

Girasoles ante la muerte decidida

La gestión del *duelo* por suicidio desde las prácticas asociativas no institucionales

TRABAJO FIN DE MÁSTER (septiembre de 2019)

Nombre: Xabier

Apellidos: Jaso Esain

Tutora: Montserrat Cañedo Rodríguez

Máster Universitario en Investigación Antropológica y sus Aplicaciones

Curso: 2018/2019 – convocatoria: septiembre

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Justificación	3
1.2. Marco teórico y contextualización	6
1.3. Formulación del problema y objetivos	12
2. METODOLOGÍA	13
3. EL DUELO POR SUICIDIO Y SUS SENTIDOS. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO ANALÍTICO	13
3.1. Los argumentos de la gestión no institucional del duelo	14
3.2. ¿Supervivientes o dolientes?	25
3.3. Besarkada vs. Goizargi: diferencias y similitudes	27
3.4. El eje de las prácticas	33
A) El apoyo mutuo: de supervivientes, para supervivientes	34
B) La atención profesional en el duelo por suicidio	40
3.5. Sujetos e itinerarios en la gestión del duelo	47
3.6. Formatos organizativos de la gestión no institucional del duelo	50
3.7. El género en la autogestión del duelo por suicidio	50
3.8. Del refugio al activismo por otra mirada a la muerte autoinducida	52
4. CONCLUSIONES	54
4.1. Contribuciones provisionales	54
4.2. Vías para seguir la investigación	56
5. BIBLIOGRAFÍA	56

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en los discursos y prácticas de grupos humanos que, impulsados principalmente por personas afectadas por el suicidio de familiares, han comenzado a organizarse en los últimos años en asociaciones con entidad jurídica (registradas) para desde ahí hacer frente al impacto del suicidio ofreciendo recursos a las personas que permanecen vivas y llevando a cabo una labor de sensibilización social.

A través de metodologías cualitativas etnográficas se realizará una aproximación inicial al discurso y prácticas de organizaciones humanas no institucionales que de una forma u otra abordan, entre sus actividades, la gestión del duelo o impacto del suicidio. La atención se centra posteriormente en dos de los modelos asociativos emergentes: las asociaciones de “duelo” en general, que ofrecen apoyo a personas que han sufrido pérdidas de seres queridos, y las asociaciones de "supervivientes" del suicidio, tomando como referencia dos organizaciones existentes en la Comunidad Foral de Navarra: Goizargi y Besarkada-Abrazo, respectivamente.

1.1 Justificación

1.1.1 Motivación

El punto de partida de esta investigación es un interés personal despertado por dos conjuntos de hechos. Por un lado, una sucesión de 6 suicidios consumados entre la primavera de 2017 y el invierno de 2018, todos ellos de personas relacionadas con mi entorno laboral y social, pero no con mi círculo más próximo. En todos los casos se trató de varones con edades comprendidas entre los 19 y los 54 años. Por otro, el conocimiento de varios casos de suicidio cometidos en los últimos siete años por varias personas muy activas en movimientos sociales de Cataluña.

En este tiempo conocí la existencia de una organización catalana llamada 'Després del Suïcidi - Associació de Supervivents' (DSAS), que se dedicaba desde sus inicios en 2012 a apoyar a personas que habían sufrido el impacto del suicidio en sus

entornos. Una de las cosas que me pareció más significativas de esa organización era que se trataba del tipo asociativo que en otros ámbitos se suele denominar “en primera persona”; es decir, se había creado por iniciativa de personas directamente afectadas –en este caso varias madres de jóvenes que habían cometido suicidio- y eran ellas las que gestionaban el proyecto colectivo sin, en principio, una participación dominante de profesionales de la salud o de otros ámbitos. Cabe matizar, en cualquier caso, que el término “superviviente”, aunque en los medios de comunicación tiende a asociarse a los familiares directos de las personas que han cometido suicidio, en el discurso y praxis de DSAS y de asociaciones similares abarca a todas las personas “a las que afecta para siempre y a posteriori la iniciativa del suicida” (Pérez, 2011, p. 74), lo cual alcanza, por ejemplo, a personas amigas y compañeras de trabajo o de otras actividades compartidas.

Me llamó la atención que los representantes de DSAS afirmaban que su grupo era el primero de ese perfil en el Estado español. Pronto surgieron dos más: Biziraun, en la Comunidad Autónoma Vasca y Besarkada-Abrazo en la Comunidad Foral de Navarra. Esta última había sido creada por C., una madre que con frecuencia practicaba meditación en el mismo centro al que yo he solido acudir con cierta frecuencia en los últimos años. En 2013 uno de sus dos hijos se había suicidado a los 20 años, y tres años más tarde C. creó junto a otras dos madres la asociación Besarkada-Abrazo, siguiendo, entre otras, la referencia de DSAS.

Confluyeron así en mí múltiples puntos de interés: una necesidad percibida de avanzar a nivel personal más allá del impacto que me estaban provocando todas esas muertes, la sensación de tener la oportunidad de conocer planteamientos diferentes a través de esas nuevas experiencias colectivas, y la identificación de esas iniciativas con una línea de trabajo académica que desde hacía años me había interesado y que se puede denominar “salud colectiva” o “autogestión colectiva de la salud” (tema de mi Trabajo de Fin de Grado en la carrera de Antropología Social y Cultural en la UNED y de algunas otras incursiones en el ámbito de la antropología social y cultural). De todas formas, en este caso no había en principio patologías de por medio: el eje del trabajo de estas organizaciones humanas gira en torno a la categoría de “duelo” y, como he podido comprobar después, ninguna de estas asociaciones considera a priori el duelo como una enfermedad, aunque en ocasiones sí como trauma.

El panorama, en cualquier caso, no se presentaba nada sencillo, porque junto a esas organizaciones sabía que existían otras que también estaban formadas, al menos en parte, por personas afectadas por el impacto de suicidios. En su mayor parte estas asociaciones eran algo más antiguas que las ya citadas y su eje de actuación era la atención a personas en duelo por el fallecimiento, no necesariamente por suicidio, de seres queridos. Con frecuencia, en estas organizaciones que podríamos denominar “de duelo” (como es el caso de la asociación Goizargi, en Navarra) participaban profesionales de diferentes ámbitos, pero en principio no dejaban de tener para mí, a priori, grandes semejanzas con las organizaciones “en primera persona”.

Por si fuera poco, fuera de ese ámbito detecté que en los llamados “grupos de apoyo mutuo” no institucionales -que comenzaban a proliferar en el ámbito de la salud mental, como en las asociaciones navarras Mejorana y ANASAPS- también parecían abordarse, en relación al “duelo” y al suicidio, algunos objetivos similares a los de los grupos citados anteriormente, aunque no de forma prioritaria. Incluso un centro budista laico del centro de Pamplona, Karma Samten Ling, existe desde hace pocos años un servicio de atención ante posibles conductas suicidas.¹ Todo ello sin olvidar una relativamente antigua ONG también formada en gran parte por voluntarios y que tenía larga experiencia en la atención al duelo por suicidio y en la prevención de este: la Asociación Teléfono de la Esperanza. Aún habría que sumar a todas estas iniciativas el trabajo que, en ocasiones junto a otras entidades como Goizargi, se ha realizado desde la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, especialmente en relación al duelo.

Pues bien: todas esas líneas colectivas de trabajo estaban presentes y plenamente activas en Navarra, cuando hasta hacía apenas solo quince años únicamente existía la ONG del Teléfono de la Esperanza. Algo así solo ocurre en Cataluña, una comunidad cuya población es 11 veces mayor.

¿De dónde había emergido esa inquietud y por qué se había articulado organizativamente en tan poco tiempo? No veía ni veo la posibilidad de responder a

1

<http://www.chenrezy.net/castellano/centro/actividades/ayuda%20ante%20conductas%20suicidas/index.html>

algo así. Menos aún si partimos de que la tasa de suicidio en el Estado español no es especialmente elevada respecto a la de otros países, y dentro de él tanto Navarra como Catalunya suelen tener cifras que aunque oscilen levemente vienen a situarse cerca de la media estatal, o incluso por debajo en el caso catalán. Pero sí vi la oportunidad de acercarme a conocer qué hacían las personas que se organizaban allí y realizar otras preguntas.

1.2 Marco teórico y contextualización

1.2.1 Suicidio, categoría compleja

Fue el sociólogo Emile Durkheim quien elaboró la primera definición de suicidio en el ámbito de las ciencias sociales. Su propuesta fue la siguiente: “Se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediata, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse este resultado” (Durkheim 1897:15). Es decir, para Durkheim el sujeto debe buscar deliberadamente su muerte y conocer la consecuencia de su acto, lo que se asemeja a la definición dada por el diccionario de la Real Academia de la Lengua: “quitarse naturalmente la vida”. Etimológicamente la palabra procede del latín: sui (sí mismo) y caedere (matar), lo que significa “matarse a uno mismo”. Con todo, el término en las lenguas modernas occidentales es relativamente reciente, puesto que en inglés no apareció hasta el siglo XVII, y en la literatura francesa hasta el XVIII, al igual que en la española: en esta última lengua aparece por primera vez en la obra de fray Fernando de Ceballos titulada “La falsa filosofía y el ateísmo”, escrita en 1772.

Existen definiciones contemporáneas que, tal como señala el antropólogo José Manuel Corpas en un artículo sobre el fenómeno social y cultural del suicidio en comunidades étnicas amerindias, “apuntan a las condiciones sociales y afectivas que llevan al individuo a realizar este desenlace y remarcan el carácter pluridimensional del término”. Así, dice Rodríguez Pulido que “el suicidio es una urgencia vital situada no sólo en un contexto biográfico y situacional de pérdida de salud, reuniendo todas las características de los procesos crónicos de enfermedad, sino también de debilitamiento de las redes afectivas, sociales y de apoyo institucional”, (Rodríguez Pulido y otros 1991: 521), mientras que Diekstra (1995) señala que los términos suicidio y suicida se

emplean para referirse a conductas elegidas que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo. En la *Sinopsis de psiquiatría* de Kaplan, Sadock y Grebb se hace referencia a la siguiente definición: "el suicidio es la muerte auto-infligida intencionalmente" (Kaplan y otros 1996: 823).

En 1986, un grupo de trabajo adscrito a la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una serie de elementos definitorios del concepto, dada la diversidad de variables existentes en las diferentes definiciones. Esos elementos son los siguientes:

- Debe tratarse de un acto con una consecuencia fatal.
- Debe ser cometido deliberadamente por el propio difunto.
- El difunto debe haber tenido conocimiento o expectativas del desenlace fatal.
- El difunto, mediante su acto, pretendía producir cambios que deseaba.

Es posible, sin embargo, que estos elementos no den luz a algunos aspectos del suicidio que han cobrado más relevancia en las últimas décadas al menos en las sociedades occidentales, como es el caso del denominado suicidio asistido.

Nos interesa traer a colación aquí además otro elemento, el de la multidimensionalidad, que aparece en algunas definiciones como la que elaboró Schneidman, para quien el suicidio es el "acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas" (Schneidman 1985; cfr García De Jalón y Peralta 2002: 89).

A los efectos de este trabajo, y siguiendo a José Manuel Corpas, vamos a usar el término suicidio como el acto de una persona que consiste en quitarse la vida a sí misma de una forma voluntaria e intencionada; es decir, el acto consumado e intencional de finalizar con la propia vida. Quedan incluidas, por tanto, todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea lograr. Respecto a las denominadas tentativa de suicidio, estas serían el desencadenamiento hacia el suicidio que no llegó a consumarse debido a diferentes circunstancias tanto internas como externas, pero donde en cualquier

caso el conocimiento de las consecuencias que se podían haber producido estaba presente. Y aunque es un concepto que no hemos encontrado explícitamente definido en nuestro trabajo de campo, acogemos aquí la categoría de *parasuicidio* como el desencadenamiento del acto de provocarse cierto tipo de lesiones que no acaban en muerte y siendo conscientes de que la acción iniciada llega a provocar dichas lesiones.

Respecto a la legalidad judicial existente, en la mayoría de los Estados de Occidente, como España, el suicidio no está penalizado, pero sí es delito la incitación al suicidio o la negación de auxilio a la persona suicida.

1.2.2 Acerca del concepto de duelo

Al igual que la de suicidio, la de duelo es la otra categoría vehicular común y presente en todas las organizaciones que trabajan en el ámbito de la atención o apoyo a las personas afectadas por el impacto del suicidio.

Si atendemos a su etimología, el término duelo significa “dolor” (*dolus* en latín) pero también, “desafío o combate entre dos”. Según varios autores, el duelo, tal como hoy se entiende habitualmente en Occidente (reacción principalmente emocional, dolorosa y prolongada ante una pérdida), fue objeto de análisis por primera vez por Sigmund Freud en el año 1917. Este describió la emoción normal del duelo y su expresión en el luto. La resolución del duelo, tal como la describió Freud, va asociada a un proceso doloroso, en el que no resulta fácil la conclusión, pues implicaría todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total de la persona y abarca consciente o inconscientemente todas las funciones del “yo”: actitudes, defensas y especialmente las relaciones con las demás personas.

Carpenito (1987) define el duelo del siguiente modo: “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)”. “El duelo puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás” (Burgess, 1985; citado por Novel y Lluch). En el caso del duelo asociado a la muerte, se ha dicho con frecuencia que en todas las

culturas existe el duelo como tal, y que todas las sociedades proporcionan normas de comportamiento que incluyen las conductas adecuadas antes, durante y después de un entierro, así como el tiempo que el duelo debe durar. Según esta percepción ampliamente extendida, el duelo es una reacción a una pérdida o separación a la que se enfrentan los seres humanos, si bien cada persona lo experimentaría de un modo específico. Con todo, es cuando menos cuestionable que pueda hablarse de “duelo” como fenómeno universal. Algunos autores, como Barley (1997), plantean que no existe el duelo sino como construcción cultural occidental, y que la muerte está tan entrelazada en mundos culturales complejos que es imposible comprender su significado o las formas prescritas culturalmente de responder a la muerte en términos universales. Y si bien el concepto moderno occidental de duelo quizá no sirva para comprender el comportamiento de personas de otras culturas, aquí se trata de una categoría emic que atraviesa por completo el discurso y actividad de las organizaciones objeto de este trabajo y que ha de ser abordada como tal.

Desde diferentes enfoques psicológicos enfocados en el duelo como proceso individual, este es una experiencia ambivalente, pues se presentaría como posibilidad y riesgo. Posibilidad de superación de un sufrimiento extremo -que se da por supuesto que ha de ocurrir, aunque no hay constancia de que este dolor sea una reacción universal- y en general de los más dolorosos efectos del impacto de la muerte, que hace que el ser humano emerja del proceso como alguien transformado, logrando de manera consciente o inconsciente deshacer o reubicar los lazos que le unían al ser querido, adaptarse a la pérdida y volver a vivir de manera saludable o al menos sin un sufrimiento exacerbado en un mundo en el que ese ser querido no volverá a estar físicamente presente. El individuo puede salir fortalecido psíquica y espiritualmente, pero existe también un riesgo de cronificación si se realiza un duelo incompleto o mal elaborado, que llevaría en algunos casos a solicitar o requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Hay que hacer constar que, desde estos puntos de vista, el duelo surge como reacción ante el sentimiento de pérdida y que por tanto no debe asociarse únicamente a esta como algo definitivo ni a la muerte. La pérdida de un ser querido se experimenta no sólo a través de la muerte, sino también a través de una larga o devastadora enfermedad, un divorcio o una separación. También se experimentaría, en mayor o

menor medida, ante la pérdida de objetos materiales en los que hemos depositado importantes vínculos afectivos y ante la pérdida de roles y/o estatus: posición económica y social, pérdida del puesto de trabajo, etc. Cada nueva pérdida requiere la adaptación a esa circunstancia vital específica. En psiquiatría y psicología se tiende en general a pensar que todas las pérdidas, incluida la de un ser querido por la muerte, suponen una pérdida por parte de la persona; por esto, la experiencia es única en cada persona, al mismo tiempo que universal de acuerdo a la psicología occidental.

Sin embargo, es más que cuestionable la existencia de estos significados como categoría universal, es decir, el duelo como experiencia global o social que asimismo afectaría a la persona en su totalidad tanto en el ámbito psicológico como en el físico y espiritual. Al menos en antropología no existe un total consenso al respecto, y se sabe que en muchas sociedades no existe una concepción psicologizada e individual de lo que se acostumbra a llamar “duelo” como proceso de recuperación y superación del impacto de una muerte. Incluso desde cierta psiquiatría que no cuestiona la validez universal de la categoría “duelo” se ha llegado a reconocer que *“diversas líneas de investigación y pensamiento (etnosemántica, antropología médica, psicología transcultural) coinciden en indicar que no hay un patron universal de respuesta ante una pérdida (...). Las concepciones de la psiquiatría occidental se basan de modo mayoritario en lo que es considerado como dolor normativo en este medio cultural”* (Pérez et al, 2000).

De todos modos, en este trabajo nos atenderemos a las categorías que al respecto utilizan de forma implícita o explícita las personas involucradas en las asociaciones objeto de estudio y, en su caso, las personas que se acercan a ellas, categorías que tampoco, como veremos, resultan unívocas.

1.2.3 Las asociaciones en torno al duelo

Resulta difícil señalar en qué momento de la historia surgen en Europa los primeros grupos de apoyo a la gestión de procesos de duelo provocados por muertes en general y por muertes por suicidio en particular.

Serafín Madrid dio en 1969 los primeros pasos para crear lo que a partir de 1971 se conocería como el Teléfono de la Esperanza, desde la necesidad percibida de intervención en las crisis psicoemocionales de las personas en una sociedad en cambio y con la mirada puesta en la atención integral a personas con disfunción física, psíquica o sensorial. Hoy en día la Asociación Teléfono de la Esperanza define su misión del siguiente modo: promover la salud emocional de las personas, especialmente de aquellas en situación de crisis. Su funcionamiento, antes y ahora, se basa en el trabajo conjunto entre equipos profesionales y de personas voluntarias. Desde la asociación se afirma haber trabajado en la gestión del duelo y en la prevención del suicidio desde su formación, si bien es en 2017 cuando pone en marcha la campaña “Rompe el silencio”, cuyo fin es “concienciar a las administraciones de la necesidad de elaborar programas de atención”.²

Los grupos y asociaciones que podemos denominar “de duelo” comienzan a proliferar entre los años 70 y 80, al mismo tiempo que se crean otras múltiples herramientas de participación social en diferentes ámbitos. También es en esa época cuando se empieza a tener constancia del surgimiento en diferentes partes del mundo (especialmente en Europa y América Latina) de grupos de apoyo mutuo o terapéutico específicos para familiares de suicidas. Más tarde, en algunos lugares comienzan a ponerse en marcha dispositivos terapéuticos insertos en los sistemas de salud, como el CAFS (Centro de Atención a Familiares de Suicidas) de Buenos Aires, puesto en marcha en 2001.

En Europa, en la primera década del nuevo siglo, existen ya decenas de iniciativas colectivas y asociaciones creadas en torno al duelo por suicidio. Sin embargo, como se ha dicho, en el Estado español no hay constancia antes de 2012 de ninguna “asociación de supervivientes”. Desde ese año se han creado al menos 7 organizaciones similares en distintas comunidades autónomas. Las personas promotoras de estas asociaciones consideran que realizan un servicio público que puede adscribirse al ámbito de la salud, pero dado que el duelo no es considerado como enfermedad, tienen dificultades para acceder a recursos de financiación pública al no entrar en las

² https://www.elplural.com/sociedad/siempre-hay-una-salida-este-es-el-nuevo-numero-de-telefono-para-prevenir-el-suicidio_108846102

categorías habitualmente reconocidas en las convocatorias de ayudas (salud, servicios sociales, etc.)

1.3 Formulación del problema y objetivos

Junto a las asociaciones generales de duelo, las iniciativas sociales y comunitarias que desarrollan su actividad en el ámbito explícitamente definido como "*duelo por suicidio*" forman parte de un fenómeno emergente en nuestras sociedades, al menos en el ámbito de algunas comunidades del Estado español y de otras zonas de Europa. En muchos casos dichos espacios se generan y dinamizan a partir de la iniciativa de mujeres y hombres que han sufrido en su entorno más próximo o incluso en sí mismas los efectos de acciones autolesivas.

La pregunta de investigación que he pretendido responder mediante este trabajo es doble y la formulo de la siguiente manera:

¿Qué significados y condiciones de posibilidad se generan en las iniciativas colectivas orientadas a activar una gestión saludable del sufrimiento y proceso de duelo derivado del suicidio y qué tipo de efectos está produciendo su actividad tanto en las personas que acuden a ellas como en la percepción social del suicidio?

El campo empírico de investigación lo constituye en su núcleo central una muestra de dos iniciativas que tienen como eje de su trabajo la gestión del duelo. Ambas desarrollan su trabajo únicamente en la Comunidad Foral de Navarra.

-Besarkada-Abrazo: asociación autocalificada como de “supervivientes” del suicidio y creada en 2016 para desarrollar apoyo mutuo y sensibilizar a la sociedad. No ofrecen terapias.

-Goizargi: asociación nacida en 2002 de la mano de personas afectadas por muertes por suicidio y por otras causas, y que trabaja a nivel profesional desde la relación terapeuta-paciente.

2. METODOLOGÍA

De cara a la generación y recogida de datos he utilizado en el trabajo de campo una metodología de carácter etnográfico, basada principalmente en la recogida y consulta de documentación bibliográfica y audiovisual (material de vídeo y audio - especialmente radio- elaborado o protagonizado por integrantes de ambas asociaciones), en entrevistas abiertas (cuatro entrevistas a personal voluntario de las asociaciones -dos con rol profesional y dos sin él- y dos a personas usuarias) y en observación tanto participante como no participante en diversos encuentros internos y de ocio de ambos colectivos fuera y dentro de sus locales, así como en diversas actividades abiertas o de divulgación (jornadas anuales, charlas y presentaciones de libros).

El corpus de investigación lo han conformado las dos iniciativas citadas, que realizan su trabajo desde Pamplona y en un ámbito que en ocasiones otras zonas de la Comunidad Foral. El acercamiento a las asociaciones y la posterior entrada en el campo se produjo en abril de 2018 y se prolongará hasta septiembre del mismo año.

Desde el propio inicio de la investigación y a lo largo de todas sus fases he intentado tener en cuenta principios éticos aplicables a cualquier actividad en ciencias sociales, siendo mi referencia en este caso las orientaciones que marca el código ético de la Asociación Americana de Antropología, principalmente en lo referente a la responsabilidad hacia las personas y grupos estudiados. En este sentido, he prestado especial atención a la transparencia y al consentimiento informado, tanto en el caso de Besarkada como en el de la Asociación Goizargi, en cuya Junta Directiva se debatió la pertinencia de transmitir información sobre la organización en relación a esta investigación. Tanto a las personas responsables de esas entidades como a otras personas informantes con o sin vínculo con ellas se les ha transmitido esa inquietud ética y el compromiso de salvaguardar su anonimato.

Los dilemas éticos han sido considerables en el desarrollo de este trabajo y han conducido a varias decisiones, como la de usar seudónimos o iniciales no reales para mantener el anonimato de las personas entrevistadas como usuarias de una o más asociaciones y/o como afectadas por suicidios. Algunos testimonios recabados ni siquiera han sido recogidos aquí debido a la negativa de los informantes, en algún caso

debida al temor a la publicación de un texto y a la consiguiente posibilidad de identificación.

3. EL DUELO POR SUICIDIO Y SUS SENTIDOS. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO ANALÍTICO

3.1 Los argumentos de la gestión no institucional del duelo

Entre quienes trabajan desde iniciativas no institucionales el “duelo por suicidio” no parece haber un referente teórico único del que partir para desarrollar su trabajo. En cualquier caso, existen unas líneas argumentales desde las que despliegan sus prácticas. En general se expresan a través de sus medios de difusión, páginas web, redes sociales y materiales, pero en ocasiones también en las entrevistas o consultas con las personas usuarias. Para ilustrar mejor los contenidos argumentales de las diferentes propuestas procedo a realizar un resumen de algunas de ellas.

Besarkada-Abrazo

Besarkada-Abrazo es una asociación que se constituyó en 2016 y que se presentó públicamente en noviembre de ese año. Fue impulsada en primera instancia por una persona, C., madre de dos hijos. Uno de ellos, Markel, se suicidó en mayo de 2013 en Burlada, una localidad colindante con Pamplona. Tras un tiempo de, según sus palabras, “shock” y “anestesia emocional”, C. fue recobrando fuerzas y se dispuso a intentar crear una herramienta colectiva para ayudar en el duelo y prevenir la conducta suicida en otras personas. Esta herramienta, para cuya construcción contó con el apoyo de personas que se encontraban de una forma u otra en una situación similar a la suya, fue a la postre esta asociación, en la que ella permanece plenamente activa hasta la fecha de hoy.

De hecho, C. es la única persona que ha actuado hasta ahora como portavoz de la asociación, dada la negativa de otras personas a participar en esas tareas de momento, y es ella por tanto la única cara pública que ha tenido Besarkada-Abrazo en sus menos de dos años de existencia. Es asimismo la principal responsable de los contenidos de la

página web de la asociación. Otras personas que participan en Besarkada-Abrazo han intervenido ocasionalmente manifestando su testimonio en algún medio de comunicación, pero hasta el momento esto ha sido siempre de forma totalmente anónima.

La asociación tiene más de 30 personas socias, pero el núcleo que la impulsa (aunque realmente no hay una estructura definida como en Goizargi) lo forman 4 o 5 personas, incluida la propia C. y el psicólogo que colabora con la asociación. No hay profesionales remunerados y todas las tareas (atención del correo y del teléfono, acogidas, mantenimiento de la web, organización de jornadas y actividades de sensibilización, etc.) sale adelante sobre la base del trabajo voluntario. Este tamaño reducido contrasta con la respuesta a sus actividades abiertas más importantes, a las cuales pueden acudir (como es el caso de la jornada anual de 2018) varios centenares de personas. Su ámbito de actuación es, como en el caso de Goizargi, la Comunidad Foral de Navarra.

Si atendemos a su web, se informa al visitante que la asociación ha nacido con el fin de *“ofrecer un apoyo, un recurso a todas las personas afectadas por el suicidio de un ser amado.”* Se indica también que el nombre se ha elegido *“porque quienes hemos iniciado esta asociación coincidimos en que lo más profundo que nos ha llegado y nos llega en las muestras de acompañamiento es el abrazo, profundo, silencioso, sin prisas. En ese acto, sentimos que podemos descansar, comprendidos, respetados, amados.”*

Respecto al duelo específico por suicidio, se señala lo siguiente (las mayúsculas, subrayados y negritas son de la propia asociación):

“Hemos vivido la experiencia, tan traumática, tan demoledora, de la muerte por suicidio de una persona a la que amamos. Este tipo de muerte nos ha hecho descubrir lo que es vivir un duelo en soledad, sin saber, sin poder compartir estas vivencias con otras personas a las que les ha pasado lo mismo. Y nos encontramos con que la sociedad tampoco está preparada para ello, miradas silenciosas, huidizas, andares que desvían su dirección para no encontrarse con nosotros, porque no saben qué hacer, qué decir. Soportamos la etiqueta estigmatizada: “a ésa se le suicidó un(a)...” Y tantas veces oímos eso de... “ya ha pasado tiempo, tienes que superarlo” “me cansa que sigas

estando mal” “ya es hora de que vivas la vida”.... Sin embargo está ocurriendo, los números de muerte por suicidio asustan y nos sobrecogen. Del mismo modo, los de los que quedamos aquí, absolutamente afectados, aumentamos sin cesar.”

Ese deseo de romper el silencio se pretende materializar del siguiente modo:

“Este silencio sólo contribuye a que esta realidad continúe su ritmo sobrecogedor y a que la sociedad no sepa de ella. Sin embargo, está demostrado que una política de prevención que incida en todos los aspectos que rodean este fenómeno revierte en UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE SUICIDIOS Y POR TANTO DEL NÚMERO DE AFECTADOS POR SUS CONSECUENCIAS. Queremos que lo que hemos vivido y estamos viviendo, le pase al menor número de personas posible. Como afectados consideramos que somos una parte importante dentro de esta realidad, un recurso necesario, y nos proponemos intervenir en tres vertientes principales:

1.- Acoger, compartir nuestra vivencia con las personas que están sufriendo esta pérdida: acompañarnos en este proceso tan duro de ir transitando por el dolor y los sentimientos que lo acompañan para poder llegar a integrar esta experiencia en nuestra vida. Para ello contemplamos tanto un espacio de apoyo individual, como en grupo adaptándonos a las necesidades que cada persona requiera.

2.- Realizar una tarea de prevención de vertiente social, que incluye:

*. **rescatar la voz y dignidad** de las personas que ya no están, de las que aquí quedamos, y de las que ahora mismo están sufriendo enormemente (llegando algunas de ellas a tener ideas suicidas, incluso en algunos casos, como consecuencia del suicidio previo de un ser querido).*

*. **la sensibilización y educación de la sociedad**, que en definitiva somos las personas, y que en su conjunto está en “pañales” a la hora de tener conciencia de la dimensión de la realidad del suicidio. Vivimos en una sociedad que transmite unos valores ideales encaminados a conseguir altas cotas de felicidad, del disfrute, obviando que también el sufrimiento es parte inherente de nuestra condición humana. Consecuencia de ello es que a nivel de calle, ¿cuántas personas, desde niños hasta mayores están sufriendo ahora mismo en silencio? ¿A quién decirle lo que estamos sintiendo si intuimos que a*

quienes podamos abrir nuestro sentir, no sólo no nos van a entender, sino que va a haber un rechazo porque ellas mismas se van a asustar, porque no saben cómo responder ni cómo actuar? Y el sufrimiento, si no se habla, si no se comparte, si no se trabaja, puede coger una intensidad tal, que a veces, demasiadas veces, desemboca en resultados fatales.

3.- Colaborar, promover, participar en proyectos (incluidos los de investigación) con otras entidades que contribuyan a profundizar en esta realidad y en consecuencia a intervenir de forma más eficiente en su tratamiento.”

Es decir, la asociación se sitúa en un ámbito que en otros contextos, especialmente en el de un sector del mundo asociativo en torno a la salud mental, se denomina en ocasiones como de “primera persona”, pues son los propios individuos afectados –y no otros, como profesionales o familiares- los que toman las riendas de la construcción de la entidad que va a vehicular su proyecto colectivo. En ese sentido, esta perspectiva encuentra también su marco en la categoría ética de *autogestión* (en este caso colectiva) *de la salud*. Aunque en el discurso de la organización y de sus miembros esta terminología en general no está presente, lo cierto es que la idea del “poder curativo de la comunidad” (Zibechi, 2007) parece de alguna manera querer estar presente en estas formas de organización humana.

En este planteamiento es visible también una idea de ruta dual del trabajo colectivo en relación al duelo por suicidio, pues se advierte una vertiente paliativa del dolor (que podríamos calificar de sanadora o terapéutica) y una vertiente más propiamente social del trabajo asociativo, encaminada a la prevención y a la sensibilización.

Al margen de la expresión digital de los objetivos, C. manifiesta así su percepción del suicidio como fenómeno: *“No es lo mismo respetar una decisión tomada que aceptar esa posibilidad. Una cosa es la aceptación interna de que ha pasado (si no, no vives) pero otra que pienses que esa es la solución. El respetar desde ahí, no. Para mí no es un derecho libre. El suicidio es un canto a la vida, en el sentido de que quieren vivir tanto que no pueden, ¿me explico? Y no es una decisión para nada existencial, filosófica, desde una tranquilidad.... Es fruto de un túnel de sufrimiento insoportable. Y*

eso es insoportable. Entonces, si digo, como dicen algunos que tienen todo el derecho del mundo a hacerlo... A ver, nosotros defenderemos a capa y espada a nuestros seres queridos en cuanto a la crítica social, ahí seremos tajantes, es puro respeto a su decisión, pero la decisión no es libre. Y para empezar, no me gustaría que personas que están sufriendo oigan eso de que tienen derecho y ya está. El que sufre mucho necesita un anclaje emocional, que le importe a alguien, incluso a desconocidos.”

C. ve un fuerte tabú en relación al suicidio: *“El sufrimiento ese es brutal, y nosotros lo hemos conocido de cerca. Y la gente que sufre necesita un reconocimiento social de su sufrimiento, pero como no se conoce, se desvaloriza mucho. Hay varios tabús aquí: uno es del sufrimiento. La sociedad lo reconoce hasta cierto punto. Si tú sufres te acompaño, pero hasta cierto punto. Tienes que ser más positivo, no sé qué... Parece que es un defecto sufrir. Se ve más como una carencia de algo que como componente de vida. En otras culturas se acepta más. Y aquí se niega.”*

Y desarrolla así su visión del duelo por suicidio como algo específico: *“El duelo por suicidio tiene unas connotaciones específicas diferenciadas de otros, y eso socialmente hablando se niega. Ya socialmente el duelo es un problema, y en el duelo por suicidio me he quedado espantada a través de lo que he conocido de los entornos de las personas dolientes, de las reacciones, espantada. El duelo por suicidio tiene menos apoyo social que otros. Para empezar, la gente se retrae más en acompañar. Cuando alguien fallece por suicidio, la persona muerta desaparece de las conversaciones de casa, de amigos, de tal... Desaparece”.*

A la hora de profundizar en el sentido de duelo, la principal impulsora de Besarkada desde sus inicios apunta a los que identifica como rasgos más significativos del duelo por suicidio: el efecto traumático (que relaciona de de algún modo con el carácter inesperado y devastador del hecho desencadenante, que a su vez aboca a una realidad desconocida para la persona *superviviente*), el sentimiento de culpa y la incompreensión social:

“Para eso hay que entender qué es el duelo, ¿sabes lo que te quiero decir? (...) Ten en cuenta que el duelo por suicidio es un duelo traumático y eso lo reivindicamos. Trauma es cuando te ocurre un acontecimiento vital cuyo significado te desborda tanto

que la percepción vital es de ‘no puedo’ y se produce un trauma. Del hecho traumático, que además es repentino, inesperado, incluso en las personas que han acompañado a personas con ideación suicida y haya tenido varias tentativas, si ocurre es brutal el efecto. Se produce un shock, una ruptura tan absoluta en el que empiezas un camino desconocido en tu vida; pasas por estados emocionales desconocidos en tu vida. Yo he pasado estrés, yo he pasado ataques de pánico, yo he pasado.... No te puedes ni imaginar, como todo Dios. Y además es algo de lo que no tomas conciencia, porque estás en shock: yo para aquí el funcionamiento normal y vas con pequeñas dosis. A mí me duró un año. Hay unos mecanismos desconocidos, brutales, que nos desbordan, nos asustamos y el entorno no lo va a entender y no lo conoce igual que nosotros no lo conocíamos”.

Y es en ese nudo en el que se entrelaza lo desconocido, la culpa y el rechazo, donde interviene la propuesta colectiva de romper el aislamiento y abordar la vertiente social del suicidio:

Por eso queremos que si alguien quiere acompañar, les hemos explicado cómo es, eso es lo importante, dar las herramientas para que tú puedas acompañar a alguien que está doliendo por suicidio (si no eres tú). Todo trauma que no se comparte se intensifica. Entonces estás complicándolo mucho más, que ya de por así va a ser muy largo. Entonces, toda esa vertiente social se da. Yo he sido una privilegiada, he tenido un acompañamiento de lujo, pero la mayoría es lo contrario, por eso este año se ha centrado en el efecto social del suicidio.”

Otra mujer que junto a C. participó activamente en la fundación de la asociación, F., cuyo hijo se suicidó con 21 años, subraya también la especificidad de este duelo: “Al principio te sientes muy perdida, inestable. No te puedes creer que te ha ocurrido a ti. Después sientes una culpa enorme, encuentras mil razones y te sientes culpable, por haber hecho esto o lo otro o por no haberlo hecho. Es muy fuerte. Es una mochila muy pesada, porque desde el principio tomas para ti la responsabilidad de la muerte de tu hijo. Estás totalmente convencida de que tienes parte en esa decisión del hijo.” El duelo y dolor posterior al suicidio parece tener unas etapas. “Yo morí con mi hijo. No voy a ser más la persona que fui antes, ahora soy otra. El dolor es como un monstruo que lo traga todo, y tienes que encontrar nuevos asideros para seguir adelante. La sensación

de culpabilidad y el peso del fracaso, que surgen al principio, hay que ir dejándolos poco a poco. Llega un momento en que interiorizas que le puede pasar a cualquiera, que no es tu culpa”.

Ambas ven con claridad que en el caso del suicidio se produce en el entorno un duelo especialmente difícil de gestionar y que requiere una forma propia de auto-organización, algo que las asociaciones generales de duelo (generalmente compuestas por profesionales) no abordan de la misma manera. Sin embargo, hay quien ve otro tipo de profesionalidad en Besarkada; así al menos lo declaró Y. públicamente en la última jornada de Besarkada. Esta mujer, pese a residir en otra comunidad autónoma, supo de la existencia de Besarkada y acudió a la asociación tras el suicidio de su madre:

“Nosotros, los supervivientes, estamos heridos de por vida, y necesitamos doctores que nos curen esas heridas. Pero a su vez nos convertimos en los mejores doctores para otros supervivientes. Lo digo con tanta seguridad porque lo he experimentado, y yo encontré mis doctores aquí, en Besarkada, en Pamplona, en la asociación. Sientes que estás con profesionales, pero con profesionales de conocer el dolor de la vida en su máxima expresión. Sin decir nada, se dice todo. Te sientes comprendida y apoyada porque todos sabemos de lo que hablamos cuando hablamos de culpa, rabia, dolor, impotencia... No hay respuestas dolorosas, de incomprensión, todo lo contrario: hay respuestas muy enriquecedoras para poder continuar integrando el acontecimiento que nos duele, y además se consigue recobrar la esperanza de que la normalidad puede lograrse”.

Vemos también aquí como en la gestión colectiva (en el seno de un asociación) del duelo por suicidio los sujetos individuales pueden tomar diferentes roles de forma sucesiva. Las personas supervivientes, dolientes o afectadas interaccionan en un primer momento con profesionales y voluntarias, pero pasado un tiempo pueden convertirse, como estas, en agentes gestores o al menos acompañantes del sufrimiento de otros. Ni mucho menos es habitual que esto ocurra, pero en la aún corta vida de Besarkada son varios los casos de personas que sienten haber alcanzado un grado suficiente de apoyo y conocimiento acerca de que puede ocurrir en el entorno de una persona que decide cometer suicidio y que deciden dar el paso de ayudar a otras personas, ya sea dentro o fuera de la asociación.

En cualquier caso, la confluencia de tres tipos principales de roles (de afectadas, de profesionales y de voluntarias), presente en mayor o menor grado en ambas asociaciones, toma una especial movilidad en Besarkada al no existir claramente compartimentos estancos en una estructura organizativa que al menos de momento permanece muy abierta: en principio, cualquier superviviente puede participar y apoyar en cualquier tarea. No hay relaciones de poder que dependan de la percepción de sueldos –no es objeto de este trabajo analizar otro tipo de relaciones de poder- porque todo el trabajo es voluntario y no existen subvenciones, y por otra parte la dicotomía entre un posible discurso experto y lego, más allá de la presencia puntual de un psicólogo de apoyo, se diluye desde el momento en que la defensa de una organización autónoma respecto a instituciones y entidades profesionales les conduce a compartir de forma horizontal el conocimiento vital del que se sienten portadoras en tanto que personas supervivientes.

Goizargi

Goizargi (palabra en lengua vasca que significa ‘luz o momento del amanecer’ y que se utiliza también como nombre femenino de persona) es una asociación de más recorrido temporal que Besarkada: se constituyó en 2002 con el nombre de “Asociación de familias y amigos en duelo: Goizargi”, como organización sin ánimo de lucro fundada por familiares que habían perdido a un ser querido pero no necesariamente por suicidio.

A diferencia de Besarkada, en la actualidad el eje del trabajo de Goizargi es un equipo de personas voluntarias con rol profesional: una persona que además de ser la fundadora ejerce hoy entre otras tareas de gerencia (B.), otra que realiza labores administrativas y de coordinación, una trabajadora social y alrededor de cuatro psicólogas que realizan diversas tareas voluntarias además de las consultas individuales. Estas últimas serían voluntarias-profesionales “externas”, en el sentido de que aunque perciben una remuneración por parte de su trabajo profesional (no por sus tareas de voluntariado), no tienen un contrato por la asociación. Hasta 2012 todos los recursos humanos de la asociación eran estrictamente voluntarios y aún hoy las personas cuyo rol es en parte profesional siguen considerándose como tales. Además de ellas, hay en la

asociación más de 15 personas voluntarias que no reciben ningún tipo de remuneración económica. En total la asociación cuenta con algo más de 100 personas socias.

Es difícil calcular el número de personas que moviliza la asociación en su conjunto, pero si tenemos en cuenta que según sus estadísticas el número de atenciones individualizadas se sitúa en torno al centenar anual y que, además, a través de sus actividades de formación y sensibilización llegan a muchas personas más cada año, estaríamos hablando de un equipo motor de unas 7 personas que es el eje de un núcleo activo de 25 personas que interactúan con varios centenares más.

Recientemente, en 2018, la asociación se trasladó a un local amplio con diferentes espacios que se encuentra ubicado en pleno centro de la ciudad, lo cual les ha permitido realizar allí no solo gran parte de sus actividades sino generar otras nuevas. Además de los despachos para consultas, existe una amplia sala de recepción donde E., la coordinadora, informa a las personas recién llegadas acerca de los servicios de la asociación e intenta resolver sus dudas.

Según la socia fundadora y presidenta de la asociación, la labor fundamental de Goizargi es el *“acompañamiento a las personas tras la muerte de un ser querido”*, pero la asociación tiene en realidad, según ella, dos fines o miradas: *“la atención directa a las personas (tanto adultos como niños) que han vivido una muerte y la sensibilización social, entendida como dar a conocer que la muerte forma parte de la vida”*. Pero en los años de existencia del proyecto ha habido muchos cambios.

Señalan las personas responsables de Goizargi que en el período de 2002 a 2007, años de inicio y consolidación del proyecto, la asociación desarrollaba su acción social basada principalmente tanto en el apoyo terapéutico a las personas, como en la divulgación de la existencia del proceso de duelo y los tratamientos para su superación. Entre los años 2007 a 2010, la asociación une su desempeño social al de una fundación, llamada Senda (juego de palabras entre el “senda” castellano y “senda” en euskera, que significa curar). En esta etapa fue esta última entidad quien hizo visible el desarrollo de la labor social. Es a partir del año 2011 cuando la asociación inició un nuevo y renovado ciclo de actividad, motivado fundamentalmente por la incorporación de personas voluntarias al proyecto. En este nuevo ciclo se enmarcarían tanto la creación de nuevos

programas y acciones de ayuda a las personas en duelo como el desarrollo y consolidación de la estructura operativa y funcional.

Señala la asociación Goizargi en su web que *“nuestra misión es ayudar a las personas en duelo para contribuir a normalizar su vida tras la pérdida de un ser querido, realizando para ello aquellas acciones sociales que puedan aportar valor para conseguir nuestro fin.”* *“Queremos ser una organización cercana a las personas en duelo, donde puedan recibir un apoyo a su proceso basado en valores de humanidad, comprensión, solidaridad y compromiso social, y queremos sensibilizar a la sociedad en general para que reconozcan en el proceso de duelo un factor importante de desequilibrio emocional en las personas, que necesita ser identificado y tratado como tal.”*

“El duelo es la reacción emocional, física y espiritual en respuesta a la muerte o una pérdida. En el caso del duelo provocado por la pérdida de nuestros seres queridos, la intensidad del mismo puede depender de múltiples factores, entre ellos, por ejemplo, de si la pérdida fue inesperada y repentina, o de la relación que teníamos con la persona que falleció. El sentimiento del duelo es personal para cada uno de nosotros. Por este motivo, también el tránsito por su proceso es distinto en cada persona. En un principio, y es una reacción habitual, puede parecernos imposible la recuperación personal después de perder a un ser querido. Pero este estado de aflicción nos irá mejorando gradualmente con el tiempo, si somos capaces de transitar por el proceso de duelo. Saber y conocer algunas de las cosas que podemos esperar durante el proceso de duelo puede ayudarnos a superar el dolor.”

Sobre la forma de gestionar el duelo, esta es su perspectiva: *“No importa cómoelijamos pasar un proceso de duelo, no existe una manera correcta de hacerlo. El proceso de duelo es gradual y dura más en algunas personas que en otras. Sin embargo, es importante que las personas que están atravesando un duelo no pierdan las ganas de vivir, de continuar con su vida. Debemos permitirnos estar tristes. Seguir adelante y aliviar la aflicción del duelo no significa olvidarse de la persona que hemos perdido. Volver a disfrutar de la vida no significa dejar de extrañar a esa persona. Y cuánto tiempo pasará hasta que comencemos a sentirnos mejor no es una medida de cuánto amábamos a esa persona. Con el tiempo, gracias al cariñoso apoyo de la*

familia y los amigos, del apoyo profesional que podamos recibir, de la cercanía de personas que puedan comprendernos, y de nuestras propias acciones positivas, iremos descubriendo maneras de enfrentarnos a las pérdidas de nuestros seres queridos.”

A., joven psicóloga que trabaja desde hace unos años en Goizargi y que al mismo tiempo es una “superviviente” porque ha sufrido varios suicidios en su entorno (entre ellos, el de su padre), nos dice lo siguiente:

“Es que el suicidio siempre me ha llamado mucho la atención. Cuando vivía en otra ciudad murió un amigo muy cercano. Fue el primero que yo viví. Y nadie me avisó de nada. Mi mozo me llamó un mes después y me contó. Luego fue el de mi padre y luego el de Jesús, en menos de tres años. Tres personas centrales, tres apoyos. Fue todo muy potente. Se mezclan los mensajes sociales, culturales, míos, de la familia, de los profesionales...”

A. subraya, al haberlo vivido en carne propia, que en el trabajo profesional de acompañamiento a “dolientes” (término generalizado entre las personas que integran Goizargi para designar a quienes pasan por un proceso de duelo) el deseo de ayudar no es suficiente, ya que sin quererlo se pueden cometer errores que en algunos casos refuerzan, por ejemplo, los sentimientos de rabia o de culpa (por sentir que no previeron o no hicieron lo suficiente para evitar lo que ocurrió) que afloran con frecuencia en estas personas.

“Fui a una psicóloga del pueblo amiga de la familia y me intentó orientar desde su buena voluntad, pero no... Hay que tener cuidado. Hoy me siento capaz de acompañar, pero hay que tener cuidado (mi sentido de responsabilidad, al haberlo sufrido). Con mi padre he tenido que estar todo el rato con profesionales de salud mental y he visto muchas cagadas. Por eso estoy ahora aquí.”

Y al respecto del duelo por suicidio, se muestra crítica respecto a lo que se suele decir en muchos ámbitos:

“Con lo del duelo, que si las fases... Es como si la sociedad, la cultura, nos pusiera desde fuera un esquema. “Esto tiene que ser así: aceptar, luego lo otro, etc.”

Desde el enfoque que trabajo (relacional) para mí hay una lógica y a las personas les encaja de forma natural. Cuando me pasó a mí [el suicidio de su padre] me hablaban de algunas fases. Y yo decía: mi cabeza no está pasando por eso, ¿entonces qué pasa? No lo estoy haciendo bien? Llegué a Goizargi y entendí que lo que sentía era una lógica emocional que es la mía. Pero es verdad que los propios profesionales tendemos a imponer y tenemos que estar atentos a eso.”

Con todo, en Goizargi, con ser muy importante, el duelo por suicidio es uno de los diferentes tipos de duelo que se aborda como asociación, y en principio no se hace frente a él de una forma específica.

3.2 ¿Supervivientes o dolientes?

El término “supervivientes” parece reflejar una línea divisoria entre las formas de contemplar y abordar el duelo por suicidio de estas dos organizaciones. En Besarkada forma parte de su identidad: es una asociación de supervivientes del suicidio de alguna persona próxima y querida. Toman el término de la asociación catalana y se identifican con él. En sí la categoría no es nueva, pero en el contexto de asociaciones como Besarkada no hace referencia a salir vivo de un acto suicida propio (aunque las personas que han tenido intentos de suicidio son también consideradas supervivientes y tienen cabida en la asociación) sino a sobrevivir al impacto de la muerte de otra persona y a aprender a vivir con esa ausencia. Pueden ser madres, padres, hijos, hermanos, amigas, etc.

Esta acepción del término fue adoptada por la asociación *Després del Suicidi* tomando como propio el sentido que le daba la psiquiatra Carmen Tejedor, psiquiatra del hospital Sant Pau de Barcelona que colaboró en la creación de dicho grupo.

En Goizargi, en cambio, nadie parece usar este término: ni la entidad como tal, ni las profesionales con más experiencia en el acompañamiento a personas en su duelo por suicidio, ni las personas usuarias (afectadas por el suicidio de alguien próximo) a las que he tenido acceso o participan en actos organizados por la asociación. No parece tanto una decisión tomada conscientemente como una falta de identificación. Una

persona que pertenece a la asociación que cumple en su persona todos los requisitos para ser considerada “superviviente”, manifiesta que siempre le ha chirriado ese término: *“No me considero superviviente. Me considero viviente. Mi gran tarea de duelo fue perdonarme por revivir con la muerte de mi padre. Joder, él sí que sobrevivía. El no encontraba sentido a nada, y sin embargo gracias a él yo lo encontré y lo encuentro cada día.”* En Goizargi emplean, aunque con una presencia menor que la de “superviviente” en Besarkada, el término “doliente” para referirse a la persona (usuaria o no de Goizargi) que está pasando por un proceso de duelo.

Cabe preguntarse si el sentido de esa diferencia en la adhesión al término antedicho puede ir más allá de una disquisición terminológica superficial y albergar divergencias que atañen a la propia concepción y a la vivencia del duelo por suicidio.

Afirma lo siguiente a este respecto Diana Altavilla en su artículo ‘Reconstrucción(es) luego de un suicidio: afectación en la familia y el entorno social’: *“A las personas, familiares, amigos, compañeros que pasaron por un suicidio cercano, la bibliografía clásica suele definirlos como ‘sobrevivientes’, pero entendimos desde los inicios de nuestro trabajo de investigación que la definición sobreviviente limitaba y cercenaba el derecho de los allegados a transitar alguna forma de salida de la situación. Si los allegados fueran definidos como ‘sobrevivientes’ estarían implicados directamente en el acto suicida, como una experiencia común, y esa sería su designación en adelante. Cuando se los define como ‘afectados’ por suicidio, su situación está designando el impacto emocional que conlleva el acto y no una identidad. Estarían en condiciones de realizar alguna forma de ‘pase’ a otro estado del ser que no fuera el de la afectación permanente.”*

Creemos, en cualquier caso, que la adhesión al término ‘superviviente’ es, al margen de cualquier cuestión identitaria, un reflejo de la consideración del impacto del suicidio como un tipo de muerte especialmente dolorosa en el que al hecho desencadenante (la decisión y/o consumación del suicidio) se le suma, desde el punto de vista de quienes impulsan asociaciones como Besarkada-Abrazo, un silencio y un rechazo social por encima del cual la persona afectada siente también la necesidad de sostener su vida. Esa percepción del estigma está muy presente en el discurso de las personas integrantes de Besarkada y no tanto en el de Goizargi, y posiblemente tiene

relación con el empleo o ausencia del término citado. Por otro lado, es interesante hacer notar que “superviviente” en primera instancia no parece remitir al duelo como tal, sino a la muerte, a diferencia del término “doliente”, que sí toma su punto de anclaje en el proceso de duelo.

3.3 Besarkada vs. Goizargi: diferencias y similitudes en el sentido de duelo y su gestión

En los documentos y manifestaciones públicas de ambas asociaciones se contempla el duelo de una forma cercana a la definición ética a la que hemos hecho referencia con anterioridad. Es decir, como reacción individual de gran aflicción ante la muerte de un ser querido e inicio de un proceso que con el tiempo y tras unas fases desemboca en una situación más estable. Sin embargo, la coincidencia inicial en esos rasgos queda notablemente matizada si atendemos a lo recogido en entrevistas y en el material procedente de la observación.

Significado de duelo y de suicidio

Duelo

En Besarkada no se difunde ni se transmite una definición específica de duelo en general ni de duelo por suicidio en particular, pero tanto en las entrevistas como en las intervenciones que realizan sus representantes en diferentes medios se repiten una serie de constantes: el duelo por suicidio -que es el único que se tiene en cuenta en lo que se refiere a la labor de la asociación- es consustancial a este tipo de muerte y se trata de un proceso especialmente complicado, largo y más intenso que el provocado por otras muertes, entre otras cosas porque se considera que en él aparece la culpa, la soledad y el estigma.

Admiten que en algunos casos muy especiales y por diferentes razones puede haber suicidios que provoquen otro tipo de consecuencias o que incluso no generen tales duelos en personas del entorno, pero estos casos no llegan a sus asociaciones y en cualquier caso creen que son escasos. En cualquier caso, el sentimiento de especificidad del duelo por suicidio deriva de un sentimiento de la especificidad del tipo de muerte.

Esa percepción es la que despertó en las personas fundadoras de Besarkada la necesidad de crear un recurso asociativo propio, con el fin de trabajar por unos objetivos que sentían que no podían ser alcanzados mediante otros recursos, ni siquiera a través de asociaciones "de duelo" como Goizargi.

Goizargi define el duelo expresamente en su página web:

El duelo es la reacción emocional, física y espiritual en respuesta a la muerte o una pérdida. En el caso del duelo provocado por la pérdida de nuestros seres queridos, la intensidad del mismo puede depender de múltiples factores, entre ellos, por ejemplo, de si la pérdida fue inesperada y repentina, o de la relación que teníamos con la persona que falleció. El sentimiento del duelo es personal para cada uno de nosotros. Por este motivo, también el tránsito por su proceso es distinto en cada persona.

Goizargi no se cierra a trabajar con duelos no derivados de muertes, y de hecho en los últimos años van creciendo, aunque siguen siendo muy pocos, los acompañamientos a personas en duelo por separaciones o por problemas sobrevenidos de salud (asociados generalmente a alguna incapacidad). En cualquier caso, consideran que, por un lado, pueden distinguirse entre los duelos o procesos que llevan a "adaptaciones sanas" y aquellos calificados de "complejos", en los que el sufrimiento apenas remite. Por otro lado, atendiendo al tipo de muerte, piensan que es pertinente hablar de duelo en las personas mayores, duelo por suicidio, duelo perinatal, duelos por pérdidas no equivalentes a muertes, etc. Así, los abordajes profesionales tomarían caminos diferentes atendiendo a estos dos criterios que se cruzan y a otras múltiples variables, comenzando por las características y circunstancias de la persona usuaria.

En Goizargi admiten que el duelo por suicidio tiene unas características propias, pero a diferencia de algunas otras asociaciones generalistas de duelo de otras comunidades autónomas no tienen en este momento una línea o grupo propio de trabajo para abordarlo en exclusividad. Aunque no lo definen como tal, cuando la asociación habla de él expresamente (como hizo el psicólogo José Martín Amenabar en su ponencia sobre ese tipo de duelo en la jornada de Goizargi de 2016) se hace mención también a la aparición del "sentimiento de culpabilidad", y a las "preguntas que quedan sin responder".

De todos modos, en general hay una coincidencia entre las personas integrantes de ambos colectivos en lo referente a que el duelo no es una enfermedad (no habría de ser objeto de medicalización, por tanto), sino un proceso normal pero complejo y diferente en cada persona, en el que el mejor abordaje es el que se realiza mediante un acompañamiento basado en la escucha atenta. En este punto la diferencia estriba en que, en general, en Besarkada no se da tanta importancia a que ese acompañamiento sea dirigido por profesionales de la psicología (o de cualquier otro ámbito), mientras que Goizargi ha vivido un proceso de profesionalización en los últimos años en busca de una "excelencia" en la atención, principalmente de carácter psicológico.

Suicidio

Entre las personas entrevistadas en estos colectivos –más que entre los colectivos entre sí- existen algunas divergencias reseñables respecto al significado del suicidio, más allá de una definición compartida que podríamos resumir como “muerte provocada por la propia persona que fallece” y de una percepción común acerca de su enorme gravedad como fenómeno en la actualidad, al margen de datos estadísticos.

-Por ejemplo, no hay acuerdo respecto a si se trata o no de un acto ejercido libremente: en algunos casos se niega de plano que exista libertad en ese acto, aunque se admita que se trate de una decisión tomada por el individuo. Esa “decisión no libre”, que suele explicarse por el estado de ofuscación de la persona en el momento de consumir su acto, ha planeado en buena parte de las conversaciones y entrevistas mantenidas para esta investigación, pero no en todas. Se trata de una cuestión no baladí, pues está presente a lo largo del proceso de gestión del duelo y a veces sufre modificaciones en su transcurso.

-Aunque en general se considera que se trata de un problema social y de salud pública no existe consenso acerca de si se debe considerar un problema de “salud mental”. Especialmente en el caso de Besarkada, sus promotoras sienten incomodidad cuando se realiza automáticamente esta asociación: consideran que la causa del suicidio en muchos casos no obedece a ninguna enfermedad de carácter mental y que acotarlo a ese ámbito limita las posibilidades de abordarlo como un problema complejo y de carácter social.

-Por otra parte, al tratarse de asociaciones con diferentes enfoques, las personas y el entorno de las personas que han realizado tentativas sin consumir el suicidio tienen peso diferente en cada una de ellas: aunque son pocas, están más presentes en Besarkada que en Goizargi. En este sentido, la tentativa de algún modo sería equiparable al suicidio en cuanto a vía de acceso a la asociación.

Gestión del duelo: tiempo y recursos

Respecto a la gestión del duelo por suicidio, la dimensión temporal distribuida en fases –elemento central en prácticamente todas las definiciones de duelo que encontramos en la psicología de índole cognitivo-conductual y en general en gran parte de la psicología occidental- cobra una importancia relativa en el discurso de ambas entidades. Representantes de las dos asociaciones admiten que la experiencia del acompañamiento (profesional o voluntario) les muestra realidades muy diferentes, en muchos casos difícilmente asimilables a la tradicional clasificación del duelo por fases. Y hay una constante que se repite en casi la totalidad de conversaciones que hemos mantenido tanto con profesionales como con personas usuarias: el paso del tiempo no “cura”.

En lo relativo a la gestión del proceso de duelo, en Besarkada sienten que no pueden dejar al albur del tiempo. *“Hay quien llega aquí, viene varias veces durante algunas semanas y desaparece, o porque está mejor o porque no lo está y prefiere ir por otro sitio. Y hay quien sigue viniendo, pero entre esos puede haber quien se mantiene casi como al principio durante mucho tiempo o quien está ya mejor pero prefiere quedarse. Cada caso es un mundo y el tiempo no lleva necesariamente a una situación mejor”*. Esta idea es interesante porque parece alejarnos de la idea de duelo como una hoja de ruta predeterminada ante la que solo cabe recetar pautas; ahí se vislumbra una visión más bien de “campo abierto” de juego: un territorio hasta entonces desconocido, complejo y doloroso -eso no se llega a cuestionar- que irrumpe en la vida de las personas pero en el que estas pueden tomar diferentes vías y estrategias que pueden llevarlas o no a buen puerto. Es decir, rutas que pueden conducir o no a una gestión “saludable” o paliativa del sufrimiento, que sería en este caso la propuesta de esta organización mediante el acompañamiento y el apoyo mutuo, pero no en función del tiempo transcurrido.

En esta asociación prefieren subrayar la importancia del acompañamiento (algo en lo que se coincide también en Goizargi), pero también en el apoyo entre iguales: personas que han pasado por experiencias similares de muertes por suicidio y que pueden reforzarse mutuamente en ese proceso. Este último aspecto no tiene tanta presencia ni en el discurso ni en la práctica de Goizargi, dado que el acompañamiento se contempla principalmente desde el saber profesional o experto, y cuando se considera el apoyo entre personas afectadas no se tiende a discriminar o configurar grupos según el tipo de muerte que desencadena el proceso de duelo.

Aunque en el seno de la propia dinámica asociativa de Goizargi la dimensión terapéutica (a través de la psicología) tiene mayor importancia que en Besarkada, ni en una ni en otra se dice promover ni se promueve la medicalización del duelo como proceso. Al contrario: en ambas entidades hay una consideración extendida de que en la sociedad actual hay una tendencia hacia la medicalización y patologización de los procesos de duelo y ambas se ofrecen como alternativas organizadas a esas respuestas.

Eso no quiere decir que las personas que acuden como usuarias o participantes a estas asociaciones rechacen los medicamentos o la asistencia profesional especializada diferente a la que encuentran allí. De hecho, es frecuente encontrar casos de personas que acuden a una e incluso a ambas asociaciones al mismo tiempo o de forma sucesiva y asisten también a la consulta de sus médicos de cabecera o a consultas especializadas, generalmente de psiquiatría o de psicología clínica. Así ha transcurrido la vida de Idoia, de una de sus hijas y de parte del resto de su familia durante los últimos años, tras la muerte por suicidio de Oskar, marido de Idoia y padre de sus hijos. Durante unos meses Idoia y su hija visitaron y fueron atendidos en prácticamente todos y cada uno de los recursos mencionados: Besarkada, Goizargi, centro de salud de atención primaria, CSM³, consultas privadas de salud mental e incluso centros de meditación. *“En ese momento íbamos un poco a la desesperada”* -cuenta la propia Idoia- *“porque no era ya que después del shock, que duró meses, sintiera que tenía que hacer algo para mí; es que me preocupaba la situación de mi hija, porque tras la muerte de su padre entró como en una depresión profunda y pensamos que podía estar entrando en lo que le diagnosticaron a mi marido. Así que íbamos a unos y a otros, y además recibiendo consejos y mensajes muy diferentes y contradictorios. A veces ni entendíamos ni nos*

³ Centro de Salud Mental, adscrito a la red pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

entendían, pero es que era buscar, y buscar... Ahora en casa está todo algo más tranquilo, pero sentir que puede pasar lo mismo con tu hija... es horrible”.

En este contexto, y como desarrollamos más adelante, estas asociaciones forman parte de un amplio repertorio de recursos en el que las personas afectadas o supervivientes encuentran diferentes tipos de apoyo: las estrategias son múltiples y se van definiendo según las necesidades percibidas en cada momento, de forma que en algunos casos se acaban estableciendo circuitos en múltiples direcciones, con diversas idas, venidas y abandonos. Quienes dirigen o gestionan las asociaciones son conscientes de esta realidad y de las limitaciones de su ámbito de trabajo, y por ello suelen informar a las personas usuarias acerca de la existencia de recursos ajenos que pueden facilitar respuestas a aspectos que pueden surgir en los procesos de duelo más allá de lo emocional: desde diagnósticos clínicos a asesoramiento legal.

Dimensión social

Por otra parte, en ambas asociaciones existe una mirada similar en relación a la dimensión social del suicidio, en dos sentidos:

-Dimensión social del duelo:

Las asociaciones son en sí misma producto de una necesidad presente en la subjetividad de las personas impulsoras: la socialización de la gestión del duelo, ya sea mediante la ayuda mutua o el apoyo profesional. Esa socialización no se limita a la configuración de una entidad colectiva, sino también al tipo de sujetos que se acompaña, puesto que en ambos casos se contempla no solo la atención o acompañamiento individual, sino también la intervención en grupos. Esa dimensión grupal toma cuerpo en Besarkada en su grupo de apoyo de supervivientes y en otras actividades con grupos o auditorios amplios; en Goizargi se manifiesta en contextos similares, en actividades grupales de ocio y también en intervenciones en centros educativos, donde el sujeto colectivo puede ser, por ejemplo, una clase.

-Dimensión social del suicidio (sensibilización):

Más allá de estas expresiones de gestión colectiva del duelo, en las dos entidades se considera que el suicidio es un problema de salud pública (aunque reconocen que ni

las administraciones ni la sociedad en su conjunto lo consideren como tal) y que se puede y se debe hablar públicamente de él. El ya citado José Martín Amenabar subraya además la necesidad de que la población conozca y detecte las señales de sufrimiento de las personas que les rodean y defiende que como sociedad se han de desplegar recursos de acompañamiento en el proceso de este duelo a quienes lo sufren. En Besarkada se va más allá, y por boca de algunos de sus miembros se plantea como objetivo a largo plazo incidir en la creación de una nueva “cultura” de la muerte y el suicidio, una cultura cuyos rasgos no se definen expresamente pero que parece hacer referencia a la presencia de tales cuestiones en la narrativa social. En cualquier caso, la inquietud existente en ambos grupos por llevar el suicidio al debate público se manifiesta en los contactos que mantienen con diferentes sectores profesionales (sanitario, educativo, periodístico y policial, principalmente) y en su frecuente participación en diferentes charlas, jornadas y otras actividades abiertas (organizadas por ellos o por otras entidades) en las que el planteamiento, en lo relativo al suicidio, no se limita a la exposición de ejemplos de gestión de duelo sino que pretende llamar la atención sobre la gravedad de este tipo de muerte.

Esta doble mirada social en el planteamiento de las asociaciones y su conexión con la salud pública nos evoca la categoría de salud colectiva, desarrollada principalmente en América Latina desde la segunda mitad del siglo XX y entendida como espacio social y como construcción producto de la interacción entre un pensamiento en salud, los conocimientos de diversos campos disciplinares y procesos organizativos a nivel político y social (Nunes, 1982). La idea de salud colectiva subraya la capacidad de acción de todos los agentes que intervienen en su red de interacciones, y especialmente la de quienes ya no son tanto objeto de intervención profesional (pacientes) como sujetos activos de su propia salud y de la de su entorno social (en este caso, las personas ‘supervivientes’ del suicidio). En este sentido, Besarkada y Goizargi podrían ser entendidas como parte del campo de la salud colectiva en Navarra en lo relativo a la sostenibilidad de la vida frente al suicidio y el sufrimiento que provoca.

3.4 El eje de las prácticas

Considero que podría realizarse una clasificación del tipo de prácticas de estas iniciativas atendiendo a dos categorías: apoyo mutuo entre supervivientes (Besarkada) y atención/acompañamiento profesional (Goizargi).

A) Apoyo mutuo: de supervivientes, para supervivientes

La principal tarea que realizan C. y otras personas que pertenecen a Besarkada-Abrazo es el acompañamiento de las personas en su dolor desde su propia experiencia y saber como “supervivientes”:

“El duelo por suicidio es un trauma. Un componente del trauma es la obsesión, y hay que trabajarla, pero lo natural es que te obsesiones y no lo dominas. Te dicen ¿todavía estás con eso? Es que no lo he solucionado, me siento una asesina, ¿cómo puedes vivir con eso? Y te dicen, pero si tú ya hiciste todo lo que pudiste, pero eso no me llena porque es visceral, es cuerpo... Te hace un daño terrible, porque sabes que esa persona no te va a entender ni te quiere escuchar, porque te está enviando un mensaje: cállate ya. Por eso es importante estar entre supervivientes, porque no le cansas al otro. Y uno tiene mucho miedo a cansar a la familia, a cansar a los amigos... pero es que hay que saber que esa persona va a tener un proceso muy largo, muy intenso y que además va en aumento muchas veces conforme pasa el tiempo, y eso no se entiende.”

La asociación carece de sede como tal, si bien dispone de una sala funcional en un piso de Burlada que cede el Ayuntamiento de esta localidad. Una vez al mes las personas interesadas (tanto si son socias -no hace falta considerarse 'superviviente' para serlo, aunque la gran mayoría responde a ese perfil- como si no lo son) se juntan allí como grupo de apoyo. Quienes entran por primera vez en contacto con la asociación no acuden allí en primera instancia: si se han puesto en contacto inicialmente a través de la web, el mail o el teléfono y más allá de resolver una cuestión específica quieren mantener contacto con la entidad, se les hace una acogida por parte de alguna persona con cierto rodaje en la asociación, quedando con ella en un lugar que no tiene por qué ser ese.

En el grupo de apoyo lo que de acuerdo a las personas promotoras de la asociación se pretende generar es un espacio para la escucha y el acompañamiento, donde tanto las personas nuevas como las que llevan más tiempo en el colectivo tengan oportunidad de comunicar lo que deseen o en su caso de permanecer en silencio ante otras personas que han pasado por experiencias similares en su familia o entorno. A esas reuniones periódicas acude un psicólogo voluntario que realiza también similares tareas de voluntariado en la Asociación Teléfono de la Esperanza. Además, la asociación ofrece asesoramiento por teléfono. En el transcurso de conversaciones con C., ha ocurrido en más de una ocasión que ha sido interrumpida por llamadas que ella intenta atender sin demora. Cuenta así estas dos funciones (apoyo grupal y asesoramiento telefónico) la propia C.:

“No hacemos terapias, aunque en algunos casos sí que hago seguimiento. Para terapeutas, algunos van a Goizargi, otros a otro sitio, etc. Sí hacemos un apoyo mensual: nos juntamos una vez al mes, con un psicólogo. Un grupo de apoyo de supervivientes. Y luego, otra cosa que insisto, cuando la gente me llama, este desconocimiento de cómo se da un suicidio para llegar hasta esa decisión, que desde fuera todos pensamos que ha habido algo que ha pasado y nos ponemos como locos a buscar el porqué...”

En esos encuentros hay personas que llevan más tiempo en la asociación y que transmiten allí una serie de mensajes:

“Lo que intentamos transmitir es pautas de lo que pasa. Yo la primera intervención que hice, que lo hice fatal, solo hablé de trauma, porque veía que era brutal. Intenté explicar qué es un trauma y que no es voluntad de uno el no mejorar... Y todo esto en el fondo es lo mismo que les pasa a quienes tienen ideación de suicidio, porque no hay una comprensión de su nivel de sufrimiento. No sé si sabes que el riesgo de suicidio en supervivientes se multiplica por siete, por la intensidad tan brutal de procesos psicológicos, mentales, emocionales... Y si no hay un entorno donde puedas ir normalizando el trabajo...”

C. subraya la importancia que tiene el trabajo que realice el propio individuo afectado:

“En el duelo por suicidio hay un componente fundamental que eres tú: nadie te va a curar tu duelo, ni siquiera otros supervivientes. Hay gente muy anclada, que no sale, que dicen que para mí la vida no existe. Al menos no se quedan en su casa, le oyen a otro decir, y no sabes qué día le puede pasar un click ahí. Algunos dejan de ir y vuelven, etc. Todo se está haciendo. En general hay voluntad, ganas de que esto no se quede en la diada, sino que esto tengo una proyección más allá del grupo. Reivindicación, denuncia... Hay voluntad.”

Respecto al trabajo que se hace en las asociaciones de duelo, mantiene cierta distancia:

“A mí Goizargi, que no la conozco, no me atraía, porque una asociación de duelo... No me interesaban las respuestas que me podía dar un terapeuta... Yo tenía que ir más allá, es mi forma de ser. Tenía que ir al sentido, tenía que entender esto de esta mierda de vida. Otra madre insistió en que fuéramos al Teléfono de la Esperanza y fui por acompañarlo, y hablamos y bien y ya está, pero no... En el Teléfono de la Esperanza no hay nada para supervivientes, nada, nada. Y a Goizargi no fui por ese tema, igual que no fui a ningún terapeuta. Yo estaba muerta. Sí hubiera ido a algún sitio para hablar con alguien que lo hubiera pasado, esa cercanía... Cada uno es como es. A algunos les ha ido muy bien en esos sitios.” C. se refiere en este punto a que percibió la ausencia en Goizargi -una organización que considera de carácter terapéutico profesional- de redes de apoyo formadas únicamente por supervivientes, pues su mayor necesidad en ese momento no era trabajar su proceso de duelo en una consulta de un profesional que además trabaja cualquier tipo de duelo, sino simplemente compartir su dolor con personas que habían pasado por lo mismo.

En otras palabras, Besarkada tiene presente y trabaja sobre el duelo, pero un tipo de duelo que consideran de una especificidad tal que les hace sentir la necesidad de organizarse de forma autónoma y mantener distancia respecto a quienes trabajan tal concepto desde una perspectiva general.

Damos por finalizado este apartado aludiendo a uno de los mensajes que suelen aparecer en las redes sociales de las asociaciones de supervivientes: los girasoles, en

días nublados, se “miran” los unos a los otros para darse energía. Es así como, a través de una metáfora, subrayan la importancia del apoyo entre personas que han tenido vivencias y sufrimientos similares. Sin embargo, hay algo que diferencia a estas personas de los girasoles: la ruptura del silencio en torno al suicidio, y es ahí donde cabe situar la acción de sensibilización que se expone seguidamente.

Sensibilización e investigación

A estas prácticas, que tienen que ver con una de las misiones de la asociación (la atención y acompañamiento a supervivientes), hay que sumar las relacionadas con las líneas de sensibilización y apoyo a la investigación en relación con el suicidio.

En relación a la primera (sensibilización propiamente dicha) las actividades de Besarkada son múltiples: desde el mantenimiento de la web e intervenciones en programas de radio y televisión locales a entrevistas y artículos en medios escritos, pasando por la celebración de charlas abiertas hacia el público en general o hacia sectores profesionales específicos importantes en la primera atención en contextos de suicidio, como es la policía o el personal sanitario. Realizan también una jornada anual abierta al público en general en la que es frecuente que, además de abordar alguna cuestión concreta, haya espacio también a la expresión de testimonios de personas supervivientes, y no ha de olvidarse su participación en diferentes eventos académicos, en los que se incluyen diversos cursos de verano en universidades. De momento no existen comisiones de trabajo (sobre comunicación o formación, por ejemplo) y puede constatar que hoy en día el mayor peso de todas estas actividades hacia el exterior lo siguen llevando las mismas personas que impulsaron la creación de la asociación.

Durante el transcurso del trabajo de campo he tenido oportunidad de acudir a varios de estos eventos, que en el caso de las actividades abiertas -generalmente en locales públicos de la capital navarra o de su entorno, pero también fuera de la Comunidad Foral- suelen tener una gran afluencia de asistentes. Además, el seguimiento de los medios de comunicación locales permite constatar que el número de noticias que han publicado sobre el suicidio ha aumentado considerablemente desde el otoño de 2016, momento en el que Besarkada comenzó su andadura como asociación legalmente registrada y empezó a generar eventos e información. Incluso han llegado a

traspasar la frontera de la información local, al impulsar en 2019 junto a otras entidades y personas una jornada sobre suicidio que tuvo lugar en el Congreso de los Diputados. Este evento recibió un importante interés por parte de medios de comunicación de ámbito estatal.

En relación a la línea de apoyo a la investigación, lo más destacable es la reciente colaboración con Gabriel González, periodista de Diario de Navarra que publicó en julio de 2018 el libro ‘Hablemos del suicidio: pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios’, donde desde la perspectiva de un periodista no ‘superviviente’ pero con gran interés en la cuestión, y tras años de analizar el tratamiento mediático de la cuestión en diferentes medios y plataformas de comunicación, se sitúa la mirada en los posibles errores y retos de los medios de comunicación a la hora de comunicar noticias en relación al suicidio. Este periodista comenzó a colaborar con la asociación Besarkada y de hecho las presentaciones de su libro se han realizado habitualmente de forma conjunta con representantes de la entidad. Por otra parte, la colaboración en el presente TFM es también una forma de apoyar cualquier línea de investigación que tenga que ver con la prevención y postvención de la conducta suicida.

Aspiración de consistencia vs. inestabilidad asociativa

Sin embargo, toda esta actividad, que se ha ido incrementando progresivamente en estos casi tres años, no está redundando de momento en un mayor número de personas socias (que se mantiene en torno a 40) o voluntarias, ni tampoco en más recursos para la asociación –la aspiración a disponer de una sede propia y amplia permanece sin cumplirse desde el principio-, aspectos todos ellos que se viven con inquietud dentro de la asociación. Al haber transcurrido más de dos años de actividad, han podido constatar otra realidad: hay personas que acuden a Besarkada en busca de apoyo a su situación personal, pero una vez que obtienen ese respaldo o consejos se van alejando del grupo hasta acabar prácticamente desvinculándose. Es decir, no toda persona que se dirige a Besarkada ‘abraza’ el espíritu de la asociación en su conjunto (fundamentalmente construido, como ya se ha dicho, en torno al acompañamiento y la sensibilización), aunque sí hay quienes deciden continuar para ayudar a otras personas, aunque su situación personal haya mejorado.

Es el caso de Carmen, una mujer residente en la comarca de Pamplona que un tiempo después de la muerte de su padre por suicidio conoció la asociación a través de una amiga que le habló de ella. *“Lo de Besarkada realmente no me llegó de primera mano y en ese momento no sabía bien qué hacían, pero me dijeron que igual me vendría bien hablar con la persona que lo llevaba. Entonces no quise, pero al final me animé. La verdad es que en ese momento me ayudó un montón, a mí y a mi familia, porque estás tan removida que vas dando tumbos. Y que te escuche de esa manera gente que ha pasado por tragedias parecidas, pues te ayuda. Te ayuda porque tienes unos sentimientos horribles de culpa, de rabia y de todo, estás hundida y a la vez cabreada y a mí al menos me ayudaron a ver algunas cosas de otra forma”*.

Tras un tiempo en contacto con Besarkada y asistiendo a algunas de sus actividades, finalmente Carmen se fue alejando. *“No hubo nada que dijeras: ha pasado esto y me voy. No. Es que tampoco siento que me haya ido del todo porque sé que están ahí, pero sí es verdad que pasan muchas cosas en la vida y ya no tienes tanto tiempo. Y sí que te alejas, le pasa también a otra gente. En mi caso hubo cosas de trabajo y familia que tenía que dedicarles mucho tiempo y ya como que te vas alejando. Yo también estaba algo mejor, aunque tengo mis temporadas como todo el mundo. Pero vamos, problemas con ellos ninguno, todo lo contrario. Lo que pasa también es que tampoco me veo como voluntaria en asociaciones porque tampoco tengo fuerza como para eso”*.

Desde las personas que gestionan el día a día de Besarkada confirman que las salidas de personas (que no asocian a conflictos en la asociación, sino a la mejoría de los procesos individuales y a la dificultad de encontrar personas que no solo quieran apoyo sino también comprometerse de forma organizada para que otros lo reciban) han sido una constante desde el principio y que eso no les está ayudando a configurar y estabilizar un equipo con mayor capacidad para hacer frente a todos los retos que tienen. Retos como encontrar una sede física estable hasta conocer mejor las posibles formas de financiación, sin olvidar la importancia de disponer de un equipo de personas versadas en redes sociales y en comunicación en general. También afirman ser conscientes de que en otras asociaciones ocurre con frecuencia lo mismo, pues en la medida en que han

establecido relaciones y conocido el trabajo de otras entidades y colectivos, han tenido conocimiento de la gran cantidad de problemas que afectan a la vida asociativa.

B) La atención/acompañamiento profesional

La práctica de Goizargi es diferente. Por un lado, la asociación ofrece atención terapéutica y también orientación e información tanto sobre otros recursos de apoyo terapéutico especializados en procesos de duelo existentes en la Comunidad Foral – individual o en grupo-, como de otros recursos genéricos que versen sobre su fin social.

La atención individual se realiza en este caso en la sede de la asociación. La sede, tras más de una década y media de actividad asociativa, se trasladó a un amplio local del Segundo Ensanche de la ciudad de Pamplona, próximo al Casco Viejo. Recuerda a un centro médico o de terapias por su configuración en torno a varios despachos y salas. Las personas trabajadoras y voluntarias de Goizargi dedicaron meses a la configuración y adecuación del espacio, buscando un efecto de calidez y comodidad en el usuario, tanto en relación a la acogida como a otras actividades que se desarrollan en el local.

Cuando alguien decide ponerse en contacto con la asociación en busca de apoyo terapéutico o de respuesta a otro tipo de demandas, generalmente la persona encargada de la coordinación de la asociación recibe su comunicación bien en persona o a través del mail o del teléfono. Si considera que la consulta o demanda requiere la consideración del equipo de profesionales para su atención, transmite a este su contenido para que la valoren y, en su caso, una de las profesionales tome la responsabilidad de atender a esa persona. Esta es recibida por la profesional tras darle cita, generalmente por teléfono: el tiempo transcurrido hasta la cita varía según la valoración que desde Goizargi se haga en relación a la importancia, premura o gravedad de la comunicación inicial de la persona usuaria. En cambio, si se considera que antes o al margen de la intervención profesional es necesario transmitir a la persona usuaria una información introductoria acerca de las líneas de trabajo de Goizargi, es la propia coordinadora quien se encarga de ello.

Aunque el ambiente que suele respirarse en la nueva sede suele ser tranquilo, ordenado y en ocasiones no se percibe apenas movimiento, el nivel de actividad de la asociación se podría calificar de frenético. No fue siempre así, pero en los últimos años se han incorporado más personas al equipo, y eso ha permitido, desde la base de una mayor diversificación de fuentes de financiación, hacer frente a nuevos programas o líneas de trabajo y responder a la creciente demanda de otras entidades que buscan en Goizargi apoyo en cuestiones de duelo: asociaciones diversas, ayuntamientos, centros educativos, etc. A ello hay que sumar un creciente interés de los medios de comunicación, que se interesan en el trabajo de Goizargi ya no solo en torno a la cita anual del 1 de noviembre (fecha en la que habitualmente los medios hablan con más profusión del duelo ante la muerte), como era habitual antes, sino también en otras ocasiones.

Además de la atención individualizada someramente descrita, desde Goizargi se desarrollan también otras actividades:

-Grupos de crecimiento personal: se llama así a una actividad de comunicación y diálogo en grupo dirigida o moderada por una profesional de Goizargi. A esta dinámica grupal acuden personas que han vivido un proceso de duelo (sea cual sea la causa de este) y en ella se comparten vivencias, lecturas, creaciones propias, etc. Al grupo que está funcionando en 2019 acuden alrededor de diez personas. Tanto estas como otras dinámicas grupales se conciben desde un prisma terapéutico y no pueden considerarse grupos de apoyo mutuo (GAM) como tales, al menos si entendemos estos como encuentros de personas afectadas que se gestionan y dinamizan por y para ellas mismas. En el caso de Goizargi, lo pertinente sería hablar de grupos de apoyo terapéutico (GAT).

-Encuentros de ocio. Por ejemplo, salidas a la naturaleza para hacer paseos y excursiones por Navarra. El objetivo que se dice buscar es dar a las personas en duelo una oportunidad de realizar ejercicio físico, así como relación social. Con ambas acciones pretenderían contribuir a recuperar el equilibrio emocional de las personas beneficiarias del programa. Tienen también un programa anual de encuentros sociales para realizar cenas, visitas culturales, acudir al cine, etc. Estas actividades se conciben *“una oportunidad de relación social y motivación personal, contribuyendo de este modo al apoyo en sus procesos de duelo.”* La participación en ellas es irregular: hay

quien acude de forma más o menos regular, pero otras personas solo lo hacen puntualmente o tan solo una vez, pero es frecuente que las personas que acuden se pasen los contactos, más allá de que puedan volver a hablar o a verse.

-Jornadas anuales abiertas sobre algún aspecto relacionado con el duelo, donde es frecuente abordar de alguna forma el duelo por suicidio. Comenzaron a realizarse mucho después del inicio de la asociación (en 2014) y desde el principio han concitado interés por la mayor parte de medios de comunicación locales. Para acudir a estas jornadas (generalmente de mañana y tarde y que se realizan siempre en un espacio diferente al propio) hay que abonar previamente una cantidad de dinero que suele rondar los 40 euros. A ellas suele acudir un número variable de personas, que en los dos últimos años ha oscilado entre 40 y 70. Las jornadas se estructuran habitualmente mediante ponencias de profesionales (de la asociación o externos) o de usuarias de la asociación, pero hay también espacios para el diálogo con el público y para talleres participativos en grupos pequeños. También es habitual la inclusión de alguna actividad de carácter lúdico o relacionada con la musicoterapia. Entre los espacios de mañana y tarde se celebra una comida que sirve de cita anual para confraternizar entre las diferentes personas vinculadas a la asociación y ocasionalmente también con otras personas que acuden expresamente a las jornadas.

-De profesionales a profesionales: Goizargi desarrolla una línea de trabajo que tiene como objetivo formar y supervisar a profesionales de diversos ámbitos (principalmente de la salud y de la educación), muchos de los cuales realizarán después actividades formativas con sus respectivos usuarios, quienes en muchos casos son personas en distintas situaciones de pérdida. La formación propiamente dicha se hace mediante el conjunto de sesiones a las que Goizargi llama 'Mirando las pérdidas y el duelo'. El programa de 'Supervisión y cuidado a profesionales', por su parte, puede realizarse con posterioridad o de forma independiente. Todos estos programas se realizan en la propia sede de la asociación, pero también se llevan a cabo actividades formativas fuera. En concreto, existe un acuerdo con el Hospital San Juan de Dios, especializado en cuidados paliativos, por el cual Goizargi ofrece a los profesionales de ese centro que lo deseen diferentes talleres.

-Tienen asimismo un complejo programa de talleres y charlas de divulgación y sensibilización a lo largo del año, destinados tanto a las personas en duelo como a todas aquellas que presenten una inquietud de formación personal en ese sentido.

-El 'Grupo de musicoterapia en duelo' nació este año y está compuesto actualmente por seis personas que se encuentran una vez a la semana para expresar sus emociones y recuerdos a través de la música: no se trata solo de escuchar, sino de crear música con diferentes instrumentos, se tengan o no conocimientos musicales. Al mismo tiempo, una alumna de musicoterapia de un centro de Vitoria-Gasteiz realiza sus prácticas en Goizargi. Según la psicóloga de la asociación que dinamiza, la musicoterapia es considerada en Goizargi como una práctica clínica.

-A diferencia de lo que ocurre en el local que utiliza Besarkada y en sus actividades, en la sede de Goizargi no es extraño ver corretear niñas y niños. En la atención integral al duelo percibieron que en muchas ocasiones los niños y en general los menores de edad quedaban al margen, y que era necesario llevar a cabo actividades que contemplaran su situación específica tras la muerte de un familiar. En la propia sede hay una sala acondicionada a modo de sencilla ludoteca que sirve para que el personal de la asociación lleve a cabo diferentes actividades dirigidas a niños: desde lecturas de cuentos (la propia B, presidenta, escribió el cuento '*Un día todo cambió*' para que se usase como herramienta de trabajo en la gestión del duelo con niños tanto dentro como fuera de la asociación) hasta juegos, proyecciones y espacios para el diálogo con ellas y ellos, dentro de un programa que se llama "Taller de pequeños pasos", al que no suelen acudir más de 8 o 10 niñas y niños en cada ocasión. Es también frecuente que desde entidades externas, como ayuntamientos, se requieran los servicios de Goizargi para dirigir actividades enfocadas a niñas y niños o charlas a sus padres.

-Desde 2018 la asociación Goizargi tiene un programa de radio en la emisora de Ansoain (cerca de Pamplona) de la radio Atica FM, un proyecto de radio comercial que se escucha en buena parte de Navarra y en el que se da cabida a diferentes colectivos y asociaciones del Tercer Sector. El programa se llama 'Aprendiendo a vivir' y se emite en directo el tercer o cuarto jueves de mes. Todos los programas pueden escucharse posteriormente en podcast. El análisis de sus contenidos y de su posible impacto daría para muchas más páginas que las que permite el presente trabajo, pero al menos

podemos indicar que se trata de una actividad prácticamente autogestionada por los propios miembros de la asociación (generalmente pertenecientes a su equipo de profesionales) ya que la dirección de la radio les da libertad para organizar sus contenidos y forma de comunicar. En ese espacio de una hora se abordan múltiples cuestiones: algunas de ellas tienen que ver con la actualidad interna de la asociación (nuevos programas, anuncio de eventos, intervenciones de personas que participan en actividades formativas de Goizargi, etc.) y otras con cuestiones que tienen que ver con la forma de abordar tipos diferentes de duelo, como se ha comentado antes.

-Además de la terapia hablada, en 2019 se ha puesto en marcha otra actividad de carácter terapéutico: la yogaterapia. Según se afirma desde la coordinación de la asociación, *“en caso de duelo, como en otras situaciones de estrés, el yoga empieza por movilizar y reactivar las energías del cuerpo para luego acceder a las capas más profundas de la mente, conllevando una mejora en el control de sus propias emociones y en el estado de salud en general.”*

Enfoques terapéuticos

En medio de este cúmulo de actividad cada vez más dirigida hacia el exterior, vamos a detenernos algo más en lo que ha sido y sigue siendo la columna vertebral de la actividad de Goizargi (la relación terapeuta-paciente) desde sus inicios. Vemos cómo describe su actividad la psicóloga A.:

“El enfoque relacional que yo trabajo es el de Alba Payàs, que ha sacado ahora otro libro sobre duelo, donde habla de cómo la relación de ayuda terapeuta-paciente es la base de todo y de cómo el paciente se relaciona con el mundo). Hay que dejarse de teorías y ver que la principal herramienta es el terapeuta. Con esta forma de trabajar empoderas a la persona: el terapeuta está destinado a desaparecer, porque el paciente debe pasar del apoyo externo al autoapoyo. Tiene que aprender a hacerlo solo. Fíjate que ha habido gente que ha estado igual veinte años con el psicoanálisis... Una mujer de 70 años me decía el otro día: ‘Eres como un milagro: llego aquí y como que vomito todo’. Ponía la atención en que yo la estaba sanando, y le dije: pues mira, no te voy a dar el alta. Incluso me enfadé un poco. Trabajamos técnicas y herramientas, pero yo lo que quiero es que tú te mires y te duelas, y veas qué te pasa. Y flipan, me ven joven...”

Vamos, que vas a currar tú. Luego ya encuentran sentido a la forma de trabajar, pero me da susto a veces: me digo que a ver si van a abandonar, pero la verdad es que eso no ha ocurrido hasta ahora.”

Al margen de este enfoque personal, se ha de apuntar que la asociación la crea B. (actual gerente y componente del equipo terapéutico) tras sentir, con motivo de la muerte de su hermana, *“un vacío social con el mundo emocional en torno al duelo y la muerte y eso me llevó a generar lo que hoy es Goizargi, el primer brotecito. Al principio estaba sola, con la idea de dar un espacio a las personas que necesitaban ser escuchadas, atendidas, miradas, no sé cómo decirlo”*. La segunda componente que llegó al equipo, A., tuvo a B. como terapeuta: *“Cuando sentí que la parte personal ya estaba sanada, decidí empezar las prácticas de psicóloga aquí. Y me fui enamorando de trabajar el duelo y todo lo que eso implica y significaba para mí. De paciente a terapeuta, un camino nada fácil y potente para mí”*. D., una tercera terapeuta, también se acercó como voluntaria por su experiencia e interés en el duelo y su vertiente emocional. B. añade: *“Sigo creyendo en el proyecto de acompañar a dolientes txikis, grandes, abuelos... Y aunque a veces tengamos dudas y cansancio, algo aportaremos: esto aporta realidad, vida. Ves a la persona en su plena humanidad, es la persona en su esencia real, sin tanto tapujo que solemos tener en la sociedad. Eso es duro ver, pero a mí me aporta vida en lo profesional y en lo personal”*.

Reconocen que hay muchos modelos en la intervención, pero que de algún modo han generado un modo de trabajo. Creen en la importancia de establecer un buen vínculo con la persona que entra por la puerta, *“mirando lo que está pasando y cómo está en ese momento. Cuando miras a la persona dándole la capacidad de que ella o él puede resolver o sanar y que tú puedes acompañar lo que está sucediendo... No resolvemos nada”*. Para ellas, el problema es *desbordarse*, entendido como que el doliente tenga que sostener a la terapeuta, *“pero si me he permitido vibrar con la persona, emocionarme, eso ha sido bueno”*, indica A.. El desborde no ocurre porque afirman conocerse muy bien, en parte por lo que han vivido como dolientes. De todos modos, las terapeutas tienen programados espacios de supervisión entre ellas y eso forma parte de su trabajo, en este caso orientado a la resolución de problemas propios, incluidos aquellos relacionados con sus duelos y pérdidas.

En cualquier caso, ni se identifican con la idea de “resiliencia”, ni hay un enfoque terapéutico único compartido entre las psicólogas de Goizargi, todas ellas hacen especial hincapié en la idea de promover el “autocuidado”, que definen como “automimarse”. En palabras de una terapeuta, *“darme cuenta de cómo estoy y de qué es lo que siento, de mis experiencias, de mis vivencias internas. Eso supone, por otro lado, poder responsabilizarme de ello: hacerme cargo de lo que mí me está pasando. No es fácil, y no es fácil hacerlo desde el permiso, desde el respeto a lo que me apetece o la no crítica. Autocuidarse no es solo alimentarse, beber líquidos, sino también sentirnos tranquilas, aliviadas, en paz”*.

La promoción del autocuidado, al menos a nivel de discurso, unida a la actitud terapéutica de “*ir soltando*” a la persona usuaria (esa es la línea que manifiestan seguir las personas de Goizargi que desarrollan un rol terapéutico) recuerda en este punto al enfoque de autogestión de la salud que se promueve desde los años 80 en el discurso de colectivos como la asociación Sumendi, promovida por el médico Eneko Landaburu desde libros como “*¡Cuidate, compa!*”. Ese autocuidado, que así narrado en principio remite a una idea de tomar las riendas de la propia vida más allá del “automantenimiento” físico de las funciones vitales del cuerpo, es una idea que Goizargi subraya que pretende trasladar tanto en su trabajo terapéutico como en las múltiples actividades grupales que organiza. Pero no todos los usuarios lo viven del mismo modo. P., una mujer que hace algunos años asistió a consultas en Goizargi tras el suicidio de un miembro de su familia que convivía con ella, lo ve de otro modo:

“Me ayudaron mucho y entiendo también el esfuerzo que hacían para que yo me buscara la vida en el buen sentido, o sea, no depender de consultas y eso, pero es que para mí ahí en ese cuidado personal entraba eso, ir allí y que me escucharan, porque fuera de ahí no encontraba ni encuentro ese espacio como de confort, ¿sabes? Cuidarse en soledad, como es mi caso, es muy duro, y las palabras que te dicen están muy bien, pero yo lo que quiero es dejar de sentirme sola, y en la terapia no lo estaba”.

La gran mayoría de testimonios recabados entre personas que en algún momento acudieron a los servicios de esta asociación -ya sea por demandas de atención tras un suicidio o por otros motivos- consideran que fueron muy bien atendidas y que les resultó beneficioso acudir, pero solo algunas de ellas afirmaban seguir aplicando en sus

vidas las pautas para el cuidado de uno mismo que en su momento se les sugirió en Goizargi. En no pocos de esos casos las razones de esa “no práctica” apuntaban a una ausencia de contexto favorable: falta de tiempo, problemas familiares o de salud, cambios de trabajo o residencia, seguimiento de otras terapias, etc.

3.5 Sujetos e itinerarios en la gestión del duelo

Como hemos podido ver en los apartados precedentes, en relación a los **sujetos** que participan en los procesos conducentes a la gestión y superación del duelo podríamos decir que en algunos casos (los de las asociaciones no terapéuticas, como Besarkada) estos son principalmente las personas supervivientes y sus entornos.

En las asociaciones que sí ofrecen servicios terapéuticos, como Goizargi, existe una **alteridad** *terapeuta / paciente o usuario* que se concibe como temporal (hasta que el paciente logra manejarse en el “autoapoyo”). Esta alteridad queda matizada por la presencia de un tercer sujeto o agente, la **comunidad o sociedad** en general, contemplada como parte fundamental en las dinámicas de gestión del duelo por el suicidio y de la prevención de este.

Hasta ahora hemos atendido al punto de vista de las propias organizaciones transmitido desde sus propias sedes, pero en el transcurso de la investigación hemos tenido la ocasión de hablar con varias personas (tres mujeres y un hombre) que han acudido a una o varias de estas organizaciones en algún momento de los últimos años en busca de orientación o apoyo para gestionar el sufrimiento ocasionado por al menos un suicidio en su entorno.

Cabe destacar que el acceso a estas personas no se realizó en ningún caso por la mediación o a través del contacto con las asociaciones, sino de forma externa e independiente. Estas personas están relacionadas con algunos de los casos de suicidio a los que se ha hecho mención al inicio de este trabajo, pero hay que subrayar que otras personas que también podrían considerarse “supervivientes” de algunos de estos casos

desconocían la existencia de alguno o incluso de todos los recursos asociativos que en este ámbito existen en Navarra.

En el caso de María, mujer cuyo marido se suicidó en el verano de 2017, su periplo y el de algunos de sus familiares ha contenido visitas y contactos prácticamente con todos los recursos asociativos que existen en Navarra, desde la Asociación Teléfono de la Esperanza hasta Goizargi y Besarkada, pasando por diferentes dispositivos terapéuticos institucionales públicos y privados. Este fenómeno –un itinerario que a veces es circular, porque desde un punto de partida se transita un recorrido por el que que a veces vuelve a puntos ya recorridos- parece no ser inhabitual, dado que hemos encontrado experiencias similares en el relato de más personas.

El recorrido suele iniciarse, como en el caso de María, en los servicios públicos de salud. Desde ahí los profesionales sanitarios, con cierta frecuencia (sobre todo si detectan procesos complicados de duelo), aconsejan acudir a Goizargi (en mayor medida) o a Besarkada (menos conocida en ámbitos sanitarios) a algunos usuarios que acuden tras una muerte en su entorno. En casos de muerte por suicidio es posible que la persona usuaria acuda indistintamente a cualquiera de las dos asociaciones (o a ambas, una después de otra) dependiendo –si conoce ambos recursos- de diferentes factores: por ejemplo, su situación económica (en Goizargi las consultas se pagan), o la preferencia bien por la asistencia profesional especializada o bien por el apoyo de personas que han pasado por situaciones similares.

En ocasiones puede que esa persona simultanee esas visitas con la consulta en servicios como los de la Fundación Argibide (una entidad privada compuesta únicamente por profesionales de la salud mental y que cuenta con psiquiatras) u otras consultas privadas. Si el malestar es muy profundo y la persona desea que se le prescriba medicación, acude a los servicios de Osasunbidea (Servicio Navarro de Salud) o a consultas privadas como las mencionadas, pero sin abandonar necesariamente los recursos ofertados por las asociaciones. En su conjunto, todos estos recursos ofrecen respuestas muy variadas, lo cual tal vez sea la razón por la que, según el momento del proceso y las necesidades sentidas en cada momento, se acuda a uno u otro o a varios de ellos a la vez. Otros motivos expresados son el deseo de avanzar más rápidamente hacia una “mejoría”, las dudas o incluso el malestar que surgen en alguno o varios de esos

puntos, e incluso el miedo a que se produzca un nuevo suicidio en la familia o en el entorno.

El recorrido no tiene por qué ser trazado solo de forma individual: los suicidios se producen generalmente en contextos humanos amplios y pueden ser varias las personas de la unidad familiar (por ejemplo) que pueden sentir la necesidad de algún tipo de apoyo externo. Es así como hay casos en los que varias personas de la misma familia acuden al mismo recurso y después, en función de circunstancias personales, mantenerse en él o dirigirse cada cual a otros diferentes.

En este recorrido hay puntos que quizá no se vuelven a visitar, pero hay casos en los que este periplo, a través del cual se busca aplacar el sufrimiento, deviene en una especie de bucle con diversas entradas y salidas a lo largo de un periodo indeterminado de tiempo.

En general, en la pequeña muestra de personas usuarias que se ha consultado hay agradecimiento a la labor que se realiza en estas asociaciones, aunque su participación en ellas se limita en muchos casos a la consulta o mentoría personal y no se extiende a otros ámbitos ni actividades. El agradecimiento aparece más claramente en relación a la escucha efectiva de su situación y dudas por parte de otras personas que han pasado por situaciones similares.

Sin embargo, la experiencia de esta y de otras personas no es en absoluto positiva en todos los casos: por ejemplo, María manifiesta quejas y desazón ante el comportamiento o consejos emitidos en algún momento por parte de algunos profesionales de alguna de estas asociaciones, que en el caso de la atención personalizada a familiares supervivientes no habrían detectado, por ejemplo, el riesgo de suicidio o de desarrollo de trastornos mentales que podrían desarrollar algunas de estas a partir de entonces. También ha sido frecuente escuchar quejas de algunas de estas personas en relación al tiempo que se les dedica en el caso de las consultas. En estos casos la persona usuaria no parece estar buscando tanto herramientas para la gestión de un proceso de duelo como una intervención inmediata para desactivar o en el peor de los casos amortiguar el riesgo de suicidio que han detectado en otros de sus familiares e incluso en ella misma, lo cual nos recuerda un dato facilitado por C. en una

de las conversaciones mantenidas con ella: el riesgo de suicidio entre personas “supervivientes” cercanas a la fallecida se multiplica por siete.

3.6 Formatos organizativos de la gestión no institucional del duelo

Tanto en los casos de las organizaciones navarras como en el de otros referentes asociativos de otras comunidades autónomas, el formato elegido por sus impulsores es prácticamente siempre el de la asociación, al objeto de tener una entidad jurídica con todo lo que eso conlleva: posibilidad de acceso a recursos, acceso a convocatoria de subvenciones públicas, etc. Obviamente la estructura es más compleja en el caso de las organizaciones que desarrollan actividades profesionales: número más elevado de personas en la Junta Directiva, mayor definición en la distribución de funciones, etc.

En el caso de una asociación casi exclusivamente de “supervivientes”, como Besarkada, que además lleva mucho menos tiempo en funcionamiento, la estructura es más sencilla además del grupo de personas que tomó la iniciativa de crearla existe un conjunto de personas que acude a las reuniones del grupo de apoyo simplemente como usuarias, mientras que otras comienzan a mostrarse interesadas en participar además como voluntarias o acompañantes.

3.7 El género en la autogestión del duelo por suicidio: la perspectiva del cuidado

La gestión colectiva y no institucional del suicidio es una propuesta impulsada y protagonizada hoy en día principalmente por mujeres. Esto es una realidad constatable fácilmente si constatamos quiénes han impulsado o dirigido los proyectos desde el principio: tanto en Besarkada, como en Goizargi, Biziraun o la asociación catalana DSAS, las mujeres son las fundadoras o cofundadoras. El perfil más habitual es, en este sentido, el de una madre de mediana edad que ha perdido un hijo (varón joven) por suicidio y que posee un trabajo o estudios universitarios vinculados con el ámbito sanitario o social: psicología, trabajo social, etc. En el caso de la atención profesional, el equipo de Goizargi está compuesto en su totalidad por mujeres, y en general la percepción en el seno de las organizaciones es que también son mayoría las mujeres que

acuden como interesadas, usuarias, pacientes o voluntarias.

Al inquirir sobre las razones que explicarían esta mayoritaria presencia femenina, en las organizaciones se dan diferentes respuestas según la persona que sea interpelada, pero en general se advierte que existirían formas diferentes de afrontar el duelo y el duelo por suicidio entre mujeres y hombres.

Según algunas opiniones de personas vinculadas a ambas asociaciones (no se trata de una conclusión definitiva de estas como tales), de acuerdo a los roles de género establecidos en nuestras sociedades los hombres tenderían a restringir en mayor medida la expresión de sus emociones, orientando su afrontamiento “desde lo intelectual más que desde lo emocional” y mostrando menor interés que las mujeres hacia las tareas de acompañamiento y cuidados. Pero al mismo tiempo está generalizada la percepción de que cada persona es diferente y no puede generalizarse.

En cualquier caso, resulta sencillo pensar en una asociación entre mujer, madre y tareas de cuidado cuando observamos la dinámica, basada en diferentes formas de acompañamiento, de estas asociaciones y cómo en primera instancia (el momento de su emergencia) es la postvención y no tanto la prevención, la intervención o la sensibilización la principal razón que parece llevar a la decisión de constituirse como entidad. Entendemos la postvención en este contexto tal como se ha hecho desde la Asociación Americana de Suicidología desde 1998 (provisión de intervención en crisis, apoyo y asistencia para los afectados por un suicidio) o como ya Schneidman definió el concepto en 1972: *“Una serie de actividades terapéuticas, organizacionales y educativas que se organizan luego de un suicidio con el objeto de disminuir el estrés emocional en las personas afectadas, y bajar el riesgo de suicidios por imitación.”*

Puede decirse que ni en Besarkada ni en Goizargi existe propiamente como tal una perspectiva de género incorporada a su trabajo. El enfoque del modelo integrativo-relacional que utilizan varias de las terapeutas de Goizargi afirma que el duelo es una experiencia que nos afecta física, emocional, cognitiva y existencialmente, y que todas esas dimensiones deben ser atendidas, sin reducir el duelo a conjuntos de expresiones en función del género al que pertenezcan las personas. En este enfoque, el género se contemplaría como una variable más a tener en cuenta en las diferencias individuales a

la hora de afrontar un proceso de duelo, pero no el determinante.

3.8 Del refugio al activismo por otra mirada sobre el suicidio

Cabe preguntarse si las personas que han impulsado iniciativas de organización colectiva no institucional para gestionar o mitigar el dolor provocado en el duelo por suicidio (entre otros duelos, en su caso) no devienen, con el transcurso del tiempo, en una suerte de activistas sociales por la transformación de la narrativa hegemónica en torno a la muerte y el suicidio. ¿Pero en qué medida es pertinente hablar de que se produce un cuestionamiento del discurso dominante? Principalmente en los siguientes puntos:

-Se cuestiona que la magnitud estadística equivalga al impacto real. Según los datos epidemiológicos oficiales, en Navarra la mortalidad por suicidio ha disminuido en las dos primeras décadas de este siglo, y según datos provisionales en 2018 apenas superó una tasa de 6 por 100.000 (inferior a la media estatal y casi la mitad que la de la comunidad más afectada: Galicia). Navarra carece, por otro lado, de un plan institucional específico para abordar el suicidio. En las dos asociaciones, sin embargo, se manifiesta una percepción de que la magnitud del problema en Navarra es alta, y que su gravedad real no se corresponde ni con las estadísticas ni con el grado de atención institucional, por lo que sería necesario tomar medidas específicas.

-Critican el abordaje institucional, pues en él se priorizaría la mirada individual y desde la salud mental frente a la social y desde la salud pública. Las asociaciones consideran que los recursos existentes en los dispositivos sanitarios y sociales parten de una visión del suicidio como fenómeno individual asociado a problemas de salud mental, obviando la dimensión colectiva o social y su relación con la salud pública, aspectos de gran importancia para ellas tanto en su organización interna como en sus propuestas a la comunidad.

-Proponen superar la medicalización del suicidio y de su duelo: una tendencia que perciben como dominante y frente a la cual subrayan el poder de la palabra y del apoyo mutuo sin abandonar los enfoques terapéuticos (especialmente en el caso de

Goizargi).

-Recuerdan que el suicidio no ha dejado de ser tabú. Estos grupos perciben que se mantiene vigente una convención social no escrita frente a la que sus iniciativas proponen romper una de sus principales manifestaciones: el silencio que rodea al problema y que alcanza a la relación con los supervivientes.

-Denuncian que los medios no cumplen su papel: en general contribuirían al silencio y al estigma, en lugar de actuar como agentes activos de cara a la prevención del problema. En esto la visión de las asociaciones es coincidente con la de algunos profesionales especializados en esta temática, como el periodista navarro Gabriel González.

La impresión es que la búsqueda de refugio en el encuentro con otros dolientes y la posibilidad de compartirlo, una de las principales motivaciones que impulsaron la creación de asociaciones, se abre paso con el tiempo a una mirada que, habiendo incorporado el trabajo ya realizado, despierta hacia una necesidad añadida: la de romper el silencio ante el fenómeno del suicidio en todas las dimensiones sociales.

Así, personas que en muchos casos no habían participado en toda su vida de forma activa en ningún movimiento social, llegan a manifestar una perspectiva o actitud proactiva, en cierto modo poco definida y aún difusa, que señala en la dirección de cambios sociales y culturales, los cuales resultarían necesarios para hacer desaparecer la que se percibe como desgarradora especificidad del dolor provado por la muerte autoinfligida. Esto explicaría el cada vez mayor peso que tienen en estas organizaciones las actividades de difusión y sensibilización social.

En estas personas -las impulsoras de las iniciativas y aquellas que tras sentir un mayor bienestar en su proceso de duelo deciden continuar en la asociación en lugar de dar por finalizado su vínculo con ella- el deseo de seguir ayudando a otras personas se aúna con el paso de los años al de encontrar y resolver la raíz del sufrimiento, lo cual se convierte en una especie de combustible para alimentar la continuidad del trabajo colectivo más allá de los altibajos, sinsabores y retrocesos de los procesos personales. Una superviviente vinculada a Besarkada tal vez lo estaba expresando al afirmar: “*Esto*

va más allá del proceso de cada cual. Es un compromiso. Y es un compromiso social”.

4. CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones provisionales

-Puede hablarse de la irrupción en los últimos años de dos nuevos modelos de acción no institucional en la gestión del sufrimiento por suicidio: asociaciones *de duelo* y *de supervivientes*. Así, se constata la coexistencia en diversos lugares (es el caso de la Comunidad Foral de Navarra) de ambos tipos de fórmulas asociativas con el fin de hacer frente a la gestión de lo que ellas denominan *duelo por suicidio*: se trata, por un lado, de organizaciones dinamizadas por equipos profesionales que atienden todo tipo de duelos provocados por muertes, y por otro de asociaciones en primera persona formadas por individuos que se consideran supervivientes de los suicidios de personas próximas. En el primer caso la atención individual se realiza principalmente desde la consulta profesional; en el segundo, desde el apoyo mutuo entre iguales.

-Las nuevas asociaciones que trabajan, con o sin exclusividad, en el ámbito del apoyo a personas afectadas por el impacto del suicidio son una realidad emergente en el campo de la salud comunitaria o colectiva, puesto que además de desarrollar una tarea asistencial están empezando a reabrir, allá donde funcionan, el debate sobre el duelo por suicidio y el suicidio como problema social, como lo sugiere el considerable incremento en Navarra de eventos, noticias y artículos de prensa sobre el suicidio y el duelo a partir de la creación de estas organizaciones. Es decir, sus significados no se agotan en la gestión de los efectos de un hecho dramático ya sea por la intervención profesional o por el apoyo mutuo: desde un planteamiento original de postvención se transita, sin abandonar el propósito inicial, hacia una aspiración de la prevención del propio suicidio, más allá de que la creación de condiciones de posibilidad para esto último desborda la capacidad de estos grupos, sea cual sea el tipo y estado del intercambio con su medio para obtener incidencia social.

-Las asociaciones entienden en general el duelo por suicidio como “trauma” atravesado por una sensación de culpa. Por trauma entienden la irrupción explosiva de un dolor extremo que deriva en un proceso especial y prolongado de gestión que se topa con el tabú y al estigma. Consideran en general que esto requeriría un trabajo en toda la sociedad más allá de la atención personal o grupal, y la creación de una nueva cultura (de la muerte, del duelo y del suicidio) que no se termina de definir pero para la que se augura la necesidad de contar con múltiples agentes. De algún modo puede decirse que las personas que han creado estas iniciativas se han reapropiado de la muerte de sus familiares para articular un contexto muy diferente al de la pérdida: el de la construcción de sentido para ellas mismas y para otros.

-La escucha a las personas afectadas y la apertura de espacios para compartir sus vivencias, sentimientos y experiencias parecen constituir elementos novedosos claves en el quehacer de estas organizaciones de cara a facilitar una gestión del duelo por suicidio más saludable (con menor sufrimiento) a nivel personal, grupal y social.

-Las personas que participan en estos proyectos como voluntarias o usuarias no suelen ceñir su acercamiento a ellos de manera exclusiva: es habitual que formen parte de otra serie de recursos (incluidos los institucionales) y que se produzcan entradas y salidas en un complejo circuito de atención y apoyo.

-La participación de las mujeres en el impulso, gestión y desarrollo de las iniciativas colectivas estudiadas es mayoritaria, lo cual no ha de llamar la atención en una sociedad en la que domina la realidad de la feminización de los cuidados, ámbito este directamente vinculado con la actividad de ambas asociaciones.

-En última instancia estos colectivos invitan, sea esa o no su voluntad, a una complejización del suicidio: si bien entre sus herramientas teóricas y en su discurso no se alude al pensamiento complejo o a las teorías de la complejidad, tanto su cuestionamiento de algunos lugares comunes de la narrativa hegemónica sobre el suicidio como la aportación de elementos contextuales de

carácter social (vinculados a la idea de determinantes sociales de la salud) acerca del suicidio y de la forma de gestionar su impacto suponen una lectura del fenómeno como un terreno en forma de red de interacciones complejas.

4.2 Vías para continuar con la investigación

La participación en tareas de voluntariado en una o varias de las iniciativas descritas en el presente trabajo posibilitaría una mejor comprensión del quehacer y de los sentidos de estas organizaciones, pero más allá del trabajo de campo considero que el abordaje ha de ser multidimensional, desde la constatación de que la propia realidad de la muerte y del suicidio lo es y de que no puede deslindarse el trabajo de acompañamiento profesional o la dinámica de los grupos de apoyo mutuo de la dimensión de incidencia social de estos proyectos asociativos. En este sentido, la labor de comunicación hacia el exterior puede ser objeto de un análisis específico, ya que en el caso de estas organizaciones (a diferencia de las asociaciones tradicionales de ayuda a personas con enfermedades o discapacidades) adquiere una gran importancia la aspiración hacia la transformación social, al menos en lo que respecta a la cultura de la muerte y el suicidio.

5. BIBLIOGRAFÍA

APA. (2003). Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours. American Psychiatric Association.

Arévalo-Mira, D. M. (2011). Aproximación multidisciplinar a la violencia autoinfligida. *Revista de Psicología GEPU*, 2 (2), 19 – 50.

Ayuso-Mateos JL, et al. (2012) Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*.

Bagley, C., y Ramsay, R. (1989). Attitudes toward suicide, religious values and suicidal

behaviour: Evidence from a community survey. In R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Eds.), *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation* (pp. 78-90). Leiden: E. J. Brill.

Bandelot, C. (y R. Establet). 1985 "Sociología del suicidio", *Mundo Científico*, nº 5: 44.

Barley, N. (1997). *Grave Matters: A lively history of death around the world*. New York: Henry Holt.

Berkovitz, I. 1985 *The role of schools in child, adolescent, and youth suicide prevention. Youth suicide*. Nueva York, Springer.

Cain, A. C. (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, Il.: Charles C. Thomas

Carbonell Camós, Eliseu. 2007 "Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar", *Gazeta de Antropología*, nº 23, artículo 01: http://www.ugr.es/~pwlac/G23_01Eliseu_Carbonell_Camos.html
<http://hdl.handle.net/10481/7055>

Corpas Nogales, J. M. 2011. "Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias", *Gazeta de Antropología*, vol. 27 (2), artículo 33.

Díaz-Sastre, C. 1998 *Perfil lipídico y características de los intentos de suicidio valorados en urgencias*. Universidad de Alcalá.

Diekstra, R. F. W. 1993 "The epidemiology of suicide and parasuicide", *Acta Psychiatr Scand*, nº 371: 9-20.

Durkheim, E. 1897 *El suicidio*. Madrid, Akal, 1982.

García de Jalón, E. Peralta, V. 2002 "Suicidio y riesgo de suicidio", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 25, nº 3: 87-97.

González, G. 2018. *Hablemos del suicidio. Pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios*. Madrid, Akal.

Guibert, R. 2002 "Epidemiología de la conducta suicida", *Revista Cubana Medicina General Integral*, vol.18, nº 2.

Jiménez Triviño, L. 2003 *Breve aproximación a las conductas analíticas*. ReNEPCA (Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas): <http://www.renepca.com/docs/aproximacion.htm>

Kaplan, H. I. (y B. J. Sadock). 1999 *Sinopsis de Psiquiatría*, nº 8: 983-992.

Landaburu Pitarque, Eneko: *Curarse uno mismo sin los peligros de los medicamentos*. Asociación Sumendi. Bilbao, 1997.

Landaburu Pitarque, Eneko: *Cuidate, compa. Manual para la autogestión de la salud*. Editorial Txalaparta. 8ª edición. Tafalla, 2004.

López García, M. B. (R. Hinojal-Fonseca y J. Bobes García). 1993 "El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos", *Revista de Derecho Penal y Criminología*, nº 3: 309-417.

McDonald, M. 2001 "Suicidal behaviour. Social section", en G. E. Berrios y R. Porter, *A history of clinical Psychiatry. The origin and history os Psychiatric Disorders*. 2001: 625-632.

Morin, Edgar: *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa. Barcelona, 1994.

Nunes ED. A revista *Ciência & Saúde Coletiva* e o processo de institucionalização de um campo de conhecimentos e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(7):1975-1982.

Pérez, J. C. (2011). "La mirada del suicida. El enigma y el estigma". Madrid: Plaza y Valdés editores.

Pérez et al. (2000). "Duelo: una perspectiva transcultural". *Psiquiatría Pública*; 12 (3).

Ruiz, I. y A. Orly. (2006). "El suicidio en la España de hoy", *Gaceta Sanitaria*, nº 20: 25-31.

Vega-Piñero, M. (y otros). 2002 "El suicidio", *Salud Global*, año II, nº 4: 1-15.

Weinstein, Luis : *Salud y autogestión*. Editorial Nordan Comunidad. Montevideo, 1978.

Zibechi, R. (2007) *Autonomías y emancipaciones. América Latina en movimiento*. Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales”.