

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

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..

Esta segunda parte da continuidad al análisis iniciado en el artículo anterior, centrado en los factores estructurales, sociales y éticos que configuran la conducta suicida. Aunque puede leerse de forma independiente, ofrece una visión complementaria que incorpora la voz de quienes han vivido el suicidio en primera persona, así como otros contextos de exclusión, pobreza y trauma que los modelos actuales de prevención siguen sin atender adecuadamente.

### Suicidio en primera persona: sobrevivientes y supervivientes

Las personas que han perdido a alguien por suicidio (supervivientes) y quienes han intentado quitarse la vida (sobrevivientes) presentan un riesgo elevado de sufrimiento psíquico, estigmatización, aislamiento y por ende de presentar ideación suicida, intentos de suicidio y fallecer por esta terrible causa<sup>32-33</sup>. La evidencia indica que el acompañamiento específico a estos colectivos reduce el riesgo y favorece la recuperación, pero estos recursos son aún muy escasos y desiguales<sup>34</sup>. El estigma asociado al suicidio opera con especial crudeza sobre quienes lo viven en primera persona. Los supervivientes, aquellas personas que han perdido a un ser querido por suicidio, experimentan un duelo especialmente complejo. A menudo atraviesan sentimientos de culpa, vergüenza, rabia y abandono, en un contexto social que tiende a evitar el tema o a culpabilizar de manera implícita. El silencio que rodea al suicidio actúa como un segundo trauma, dificultando la elaboración saludable del duelo. Muchas familias quedan marcadas por una mezcla de dolor íntimo y aislamiento social que podría prevenirse con redes de apoyo emocional, espacios de validación y acompañamiento profesional especializado o la participación en grupos de ayuda mutua<sup>35</sup>.

Por su parte, quienes han intentado suicidarse, enfrentan una doble penalización: primero, por la vivencia extrema que los llevó a desear la muerte; y segundo, por la reacción social, médica o familiar que muchas veces minimiza, culpabiliza o medicaliza su experiencia. En lugar de encontrar una oportunidad de reparación o escucha, muchas personas supervivientes se encuentran con respuestas punitivas, intervenciones coercitivas o abandono institucional. La falta de una atención centrada en la dignidad, la narrativa subjetiva y los vínculos sostenidos agrava el riesgo de recaída y perpetúa la desconexión vital que originó la crisis.

Sobrevivientes y supervivientes necesitan ser reconocidos como portadores de una experiencia

valiosa, que debe ser escuchada, respetada y validada, no solo para su propio proceso de recuperación, sino como clave en el diseño de políticas preventivas más humanas y eficaces. Incorporar su voz en los protocolos, en la formación de profesionales y en las campañas públicas no es solo un acto de justicia, sino una estrategia basada en la evidencia. La participación activa de quienes han vivido de cerca el suicidio —ya sea como personas que han intentado quitarse la vida o como dolientes por una pérdida— permite identificar fallos en el sistema, necesidades no cubiertas y barreras invisibles que los discursos clínicos y administrativos tienden a ignorar. Su testimonio no debe instrumentalizarse ni romantizarse, pero sí integrarse de forma estructurada y continua en todos los niveles de la prevención. Dejar fuera sus voces es perpetuar un enfoque paternalista y parcial que limita el alcance real de cualquier estrategia preventiva.

El suicidio, en todas sus formas, deja una huella profunda. Honrarla no pasa por el silencio, sino por tejer redes de sentido, cuidado y comunidad donde antes hubo fractura

### **Suicidio y pobreza: el contexto determina, condiciona, importa**

La precariedad material, laboral o económica, la pérdida de vivienda o su dificultad de acceso, el desempleo, incertidumbre financiera y las dificultades para acceder a servicios sanitarios se relacionan de manera consistente con un aumento significativo en las tasas de suicidio<sup>36-38</sup>. A pesar de esta evidencia, los dispositivos clínicos suelen despolitizar y descontextualizar el sufrimiento de las personas, sin considerar adecuadamente los determinantes sociales que lo generan o agravan<sup>39</sup>. Esta omisión implica que muchas intervenciones no aborden las causas estructurales del malestar, lo que limita su efectividad. Al no reconocer el impacto del entorno socioeconómico, las respuestas clínicas se fragmentan y dejan de lado un factor central para la prevención y atención integral del suicidio en poblaciones vulnerables.

¿Cómo podría un psicólogo clínico prescribir una vivienda, garantizar un hogar digno o asegurar medios para que una persona pueda ganarse la vida con dignidad? ¿De qué modo podría facilitar financiación para el negocio familiar donde trabaja su paciente o impedir que un empresario lo explote, obligándolo a jornadas de doce horas sin descanso por mil euros mensuales? La práctica clínica no tiene herramientas para resolver estas violencias estructurales, y, sin embargo, se espera que abordemos sus consecuencias como si fueran exclusivamente síntomas individuales. Esta disonancia entre lo que se espera del profesional y lo que puede realmente ofrecer sitúa la intervención psicológica en un lugar de frustración e impotencia si no se reconoce el impacto de los determinantes sociales en la salud mental. Entender esto, es fundamental para alcanzar una comprensión holística e integral del suicidio como fenómeno humano, universal e histórico.

Para prevenir el suicidio en este grupo vulnerable es fundamental incorporar en la evaluación clínica una comprensión profunda de los determinantes sociales y el contexto socioeconómico que afectan a la persona. Es necesario garantizar el acceso universal y equitativo, no sólo a los servicios sanitarios sino también a los servicios sociales comunitarios, junto con intervenciones integrales que aborden las causas estructurales del sufrimiento<sup>40</sup>.

Además, resulta imprescindible promover políticas públicas que reduzcan la pobreza, el desempleo y la inseguridad habitacional, evitando así la despolitización del malestar y reconociendo el impacto directo de estos factores sociales en la vulnerabilidad al suicidio. No basta con fortalecer los recursos clínicos o ampliar la cobertura de salud mental si se mantiene intacta la estructura que cronifica la precariedad y el desarraigo<sup>41</sup>. Las condiciones materiales de vida no son un contexto neutro, sino el suelo sobre el que se construye —o se fractura— la salud mental de las personas. La ausencia de ingresos estables, la imposibilidad de acceder a una vivienda digna o la incertidumbre constante sobre el futuro no son meras “fuentes de estrés”, sino factores estructurales de riesgo que aumentan significativamente la desesperanza, el sufrimiento psíquico y la percepción de carga o ineficacia. Reivindicar políticas redistributivas, de protección social real y acceso equitativo a los derechos básicos no es un gesto ideológico, sino una exigencia ética y basada en la evidencia para cualquier estrategia seria de prevención del suicidio<sup>42</sup>.

### **Cuando el dolor invisible se vuelve insopportable: el vínculo silencioso entre trauma y suicidio**

La exposición a experiencias traumáticas en la infancia —como la violencia sexual, el maltrato físico o emocional, el abandono, el acoso escolar o cualquier otra forma de abuso— constituye uno de los factores de riesgo más consistentes y documentados para el desarrollo de conductas suicidas a lo largo del ciclo vital<sup>43-45</sup>. Estas experiencias no solo predisponen a una mayor vulnerabilidad psicológica, sino que pueden actuar también como precipitantes directos, especialmente cuando no han sido reconocidas, elaboradas ni reparadas en el entorno familiar, social o institucional<sup>46</sup>.

En particular, el trauma relacional temprano, como la violencia sexual o el maltrato por parte de figuras de apego, deja una huella profunda en el desarrollo emocional, neurobiológico y relacional de la persona. Estas experiencias interrumpen el desarrollo neurológico, emocional y relacional del niño, y su impacto puede perdurar a lo largo de la vida, afectando la autorregulación emocional, la identidad, la capacidad de establecer relaciones seguras y la vulnerabilidad ante la psicopatología, incluida la conducta suicida<sup>47-50</sup>. Las alteraciones en el sistema de apego suelen derivar en estilos inseguros o desorganizados, que comprometen la capacidad de regular afectos, establecer vínculos confiables y desarrollar una imagen de sí mismo integrada y positiva<sup>51</sup>. En este contexto, la desregulación emocional crónica, la hipervigilancia, el sentimiento de amenaza constante o la desconexión emocional se convierten en respuestas adaptativas al entorno traumático, pero a su vez, en factores de riesgo acumulativo frente a ideaciones suicidas.

La evidencia empírica ha demostrado de forma contundente la correlación entre adversidades tempranas del desarrollo y el aumento del riesgo suicida, especialmente en personas con historial de abuso sexual infantil, negligencia severa o violencia familiar. Estudios longitudinales y metaanálisis han señalado que la probabilidad de presentar intentos de suicidio es varias veces mayor en personas con trauma infantil no resuelto que en la población general<sup>52-53</sup>. Además, estas experiencias se asocian a menudo con cuadros clínicos complejos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), trastorno que presenta una de las tasas más elevadas de suicidio consumado



entre los diagnósticos psiquiátricos, y que frecuentemente aparece como una consecuencia adaptativa del trauma interpersonal prolongado<sup>54</sup>.

Es fundamental entender que no es el trastorno en sí lo que genera el riesgo suicida, sino el sufrimiento sostenido, la dificultad para elaborar narrativas coherentes del propio dolor, la ausencia de redes seguras y la sensación persistente de invalidez o abandono. Por ello, el abordaje del trauma no puede ser un elemento secundario o postergado en la prevención del suicidio. Requiere intervenciones terapéuticas específicas, centradas en la seguridad emocional, la integración del trauma, la regulación afectiva y la reparación de vínculos, tanto con uno mismo como con los demás. La relación terapéutica en estos casos no es solo un dispositivo técnico, sino una herramienta reparadora que puede ofrecer, quizás por primera vez, una experiencia de vínculo confiable, estable y no abusivo<sup>55</sup>.

Reconocer el impacto del trauma en la conducta suicida no solo amplía la comprensión clínica del fenómeno, sino que obliga a repensar las estrategias preventivas desde una perspectiva más integral, humana y basada en la evidencia. Cualquier política de prevención del suicidio que ignore esta dimensión está condenada a la superficialidad y a la ineeficacia.

### **Colectivos invisibilizados: la ausencia de datos también mata**

Personas LGTBIQ+, migrantes sin regularización, personas sin hogar, población reclusa o migrantes, entre otros, comparten una invisibilidad institucional que dificulta gravemente su acceso a recursos, servicios y apoyos específicos<sup>56-60</sup>. Esta ausencia de reconocimiento se traduce en la falta de datos fiables y desagregados sobre sus realidades, un vacío que impide diseñar políticas públicas adecuadas y estrategias efectivas de prevención del suicidio. Sin evidencia concreta que documente sus necesidades y riesgos particulares, estos colectivos quedan excluidos de los sistemas de salud mental y de los programas de intervención, perpetuando ciclos de vulnerabilidad y sufrimiento silenciado.

La invisibilidad institucional, política y mediática no es un fenómeno casual, sino una expresión de inequidades estructurales y sociales que marginan a quienes más necesitan protección. En este sentido, la ausencia de inversión ética y sostenida en investigación y registro específico para estos grupos vulnerables supone una grave falla en los sistemas de salud y bienestar social. Es imprescindible implementar mecanismos que recojan datos desagregados y contextualizados, respetando la dignidad y la diversidad de cada persona, para poder reconocer y atender sus particularidades desde una perspectiva integral.

Asimismo, esta inversión debe ir acompañada de la formación especializada de los profesionales, el desarrollo de protocolos inclusivos y la creación de espacios seguros donde estas personas puedan expresar sus necesidades sin miedo a la estigmatización, psiquiatrización o discriminación social. Solo así será posible avanzar hacia una prevención del suicidio que sea realmente eficaz, justa y respetuosa de los derechos humanos, capaz de romper con la invisibilidad y la exclusión que tantas



vidas vulnerables siguen sufriendo.

### Conclusión: una ética del cuidado con enfoque estructural

La prevención del suicidio no puede limitarse a protocolos de cribado ni a una atención sanitaria que llega tarde, desbordada y fragmentada. Requiere un compromiso integral que sitúe el cuidado como eje central de las políticas públicas y que reconozca que no todas las vidas tienen hoy las mismas oportunidades de ser protegidas.

Priorizar no es excluir, es reconocer la desigualdad de partida y actuar en consecuencia. Implica entender que las personas más afectadas por la desigualdad, el sufrimiento crónico y la exclusión no pueden seguir esperando atención en un sistema que no está diseñado para pensar en ellas.

Frente a la narrativa de "no podemos llegar a todo", urge una mirada más justa, más humana y más valiente: llegar primero a quien más lo necesita. Por tanto, se requiere una respuesta ética y estructural basada en la evidencia, que deje de gestionar malestares individuales y empiece a transformar realidades sociales.

### Referencias (II)

32. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(2):225-36. doi: 10.1017/S0033291715001804. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26370729; PMCID: PMC4774896.
33. Pitman AL, Osborn DP, Rantell K, King MB. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*. 2016 Jan 26;6(1):e009948. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009948. PMID: 26813968; PMCID: PMC4735143.
34. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson J, Reavley N, Pirkis J. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 30;19(1):49. doi: 10.1186/s12888-019-2020-z. PMID: 30700267; PMCID: PMC6354344.
35. Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (Eds.). (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge.
36. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):315-23. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7. Epub 2009 Jul 7. PMID: 19589588.
37. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(1):e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333. Epub 2013 Jan 16. PMID: 23341881; PMCID: PMC3547020.
38. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2020 May;7(5):389-390. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30141-3. PMID: 32353269; PMCID: PMC7185950.



39. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J; EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry*. 2005 Jul;187:49-54. doi: 10.1192/bjp.187.1.49. PMID: 15994571.
40. World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
41. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, Chisholm D, Collins PY, Cooper JL, Eaton J, Herrman H, Herzallah MM, Huang Y, Jordans MJD, Kleinman A, Medina-Mora ME, Morgan E, Niaz U, Omigbodun O, Prince M, Rahman A, Saraceno B, Sarkar BK, De Silva M, Singh I, Stein DJ, Sunkel C, Unützer J. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1553-1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. Epub 2018 Oct 9. Erratum in: *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1518. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32624-2. PMID: 30314863.
42. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. *Lancet*. 2015 Dec 12;386(10011):2442-4. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00150-6. Epub 2015 Sep 9. PMID: 26364261.
43. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23209385; PMCID: PMC3507962.
44. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ*. 2014 Jun 10;186(9):E324-32. doi: 10.1503/cmaj.131792. Epub 2014 Apr 22. PMID: 24756625; PMCID: PMC4050024.
45. 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.
46. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec 26;286(24):3089-96. doi: 10.1001/jama.286.24.3089. PMID: 11754674.
47. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Mar;57(3):241-66. doi: 10.1111/jcpp.12507. Epub 2016 Feb 1. PMID: 26831814; PMCID: PMC4760853.
48. Schore, A. N. (2001). Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
49. Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment* (2nd ed.). Sage Publications.
50. Di Nicola M, Pepe M, Montanari S, Marcelli I, Panaccione I, Janiri D, Janiri L, Sani G. Childhood sexual abuse and suicide attempts in patients with substance use disorders: The mediating role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl*. 2024 May;151:106731. doi: 10.1016/j.chabu.2024.106731. Epub 2024 Mar 19. PMID: 38507922.
51. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol*. 2019 Feb;25:6-10. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.02.006. Epub 2018 Feb 14. PMID: 29494853.
52. Rogerson O, Baguley T, O'Connor DB. Childhood Trauma and Suicide. *Crisis*. 2023 Sep;44(5):433-441. doi: 10.1027/0227-5910/a000886. Epub 2022 Dec 20. PMID: 36537105.
53. Rogerson O, O'Connor RC, O'Connor DB. The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *J Affect Disord*. 2024

May 1;352:479-489. doi: 10.1016/j.jad.2024.02.029. Epub 2024 Feb 9. PMID: 38342320.

54. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 28;55(6):223. doi: 10.3390/medicina55060223. PMID: 31142033; PMCID: PMC6632023.
55. Gilson, M. L., & Abela, A. (2021). The therapeutic alliance with parents and their children working through a relational trauma in the family. *Contemporary Family Therapy*, 43(4), 343–358.
56. Martínez-Alés G, Gimbrone C, Rutherford C, Keyes K, López-Cuadrado T. Role of Foreign-Born Status on Suicide Mortality in Spain Between 2000 and 2019: An Age-Period-Cohort Analysis. *Int J Public Health*. 2022 May 18;67:1604538. doi: 10.3389/ijph.2022.1604538. PMID: 35664647; PMCID: PMC9156625.
57. Sinyor M, Kozloff N, Reis C, Schaffer A. An Observational Study of Suicide Death in Homeless and Precariously Housed People in Toronto. *Can J Psychiatry*. 2017 Jul;62(7):501-505. doi: 10.1177/0706743717705354. Epub 2017 May 19. PMID: 28525964; PMCID: PMC5528989.
58. Favril L, Shaw J, Fazel S. Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clin Psychol Rev*. 2022 Nov;97:102190. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102190. Epub 2022 Aug 8. PMID: 36029609.
59. Cottrell DB, Gonzalez JD, Atchison PT, Evans SC, Stokes A. Suicide risk and prevention in LGBTQ+ youth. *Nursing*. 2022 Feb 1;52(2):40-45. doi: 10.1097/01.NURSE.0000803432.31284.34. PMID: 35085195.
60. Green AE, Price MN, Dorison SH. Cumulative minority stress and suicide risk among LGBTQ youth. *Am J Community Psychol*. 2022 Mar;69(1-2):157-168. doi: 10.1002/ajcp.12553. Epub 2021 Sep 17. PMID: 34534356.