentencia de marginación que como una puerta hacia la ayuda.

A esto se suman las barreras reales para acceder a tratamientos efectivos, a espacios de vínculo seguros y a una atención continuada que reconozca a la persona más allá del trastorno. Muchos usuarios son recibidos por sistemas fragmentados, profesionales saturados y recursos escasos, donde la demanda de ajuste y normalidad prima sobre el cuidado<sup>30</sup>. La cronificación del sufrimiento psíquico, junto a la vivencia constante de no ser comprendidos ni incluidos, instala en muchas personas con enfermedad mental la certeza de que no hay lugar para ellas en este mundo<sup>31</sup>. Frente a esto, el suicidio aparece no como una fuga irracional, sino como el resultado final de un abandono colectivo, un fracaso social.

## Reflexión final

En esta primera parte hemos analizado cómo el género, la edad y la enfermedad (tanto física como mental) configuran escenarios de profunda vulnerabilidad suicida, muchas veces ignorados por los marcos clínicos tradicionales. En la segunda parte de este artículo, ampliaremos la mirada hacia otras dimensiones esenciales como son la experiencia vivida por sobrevivientes y supervivientes, el impacto de la violencia, abusos, maltrato y adversidades tempranas, la pobreza estructural o la exclusión de colectivos invisibilizados. Una prevención ética requiere integrar todas estas realidades.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
2. Gallagher K, Phillips G, Corcoran P, Platt S, McClelland H, O'Driscoll M, Griffin E. The social determinants of suicide: an umbrella review. *Epidemiol Rev.* 2025 Jan 10;47(1):mxaf004. doi: 10.1093/epirev/mxaf004. PMID: 40176283.
3. Na PJ, Shin J, Kwak HR, Lee J, Jester DJ, Bandara P, Kim JY, Moutier CY, Pietrzak RH, Oquendo MA, Jeste DV. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry.* 2025 Apr 1;82(4):337-346. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4241. PMID: 39745761; PMCID: PMC11964833.
4. Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).

5. World Health Organization. (2019). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
6. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Feb;253(1):1-8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6. PMID: 12664306.
7. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2016 Nov;49:106-118. doi: 10.1016/j.cpr.2016.09.002. Epub 2016 Sep 10. PMID: 27664823.
8. Klonsky ED, May A. Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2010 Dec;40(6):612-9. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.612. PMID: 21198330.
9. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*. 2001 May;24(5):467-77. doi: 10.1016/S0893-133X(00)00228-1. PMID: 11282247.
10. Dabbs, J. M., Jurkovic, G. J., & Frady, R. L. (1997). Salivary testosterone and cortisol among late adolescent male offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 307–316.  
<https://doi.org/10.1023/A:1025789117159>
11. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.004. Epub 2013 Feb 12. PMID: 23411024.
12. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Dec 7;76 Suppl:S11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003. PMID: 15555812.
13. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113. PMID: 21192795; PMCID: PMC3022639.
14. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M, Kessler RC. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(6):1303-17. doi: 10.1017/S0033291713001943. Epub 2013 Aug 9. PMID: 23931656; PMCID: PMC4100460.

15. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998 Spring;28(1):1-23. PMID: 9560163.
16. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Jul 6;15(7):1425. doi: 10.3390/ijerph15071425. PMID: 29986446; PMCID: PMC6068947.
17. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2016 Nov;49:106-118. doi: 10.1016/j.cpr.2016.09.002. Epub 2016 Sep 10. PMID: 27664823.
18. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26385066; PMCID: PMC5319859.
19. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Lynch F, Owen-Smith A, Hunkeler EM, Whiteside U, Operskalski BH, Coffey MJ, Solberg LI. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* 2014 Jun;29(6):870-7. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3. Epub 2014 Feb 25. PMID: 24567199; PMCID: PMC4026491.
20. World Health Organization. (2017). Preventing suicide: A global imperative.  
<https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative>.
21. Diputación Foral de Gipuzkoa. (2023). Informe sobre la tasa de suicidio en personas mayores de 80 años en Gipuzkoa. Recuperado de <https://cadenaser.com/euskadi/2025/05/12/hasta-hace-poco-frente-a-un-suicidio-lo-que-se-hacia-es-callar-y-no-molestar-a-la-familia-ser-vitoria/>
22. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-89. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621. PMID: 19327033; PMCID: PMC2852580.
23. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Florescu S, de Girolamo G, Hu C, de Jonge P, Kawakami N, Medina-Mora ME, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, O'Neill S, Piazza M, Posada-Villa J, Torres Y, Kessler RC. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry.* 2016 Feb;73(2):150-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2688. PMID: 26719969; PMCID: PMC5333921.
24. Xiao Y, Bi K, Yip PS, et al. Decoding Suicide Decedent Profiles and Signs of Suicidal Intent Using Latent Class Analysis. *JAMA Psychiatry.* 2024;81(6):595–605.  
doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0171.

25. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.  
<https://doi.org/10.1037/a0018697>.
26. Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481–492.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>.
27. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Oct 24;5(1):74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0. PMID: 31649257.
28. Goel D, Dennis B, McKenzie SK. Is suicide a mental health, public health or societal problem? *Curr Opin Psychiatry*. 2023 Sep 1;36(5):352-359. doi: 10.1097/YCO.0000000000000888. Epub 2023 Jul 6. PMID: 37439590.
29. García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35–42.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
30. Carbonell Á, Navarro-Pérez JJ, Mestre MV. Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020 Sep;28(5):1366-1379. doi: 10.1111/hsc.12968. Epub 2020 Mar 1. PMID: 32115797.
31. Zamorano S, González-Sanguino C, Muñoz M. Implications of stigma towards mental health problems on suicide risk in people with mental health problems: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2022 Sep;50(5):216-225. Epub 2022 Sep 1. PMID: 36273381; PMCID: PMC10803875.