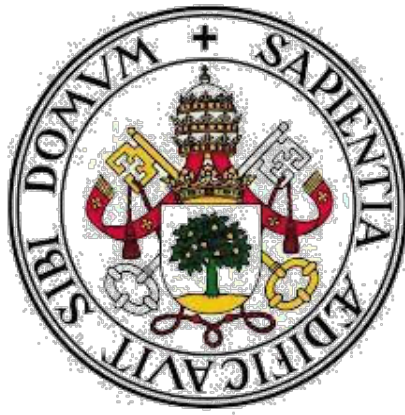




**FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA: GRUPOS
DE AYUDA MUTUA PARA PERSONAS AFECTADAS POR
SUICIDIO**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER EN FORMACIÓN E
INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA**

AUTORA: SONSOLES RIVERA PASCUAL

TUTOR: GUSTAVO GONZALEZ-CALVO

Palencia, junio de 2025



ÍNDICE

TÍTULO, QUE CONTIENE LEMAS	3
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
2. 1. Introducción al fenómeno del suicidio y su impacto.	3
2.2. El proceso suicida y las múltiples oportunidades de prevenir	7
2.3. El duelo por suicidio desde la perspectiva psicosocial	7
2.4. El enfoque social, comunitario y de género en la intervención	9
2.5. Modelos de intervención exitosos en GAM.....	10
3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	11
3. 1. Grupos de Ayuda Mutua (GAM): Definición y beneficios	11
3.2. El apoyo social en sistemas formales Ventajas de los sistemas informales	12
3.3. Características que debe tener un GAM.....	13
3.4. Estudios relevantes en este campo. Ejemplos de autores españoles	14
3.5. Beneficios de participar en un grupo de ayuda mutua.....	15
3.6. Áreas transversales y específicas de intervención y apoyo	15
3.7. Coordinación, estructura y funcionamiento	17
3.8. Estructura de apoyo social grupal	19
4. ANTECEDENTES	23
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. OBJETIVOS Y METAS	27
7. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE NECESIDADES	27
7.1. Testimonio de los afectados y necesidades.....	28
7.2. Mitos y realidades	30
7.3. Impacto del suicidio individual y comunitario	31
7.4. Elementos clave de efectividad en los GAM.....	32
7.5. Asociaciones y trabajo en red.....	33
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
8.1. Estructura Básica de las Sesiones.....	34
8.2. Limitaciones de la metodología	36
8.3. Bases para los grupos de ayuda mutua	36
8.4. Recomendaciones para participantes en GAM	37
8.5. Acuerdo de participación en grupos de ayuda mutua	38
8.6. Recursos para trabajar en los grupos de ayuda mutua	39
9. DESTINATARIOS O BENEFICIARIOS	43

10. RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO	45
10.1. Recursos humanos	45
10.2. Recursos materiales	45
10.3. Recursos financieros	45
11. LUGAR DE EMPLAZAMIENTO	47
12. BENEFICIOS ESPERADOS Y EVALUACIÓN.....	47
12.1. Evaluación continua.....	48
12.2. Evaluación de los participantes	48
12.3. Evaluación de coberturas de servicios.....	48
12.4. Evaluación de procesos	49
12.5. Formación de profesionales	49
12.6. Impacto de género.....	49
12.7. Impacto social.....	50
12.8. Evaluación viabilidad del proyecto	50
12.9. Evaluación del proyecto desde el enfoque del Marco Lógico	51
13. RECURSOS DOCUMENTALES	51
14. RECURSOS COMUNITARIOS PARA EVALUAR ESTE PROYECTO	52
15. CRONOGRAMA.....	53
16. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES.....	55

RESUMEN

Este trabajo propone una intervención comunitaria basada en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) dirigidos a personas afectadas por el suicidio de un ser querido. A partir del reconocimiento del suicidio como un fenómeno social complejo y estigmatizado, se plantea la necesidad de ofrecer espacios seguros donde los supervivientes puedan compartir sus experiencias, recibir apoyo emocional y fortalecer redes comunitarias. El enfoque destaca la importancia del acompañamiento entre iguales, la validación emocional, la conexión social y la promoción de la resiliencia, integrando también una perspectiva de género. La autora resalta que el duelo por suicidio tiene características específicas que requieren atención psicosocial especializada y que los GAM pueden reducir el aislamiento, mejorar el bienestar emocional y prevenir conductas suicidas futuras. El proyecto contempla una metodología participativa, formación de facilitadores y evaluación continua, con el objetivo de lograr una atención más humana y transformadora para los dolientes.

PALABRAS CLAVE *Supervivientes de suicidio, Apoyo mutuo, Duelo, Posvención, Conexión social.*

ABSTRACT

This work proposes a community-based intervention through Mutual Support Groups (GAM) for individuals affected by the suicide of a loved one. Recognizing suicide as a complex and stigmatized social phenomenon, it emphasizes the need to create safe spaces where survivors can share experiences, receive emotional support, and strengthen community ties. The approach underlines the value of peer support, emotional validation, social connection, and resilience-building, also incorporating a gender perspective. The author highlights that grief after suicide is uniquely challenging and requires specialized psychosocial care. GAMs can reduce isolation, enhance emotional well-being, and help prevent further suicidal behaviors. The project includes a participatory methodology, facilitator training, and ongoing evaluation, aiming to provide more humane and transformative care for those in mourning.

KEYWORDS *Suicide survivors, Mutual support, Bereavement, Postvention, Social connection.*

TÍTULO, QUE CONTIENE LEMAS

Grupos de Ayuda Mutua: Mejorar condiciones, reforzar vínculos, capacitar para la acción individual y colectiva.

1. INTRODUCCIÓN

Se llama supervivientes a quienes perdieron a un ser querido por suicidio. El término fue utilizado por la Asociación Americana de Psiquiatría tras comprobar que en este duelo las personas afectadas vivían unas intensidades de sufrimiento sólo experimentadas por personas con alto nivel de vivencias traumáticas, como son los supervivientes de campo de concentración. El entorno no suele ser consciente de este nivel de sufrimiento porque no hay referencias para comprenderlo y el lenguaje es parco al definirlo, lo que genera un distanciamiento emocional con graves efectos para los dolientes (Gobierno de Navarra, s. f.). El experto Luis Fernando López-Martínez se ha expresado sobre este término: se refiere a que “la estela de sufrimiento que deja tras de sí una persona que se suicida es tan inmensa, que en ese preciso momento sus familiares y seres queridos dejan de vivir para empezar a sobrevivir” (Martitegui, 2023).

El apoyo social en el ámbito comunitario tiene unas ventajas difíciles de emular en el ámbito sanitario. Puesto que el duelo suele ser más complejo en casos de suicidio, el objetivo de la intervención comunitaria estaría en la línea de la colaboración entre sistemas formales e informales. Junto a una ayuda más formal brindada desde la Atención Primaria de salud se busca que las personas creen o regeneren sus sistemas informales de ayuda (vecinos, amigos, asociaciones, etc.) para reducir el aislamiento social.

2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN

2. 1. Introducción al fenómeno del suicidio y su impacto.

El suicidio es un problema global y complejo que afecta directamente a millones de personas cada año. Desde la reflexión profunda, el suicidio no trata de una decisión personal, sino de

un fenómeno social que obedece a factores socioculturales presentes en la sociedad y que influyen de manera directa en la conducta suicida. “Mientras el dolor es un proceso “normal” por el que se debe pasar, la muerte de un ser querido por suicidio por lo general no se experimenta como “normal”, aunque sea un causante de muerte reconocido. Las necesidades de las personas afligidas por el suicidio pueden ser bastante complejas” (OMS et al., 2000). También se ha denominado al suicidio “Socialicidio”¹, como una forma de romper el estigma y los mitos que rodean el suicidio (Lovi, 2024), que tradicionalmente le vinculan en un 90% con la enfermedad mental, especialmente entre los profesionales y sanitarios desinformados. El suicidio de un ser querido tiene un impacto significativo en los familiares y amigos, conocidos como “supervivientes del suicidio”. Este impacto incluye dolor emocional intenso, sentimientos de culpa, estigmatización y aislamiento social.

La creatividad de Edwin S. Shneidman (1918-2009), logró la atención pública sobre el fenómeno suicida y sus graves consecuencias sociales. Shneidman obtuvo con su trabajo las diez características comunes del suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución; 2. El objetivo común del suicidio es el cese de la conciencia; 3. El estímulo común en el suicidio es un dolor psicológico intolerable; 4. El factor estresante común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas; 5. La emoción común en el suicidio es la desesperanza-impotencia; 6. El estado cognitivo común en el suicidio es la ambivalencia; 7. El estado perceptivo común es la constricción (visión de túnel); 8. La acción común en el suicidio es la egresión; 9. El acto interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención; y 10. La coherencia común en el suicidio es con los patrones de afrontamiento de toda la vida. (Chávez Hernández & Leenaars, 2010)

Las claves que aportó Shneidman para el duelo por suicidio en sus inicios, siguen contribuyendo en la disciplina hoy en día.

- **Concepto del suicidio como crisis psicológica:** Shneidman considera el suicidio esencialmente como una crisis, una respuesta a un dolor emocional insoportable. Este concepto lo denominó “*psychache*” en inglés. Esta percepción es central en la comprensión del suicidio y, por extensión, en el duelo por suicidio, donde los

¹ Para más información sobre el documental Socialicidio, consultar la sinopsis oficial: <https://musocasturies.org/peliculas/socialicidio/>

supervivientes enfrentan un duelo complicado por la naturaleza inesperada y estigmatizada de la muerte.

- **La nota de suicidio como fuente de comprensión:** Esta fuente que exploró Shneidman, es un posible argumento para facilitar una ventana a las motivaciones, sentimientos y pensamientos finales del occiso².
- **La autopsia psicológica:** Shneidman introduce el concepto de la autopsia psicológica como una herramienta más para entender las circunstancias y motivaciones detrás del suicidio. Para los supervivientes, puede significar resolver preguntas, rebajar el sentimiento de culpa y facilitar el proceso de duelo al proponer una narrativa sobre la muerte.
- **Teoría de la perturbación y la letalidad:** Shneidman discute cómo la combinación de perturbación emocional y letalidad de pensamientos suicidas puede llevar al suicidio. Teoría que contribuye a la complejidad de factores que pudieron llevar al ser querido a tomar la decisión y que puede ser terapéutica para trabajarla en el proceso de duelo.
- **Posvención:** Shneidman acuñó el término "posvención" para describir las intervenciones y el apoyo necesarios para aquellos que sobreviven al suicidio de un ser querido. Este concepto es fundamental y sugiere que el duelo por suicidio requiere una atención especial y estructurada.

Según Emile Durkheim (1858-1917), si la investigación sobre el suicidio se reduce al ámbito psicológico o biológico se está perdiendo parte de sus características sociales importantes; Durkheim llegó a pensar que los individuos eran exclusivamente un producto del desarrollo social y de la sociedad (Valero Matas, 2019). Esta argumentación, que las fuerzas sociales son importantes y marcan los comportamientos de las personas y su vida social, quedó recogida en su trabajo seminal: El suicidio. Durkheim señaló la importancia de los factores sociales frente al comportamiento individual. Manifestó que los contextos sociales eran determinantes para descifrar las variaciones de frecuencia de los suicidios (Valero Matas, 2019). En este sentido el silencio, el estigma y el resultante aislamiento al que se ven sometidos los supervivientes, es una construcción social que se ha forjado desde la antigüedad, por medio de los juicios y la reiterada culpabilización que desde las instituciones

² Estas notas no deben difundirse en público por prevención de conductas suicidas en personas vulnerables y para salvaguardar la intimidad y los datos de las personas involucradas (López Vega, 2024).

se ha adjudicado a las personas que se han quitado la vida y a sus familiares. La comunidad castiga los comportamientos considerados inmorales.

Para Durkheim, la fortaleza de los lazos de integración y densidad social, familiar o religiosa aleja a los individuos del suicidio. En sus palabras: “el suicidio varía en razón inversa del grado de integración de la sociedad religiosa, doméstica, política” (Cárdenas Cornejo, 2019).

Modelo ecológico del desarrollo humano Según un metaanálisis sobre los factores de riesgo de pensamientos y conductas suicidas sobre 50 años de investigación (Franklin et al., 2017) no se ha mejorado la capacidad predictiva de riesgo de suicidio a lo largo de los 50 años, posiblemente por haber estudiado los factores de forma aislada. Este metaanálisis sugiere que el origen y mantenimiento de las conductas suicidas es multicausal, combina un gran número de factores -alrededor de 50- y necesita individualizar el mensaje preventivo en las diferentes poblaciones: adolescentes, mayores, pacientes de salud mental, fuerzas de seguridad, presos, etc. (Franklin et al., 2017).

Esto cuestiona los modelos tradicionales de atención y redefine el concepto de salud hacia un estilo más comunitario, que articule y fortalezca el tejido social, que frene el declive de la comunidad, la pérdida de solidaridad, el desarraigo psicológico, la alienación y el auge del individualismo; hacia un retorno a formas de agrupación social más humanas, psicológicamente más significativas y socialmente más estabilizadoras, que busquen reconstruir las redes naturales del individuo en el proceso de integración en la comunidad.

Para Bronfenbrenner, existe un modelo ecológico de desarrollo humano que vincula las condiciones ambientales con el estado psicológico. Concibe un conjunto de estructuras, organizados en capas concéntricas, donde cada una cabe dentro de la siguiente. Para este autor el modelo de desarrollo, consiste en una serie de procesos progresivamente más complejos entre un organismo activo (bio-psico-social) y el resto de personas, objetos y símbolos del entorno. No hay una respuesta simplificada que responda a la complicada pregunta de cómo surgen las conductas suicidas. Si fuese más simple, o por una sola causa, seguramente se habría conseguido lograr cifras más bajas de suicidios. Esta teoría nos ayuda a pensar en los diferentes tipos de influencias sobre el comportamiento humano, ya que cada

persona está influida por múltiples factores contextuales y temporales que interactúan entre sí (Tannenbaum, 2018).

2.2. El proceso suicida y las múltiples oportunidades de prevenir

El testimonio de muchas personas que han perdido a un ser querido, ha afirmado que nada de su ser querido hacía pensar que estaba pasando por ese túnel. Para llegar al suicidio es necesario transitar por diferentes etapas y en cualquiera de ellas el proceso puede detenerse. Incluso en las etapas avanzadas del proceso suicida, el individuo puede salir por sí mismo, puesto que también existe la ambivalencia. La asistencia a personas con pensamientos suicidas debe principalmente, brindarles escucha, contención y acompañamiento para que puedan hacer uso de sus propios recursos para la recuperación y aprender otros nuevos (Hablemos de Suicidio ONG, s. f.-b).

2.3. El duelo por suicidio desde la perspectiva psicosocial

La muerte constituye la ruptura de la relación y el vínculo con el ser querido. Durante el proceso de duelo se debe aceptar la pérdida del ser querido y re-identificar la relación. Elaborar bien la despedida puede estar en el inicio y en la resolución del duelo. Puede darse un duelo crónico, donde el tiempo no consigue calmar la intensidad y puede darse una ausencia de duelo, donde se activan los mecanismos de defensa y se evita profundizar, pero su necesidad irrumpirá en otro momento o mediante sintomatologías somáticas.

Los objetivos de la intervención en el duelo, de acuerdo con el trabajo de profesionales que lo han investigado son: 1. Facilitar la aceptación de la pérdida; 2. Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella; 3. Facilitar la resolución de los problemas prácticos causados por la falta de lo perdido; 4. Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida (Rodríguez Vega & Fernández Liria 2002).

El duelo por suicidio es radicalmente diferente, es más prolongado e involucra problemas psicológicos y físicos, siendo necesario el apoyo de profesionales de la salud. Las secuelas que atraviesan a los familiares determinan la importancia de la intervención. Las emociones son

más intensas y la interacción entre familiares y la red social se ve afectada. Todo ello repercute en la salud, complica el duelo e interfiere en la adquisición de conductas adaptativas. Estos factores conducen al aislamiento, a más riesgo de problemas de salud y a posibles pensamientos suicidas (Baños Chaparro, 2022). Llevar a cabo intervenciones para la posvención es una forma de prevención. La creación e intervención en Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para personas que han perdido a un ser querido por suicidio, determina un papel fundamental en el apoyo y la recuperación de quienes atraviesan este doloroso proceso.

Influyen en este proceso doloroso: la relación con la víctima, el trauma de encontrar a la víctima, la disponibilidad de sistemas alternativos de apoyo, la edad y el sexo “condiciona que se desarrolle un trauma la experiencia subjetiva, no solo influye el acontecimiento, depende de cómo vives el evento y cómo lo gestionas”, apunta la experta en trauma Alicia Álvarez. “Las personas con traumas pierden el hilo temporal, les cuesta ubicar los hechos, y el tiempo se congela en aquel momento y en lo que pasó. Las reexperimentaciones invasivas son una de las grandes áreas sintomáticas del trauma y lo que implican es que la persona vuelve a revivir lo mismo” (Álvarez & Mediavilla 2025). El hecho de recordar el suicidio lo único que hace es empeorar la sintomatología, la evitación para gestionar el trauma del suicidio hace que la persona se retraiga, “todo eso provoca una reacción en cadena en nuestro cerebro y nuestro sistema nervioso, que tiene efectos de todo tipo, también a nivel físico y de enfermedades” (Álvarez & Mediavilla, 2025). “Parte de la población desarrolla trastornos relacionados con un duelo mal realizado, patológico o crónico; son muchas las consultas en salud mental motivadas por un duelo mal resuelto. Es hora de introducir una didáctica adecuada en el contexto de la muerte y el duelo, para proteger nuestra salud y para reconfigurar significados sobre estos conceptos” (Rodríguez Laguna, 2019a), por ello hay que intervenir para poder controlar ese malestar. “Partimos de que la vida funciona con un sesgo de justicia. Creemos que si haces lo que toca no te pasará nada malo y cuanto más se rompe eso, más riesgo tienes de desarrollar un trauma. Cuando la sensación de control desaparece, el mundo nos parece hostil” (Álvarez & Mediavilla, 2025).

El duelo se puede trabajar de forma privada y desde el trabajo en grupos, dónde los integrantes del grupo comparten sus experiencias personales de tal forma que entre ellos se dan apoyo en el entorno comunitario. También se puede intervenir desde un trabajo

comunitario más amplio, si hay un alto índice de suicidio en una zona determinada, o se padeció una pérdida colectiva.

Al duelo específico del suicidio se le denomina **posvención**. La posvención hace referencia al conjunto de acciones que desarrollan y en las que participan los supervivientes del suicidio. Tienen el objetivo de facilitar su recuperación psicosocial y prevenir efectos adversos entre los que destacan la aparición de síntomas clínicos o la manifestación de la conducta suicida.

2.4. El enfoque social, comunitario y de género en la intervención

Cuando un individuo se quita la vida, el impacto de su muerte tiene un efecto de réplica. Todas las personas relacionadas sentirán la pérdida. La validación de las emociones en el ámbito comunitario, ayuda a que los dolientes sientan que su padecimiento es reconocido. Cuando se pierde a un ser querido por suicidio, este espacio social de sufrimiento compartido se reduce a causa del estigma social, el tabú y la falta de conocimientos. Esto puede suponer que el proceso del duelo se ralentice o cronifique, que aumente la sensación de rechazo social, y que el acompañamiento social haya sido sustituido por la atención sanitaria. Suplir esta necesidad de apoyo social no puede restringirse a una visita en un centro de salud. El duelo por suicidio es lo suficientemente complejo para justificar intervenciones desde distintos ámbitos (Morell García, 2020). El suicidio ocurre dentro de las comunidades, ellas pueden beneficiarse de la ayuda de profesionales y personas entrenadas para guiarles en el proceso de consideración de creencias y readaptación. Este enfoque fomenta la integración de los supervivientes en redes comunitarias y su reconexión con el entorno social.

El abordaje de la conducta suicida debe comprenderse con perspectiva de género, lo que fomentará el Objetivo de Desarrollo 5 (meta 5.1) de igualdad de género, con el fin de erradicar todas las formas de discriminación de las mujeres y niñas del mundo (Ministerio de Sanidad, 2025). Debe abordarse diferencialmente en cada etapa de la vida. Las mujeres mueren por suicidio en proporción de casi 1/3, con respecto a los hombres, pero lo intentan el triple de veces que los varones, lo que denota el mayor número de mujeres angustiadas por multicausalidad. En los hombres adultos, aspectos como el aislamiento social y estereotipos de masculinidad dificultan la expresión emocional y la solicitud de ayuda, lo que incrementa

su vulnerabilidad. Los factores de mayor socialización femenina respecto a los cuidados, la mejor expresión emocional a través del cuerpo y unas condiciones de vida más precarias contribuyen a que las mujeres sean más receptivas a la participación en intervenciones individuales y comunitarias (Ministerio de Sanidad, 2025).

2.5. Modelos de intervención exitosos en GAM

Son muy reconocidos, incluso por medio de la cinematografía, los GAM de Alcohólicos Anónimos. Un grupo de personas acuden a un recinto para hablar de su interés desmesurado por el alcohol, se expresan y reciben algún artefacto simbólico para celebrar el tiempo que ha pasado desde la última vez que tomaron alcohol. Mediante el GAM, las asociaciones de alcohólicos crean espacios para tratar de cambiar la consideración, que en el ámbito social y profesional se tiene del alcoholismo, prestan herramientas para reducir el problema.

En España hay testimonios escritos en libros sobre la experiencia que supuso perder a un ser querido y poder recurrir a este tipo de recursos (GAM) para recomponerse.

- Carmen Sánchez Alegre narra su experiencia y sentimientos tras el suicidio de su hermano, en el libro “¿Hablamos del suicidio?: Sobrevivir a la muerte de un ser querido³” Carmen comprendió que el suicidio de un familiar nunca se supera, aunque se pueda llegar a encontrarle sentido y aceptarlo. Ella encontró herramientas en el amor propio, la psicoterapia y su propio trabajo personal para aprender a seguir adelante.
- Alberto Gómez García narra su experiencia en el libro “Contra el silencio: Un viaje por las etapas del duelo después del suicidio⁴” Alberto participó en uno de los GAM más veteranos. En la página 19 de su libro habla del GAM:

Un grupo te ayuda a poder hablar del tema en otros espacios más complicados, menos seguros. Para mí, fue socializar mi experiencia, contar a todo un grupo la experiencia de la muerte de mi padre, comprender que tu caso no es único. Me impactó entender y ser entendido». Lo que también hizo R. por vez primera fue escuchar a otros

³ Para más información sobre libro de Carmen Sánchez Alegre se puede consultar el lugar de compra https://www.amazon.es/%C2%BFHablamos-del-suicidio-Sobrevivir-querido-ebook/dp/B0C4HMC3RG?ref=ast_author_mpb

⁴ Para más información sobre libro de Alberto Gómez se puede consultar el lugar de compra https://libros.com/comprar/contra-el-silencio/?utm_campaign=lanzamiento&utm_content=contra-el-silencio&utm_source=instagram&utm_medium=autor

familiares con diferentes roles. Padres. Madres. Hermanos. Vacíos todos: «Hasta entonces, yo había visto el suicidio solo desde mi punto de vista, desde el punto de vista de un hijo que había perdido a su padre. Por eso me gustó mucho, por ejemplo, conocer a personas que habían perdido a su pareja, porque me ayudó a empatizar con el punto de vista de mi madre. Con ella nunca hablábamos del tema, así que pude ponerme en sus zapatos».

Son silencios. Lágrimas. Temblores. Y voces que dudan, al verse rozadas por tanta ausencia. Pero voces que, al final, siempre suspiran con un mañana mejor. Con un final un poco más feliz. Con un corazón que no sufra tanto al acordarnos de todo lo bonito que vivimos con ellos. Con un recuerdo que nos arranque, por fin, una sonrisa. Ojalá. Al acabar cada encuentro, cuando llega ese momento que todos queremos evitar de tan reconfortados que nos sentimos, nos abrazamos un instante. Es como si parte del día a día fuera un páramo azotado por un inmenso frío o por una lluvia pesada y constante, y, de repente, al cruzar la puerta, nada más vernos, el frío o la lluvia desapareciesen. Como lograr un rato de silencio tras demasiado tiempo de ruido. Un alivio merecido. Como si a través de esos abrazos circularan, de repente, los mejores recuerdos vividos con los que nos dejaron. Como esas escenas bucólicas rodadas en un campo donde una brisa suave mece las hojas. Sin que pueda colarse ninguna lágrima de los miles que hemos derramado. Un terreno casi impenetrable para la tristeza, para la melancolía. Echándolos de menos, claro. Pero sin que, por un momento, nos duela tanto (Gómez García, 2024, p.19).

3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

3. 1. Grupos de Ayuda Mutua (GAM): Definición y beneficios

La autoayuda y la ayuda mutua son, en esencia, tan antiguos como los seres humanos (Villalba Quesada, 1996). Los GAM son espacios de apoyo autogestionados, donde personas con experiencias similares comparten vivencias, fomentan la resiliencia, aprenden y desarrollan estrategias colectivas para enfrentar sus desafíos. Estos grupos surgieron para intervenir en situaciones marginales: enfermedades, adicciones, crisis vitales y otras dificultades sociales. Su proliferación se debe a que ofrecen una alternativa más humanizada a la atención recibida en los servicios sanitarios y sociales tradicionales.

Un grupo de apoyo está constituido por personas que han experimentado una misma pérdida (física, psíquica o social), y que se reúnen de forma regular y formal, sin “hacer ver” que están bien. Para muchos asistentes, el grupo es el único espacio para poder expresar vivencias y sentimientos difíciles como el enfado o la culpa. Juntos normalizan su experiencia, encuentran

formas de afrontar la pérdida, y descubren esperanzas para recuperar el sentido y control de su propia vida. Los participantes construyen amistad, vínculos y sentido de cohesión que les hace sentir validación y mejora de su autoestima (Payás Puigarnau, 2007).

Alfred H. Katz & Eugene I. Bender⁵, en 1976 proporcionan una definición de los grupos de autoayuda o ayuda mutua, que ha sido adoptada incluso por la Organización Mundial de la Salud. Según estos autores "Los grupos de autoayuda son estructuras grupales pequeñas y voluntarias de ayuda mutua para alcanzar objetivos específicos. Suelen estar formados por iguales (*peers*), que se reúnen para la asistencia mutua con el fin de superar un obstáculo o problema común, mediante la terapia de apoyo o conseguir cambios sociales o personales deseados, mediante el activismo social (Villalba Quesada, 1996).

Los GAM tienen un mayor recorrido en el ámbito de la intervención de personas con adicciones (drogas, alcoholismo) y afectados por trastornos mentales. En el ámbito de la posvención se concibe como un espacio fundamental en el proceso tanto de recuperación como de prevención del suicidio (WHO, 2020). La OMS los define como:

“Grupos de personas que están directa y personalmente afectadas por un problema, condición o interés específico. Son dirigidos por sus miembros, lo que significa que son aquellos directamente afectados por el problema los que controlan las actividades y las prioridades de su grupo. Mientras muchos de los grupos de apoyo mutuo obtienen recursos y asistencia externos al grupo, por ejemplo, de profesionales u otros grupos, los miembros son quienes toman las decisiones”. (WHO, 2020, p. 6)

3.2. El apoyo social en sistemas formales Ventajas de los sistemas informales

La sociedad legitima los sistemas formales. En la actualidad, no nos hemos liberado del fuerte sesgo de vincular la conducta suicida con las instituciones sanitarias, en España y en Castilla y León los fondos se administran desde los departamentos sanitarios. En ellos, debido a la gran afluencia de usuarios, la burocratización, la escasez de recursos materiales y humanos; un

⁵ El libro “The Strength In Us” de Alfred H. Katz & Eugene I. Bender profundiza en el impacto de los GAM, al explorar el poder transformador del apoyo comunitario. Se puede acceder aquí: <https://read-me.org/toch-catalogue/2024/3/28/the-strength-in-us-self-help-groups-in-the-modern-world>

buen número de profesionales se sienten quemados, lo que les hace sentir desmotivación, distanciamiento y actitud derrotista. Ese distanciamiento se puede percibir como una falta de preocupación por las necesidades de los usuarios, algo incompatible con la percepción de apoyo social. Un rol experto de estas características puede ser más obstáculo que facilitador.

Los sistemas formales califican el apoyo informal como alternativa poco sólida, ineficaz o voluntariosa, puesto que en el grupo social sanitario, persisten las limitaciones que estigmatizan el suicidio. Esta profesionalización puede desplazar la sabiduría comunitaria y la confianza en uno mismo, hace que las personas se sientan desconectadas y menos seguras de sus propias habilidades de afrontamiento. Además la ayuda mutua no está estudiada y protocolizada como lo están la mayoría de las ciencias.

Ventajas de los sistemas informales Son más flexibles. Proporcionan apoyo emocional y testimonios para la adaptación personal y familiar; frente a la ayuda formal, dirigida a satisfacer unas necesidades más precisas. Son más accesibles y no tienen la artificialidad de los sistemas formales. Pedir ayuda a amistades, familiares o iguales se entiende como un proceso más normal. Minimizan los costes económicos y psicológicos.

3.3. Características que debe tener un GAM

Tiene una orientación cooperativa. Un enfoque no elitista ni burocrático. Pone énfasis en la experiencia, no en las dimensiones teóricas ni técnicas. Se centra en la actitud hacia el día a día y la resolución de problemas a corto plazo. El liderazgo es compartido. No hay profesionales y si los hay, son facilitadores. Tiene postura crítica hacia el profesionalismo. El prestar ayuda, ya conlleva un efecto terapéutico. El apoyo mutuo es un derecho, nunca un servicio de compra-venta. En el grupo se muestran distintas fases de los reunidos y empodera sobre la posibilidad de cambio. Pone énfasis en las personas usuarias. Principio de auto-ayuda. El GAM es espacio de empoderamiento (Asociación Mejorana Elkartea, s. f.).

3.4. Estudios relevantes en este campo. Ejemplos de autores españoles

En España, la investigación y la práctica relacionada con los grupos de ayuda mutua para supervivientes por suicidio ha avanzado significativamente, aunque se encuentra dispersa. Muchos de estos recursos no están disponibles en formatos académicos tradicionales debido a la naturaleza práctica y comunitaria de este trabajo. Sin embargo, son fuentes fundamentales para la comprensión y la implementación de grupos de ayuda mutua para supervivientes por suicidio dentro del contexto español.

Ejemplos de autores españoles

1. Carles Alastuey. De la asociación Després del Suïcidi. Associació de Supervivents (DSAS)
2. María Jesús de León y Cristina Romero. Ambas son supervivientes y han contribuido a la creación y difusión de Grupos de Ayuda Mutua en Andalucía a través de la asociación Ubuntu y Papageno.
3. Asociación de Profesionales Papageno. Esta asociación colabora en estudios y prácticas relacionadas con la prevención y posvención del suicidio. Actualmente, en mayo de 2025, es la asociación que más GAM tiene y mantiene: En Córdoba, Cádiz, Vigo, dos en Sevilla, uno online y prepara grupo en el Campo de Gibraltar, Santander, Huelva, Málaga y en Alcalá la Real (Jaén). También tiene un GAM para personas en riesgo online.
4. Javier Jiménez Pietropaolo (RedAIPIS-FAeDS) Presidente de RedAIPIS, ha liderado estudios y guías sobre el duelo por suicidio. Ha participado en la creación de material educativo y de apoyo para supervivientes, como la Guía para familiares en duelo por suicidio. RedAIPIS-FAeDS.
5. La serie “Once Vidas de El Mundo⁶”, con publicación mensual desde el 11.11.22, surge para abordar el contexto de las muertes por suicidio y sus consecuencias. Tiene reconocimiento internacional y dedica números de la serie a los supervivientes.

⁶ Para más información sobre la serie “Once Vidas”, consultar su lugar oficial <https://lab.elmundo.es/prevencion-suicidio/index.html>

3.5. Beneficios de participar en un grupo de ayuda mutua

Estos grupos fomentan directamente la salud y reducen el malestar psicológico. Algunos de los beneficios de participar en un GAM: La persona encuentra un espacio en el que puede expresarse libremente y sin ser juzgada. Proporciona apoyo emocional. Se pueden compartir experiencias y ello hace que la persona se pueda distanciar del problema y ser más objetiva para tomar decisiones. Permite que la persona reciba información y conocimientos sobre su situación y la de otras personas que han vivido experiencias similares. Las personas poco a poco adquieren mayor sensación de control y mejoran su capacidad para afrontar nuevas situaciones. Perciben un aumento de su autoestima y del estado de ánimo positivo. Las personas que participan en los GAM suelen referir mejoras en sus relaciones familiares, laborales y sociales (ALCER, 2015).

3.6. Áreas transversales y específicas de intervención y apoyo

La posvención requiere un proceso social transversal en diferentes niveles, por ello es importante la colaboración de las instituciones públicas en la coordinación, divulgación y reparto claro de responsabilidades en el apoyo proactivo a los supervivientes. Como defiende la OMS en este caso, una respuesta comunitaria saludable es aquella en la que todos los sectores son considerados en las etapas posteriores al acontecimiento (OMS et al., 2000). Por ello se identifican áreas específicas transversales para la intervención y el apoyo:

Intervención en trabajo social Desde el trabajo social, se interviene directamente con personas que tienen necesidades, por lo que debemos de tener en cuenta que esas dificultades les pueden tornar en vulnerables. Por ello los profesionales deben tener habilidades sociales para el manejo de las emociones y una sensibilidad que permita al usuario expresarse.

En lo individual Amortiguar el impacto emocional (culpa, vergüenza, ira, tristeza). Acompañar para prevenir los efectos en la salud mental (riesgo de suicidio, depresión, ansiedad, TEPT.). Apoyo para prevenir el aislamiento social y resituar la identidad y los roles familiares. Manejo del sufrimiento y del dolor que suponen los pensamientos rumiativos y retrospectivos

(*flashbacks*). Prevenir el impacto en la salud física (trastornos del sueño, alimentación). Prevenir los síntomas psicosomáticos y fomentar la actividad física y el autocuidado.

A nivel práctico Facilitar el manejo de asuntos legales y financieros post-suicidio y la reorganización de la vida cotidiana. Dar nuevos significados y adaptarse a la ausencia en fechas significativas.

Profesionales de emergencias y rescate Preparación para intervenir en conductas suicidas y para la reparación humana del profesional de emergencias tras las consecuencias de las intervenciones. Es escasa la conciencia sobre el dolor que el profesional tiene que reparar, sobre ese espacio de dolor, de sufrimiento y de pérdida que también conlleva la muerte por suicidio de uno de los pacientes (Martitegui, 2023).

En las instituciones Mediante políticas consensuadas de prevención del suicidio, que tengan financiación, disponibilidad y difusión pública de sus recursos accesibles. Mejora de la formación de todos sus profesionales implicados en el manejo del duelo por suicidio.

En la comunidad Se debe incidir en el estigma asociado al suicidio en la sociedad. Y su impacto en la falta de comprensión y empatía hacia los supervivientes.

En el contexto cultural Difusión de los mitos sobre el suicidio y proponer información sobre rituales de duelo en diferentes culturas.

En la comunicación responsable Es de las principales recomendaciones que difunde la OMS para prevenir el suicidio: ofrecer información responsable en los medios de comunicación. Los medios deben saber calibrar el impacto de estas noticias, si un tipo de redacción lesiona a los allegados, en términos de estigma y sufrimiento psicológico, y si incita a otras personas a realizar idéntica acción. Una persona que se suicida, siempre deja una huella imborrable en los familiares y allegados. El dolor y la culpa marcan al entorno y deprimen la esperanza de la familia y la comunidad. El silencio no cura las heridas, ni ayuda a la prevención del suicidio.

En el ámbito educativo Los alumnos después de las sesiones informativas en el aula se quedan con sentimiento de culpa por tener pensamientos suicidas y recriminan que este sentimiento de culpa es porque nadie habla sobre esto. El suicidio de un miembro de la comunidad escolar (estudiante, personal docente, personal administrativo) hace que el centro educativo se enfrente al duelo del alumnado, de las familias y del personal de la escuela, a la atención de los medios de comunicación y a la necesidad de la comunidad por entender lo que ha sucedido. Es por ello que el centro educativo necesita un protocolo de actuación para ofrecer una respuesta acertada a este tipo de eventos difíciles que le ayude a proteger a todos sus

miembros (Centros de apoyo a la formación e innovación educativa, s. f. Luengo Latorre & Yévenes Retuert 2025).

3.7. Coordinación, estructura y funcionamiento

Equipo coordinador de grupos El equipo que coordine los grupos debe tener una preparación previa como facilitador, que le permita crear y mantener un clima seguro en el GAM. El facilitador puede ser voluntario o profesional, con experiencia en acompañamiento del duelo por suicidio, actúa como un guía inicial, cuyo objetivo es empoderar a los miembros del grupo. Puede existir un coordinador principal que distribuye la palabra y 2 coordinadores auxiliares que dinamizan mediante la escucha activa, la pertinente formulación de preguntas abiertas y siempre, con el respeto y la guarda de la intimidad de las personas asistentes (Fernández Mateos, 2025). Un profesional puede hacer el acompañamiento sin ejercer de terapeuta de forma directa.

Quien coordina un grupo tiene una función específica, diferente a la de otros participantes: realizar el planteamiento del tema, aportar elementos de análisis en función del programa y sus objetivos formativos y tener un cierto grado de entendimiento de los procesos grupales que le permita ir leyendo el grado de ansiedad que le implica al grupo la tarea que enfrenta, para ayudarle a cumplirla (Aguiló Pastrana & Losada Cucco, 2015, p. 14).

El terapeuta facilita las sesiones, ofrece un espacio seguro para compartir y para descargar, donde cada persona tiene su tiempo para poder expresar pensamientos, sentimientos, y pueda ser escuchado y validado por el grupo. Estas sesiones no requieren de preparación previa. El facilitador acompaña a los participantes mediante técnicas de indagación y exploración según el tema presentado, y controla el tiempo para poder garantizar la participación de todos (Payás Puigarnau, 2007).

Grupo autogestionado frente a grupo con apoyo profesional En cuanto al formato de si debe estar o no un profesional que gestione el grupo de ayuda, tratándose de grupos de ayuda al duelo por suicidio, hay mayor carga problemática en el manejo del grupo, emociones intensas,

historias de vida previa conflictivas, factores de personalidad que pueden complejizar el proceso de duelo. En estos casos es importante que haya un profesional de la salud mental. No es imprescindible pero muy recomendable (Rodríguez Laguna, comunicación personal, 2024).

Un psicólogo hace un acompañamiento profesional sin ejercer de terapeuta de forma directa. El apoyo no se limita a estos espacios sino que se ofrece cuando un integrante del grupo lo requiera. Los GAM tienen un carácter de apoyo emocional, asesoramiento y facilitador de los procesos de duelo, pero cuando hay conflictos en los procesos (y suele ser muy habitual en los duelos por suicidio), es importante que además haya apoyo terapéutico individualizado. Hay personas que demandan mucho contacto individual, para apoyo emocional, asesoramiento, etc., otras apenas, es una labor que implica muchas horas. Surgen en el día a día situaciones que no se recogen en los documentos y es lógico, cada grupo tiene una identidad propia, y se forma con personas diferentes (Rodríguez Laguna, comunicación personal, 2024).

La persona facilitadora debería también mantener un contacto individualizado. Si tiene una identidad de persona equilibrada, formada en materia de dicha facilitación, empática, etc., también recurrirán a ella, aunque no sea psicóloga o psiquiatra (Rodríguez Laguna, comunicación personal, 2024).

Cualidades y habilidades generales de la persona facilitadora

- Capacidad y voluntad para asumir la responsabilidad de liderazgo.
- Conocer las conductas grupales y las estrategias de liderazgo.
- Proporcionar información precisa sin dar consejos.
- Saber escuchar, sin juzgar ni criticar.
- Estimular la participación de todos los integrantes.
- Tener abertura y flexibilidad frente a las diferentes posturas.
- Dejar que todos hablen por turnos y evitar las pláticas de lado.
- Asegurar que las normas acordadas sean respetadas.
- Mantenerse actualizado acerca de los últimos avances de la investigación y tener conocimiento de los recursos de la comunidad.

- Atender las inquietudes individuales de cada participante y las interacciones del grupo.
- Identificar a las personas que puedan requerir más apoyo y asistencia de la que el grupo es capaz de ofrecer y derivarlos a terapia psicológica profesional.
- Capacidad para organizar tareas y tiempos.
- Que tenga facilidad de palabra y tono de voz claro y audible.
- Honesto, abierto, empático, franco, específico, cálido, humano, natural, flexible y espontáneo.
- Estar preparado para enfrentar sentimientos hostiles.
- Con excelente sentido del humor y saber reír con el otro (no reírse del otro).
- Saber relajarse para ayudar a que los otros se relajen.

(Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental-En Primera Persona, 2014) pág. 91.

Existe una publicación que recomienda un “Modelo nacional de normas para la certificación de apoyo entre pares” (SAMHSA, 2023).

3.8. Estructura de apoyo social grupal

Mantendremos reuniones periódicas, mejor quincenales que mensuales. Formamos grupos de 10 a 20 personas, para facilitar la participación de todos, cuando el grupo va a llegar a las 20 personas, hacemos un nuevo grupo porque ya es muy numeroso. Hacemos un recordatorio del grupo en el mismo día (Fernández Mateos, 2025). Las dinámicas de grupo están basadas en la escucha activa, la expresión emocional y el apoyo mutuo. Se pueden incluir otras actividades terapéuticas, por medio del cine, la escritura, las artes o la relajación.

El GAM permite “expresar emociones, enfrentarse a sentimientos y reconocer necesidades, según el momento del duelo en que se encuentren. Todo ello en un ambiente de seguridad, respeto, cercanía, confianza y sobre todo, del amor inmenso hacia sus seres queridos” (López Vega, 2024). Un buen programa de apoyo basado en la ayuda mutua, debe incluir la posibilidad de identificar y derivar duelos de riesgo y duelos complicados a grupos más estructurados y que estén dirigidos por un profesional con formación experta en duelo (Payás Puigarnau, 2007).

La observación de cambios positivos en algún miembro del grupo es un signo de esperanza para el resto que puede anticipar mejoras en su propio proceso. En el grupo se intercambia información sobre estrategias de ayuda, recursos, aspectos prácticos como el acompañamiento de los hijos o de las parejas, ideas sobre cómo afrontar momentos difíciles como son las navidades, vacaciones, aniversarios o cumpleaños, ideas de actividades para socializar, como responder a situaciones complejas familiares y preocupaciones o dudas en la toma de decisiones de vida sobre cambios necesarios (Payás Puigarnau, 2007).

Funcionamiento de un posible grupo de ayuda mutua Iniciar un grupo de apoyo necesita gran cantidad de tiempo y energía. La persona que proponga iniciar el grupo necesita preguntarse y hacer unos preparativos previos para poner en claro si ya existe alguna agrupación similar. Involucra ciertos costos (sede para reuniones, bebidas para compartir, correo, honorarios profesionales, etc.) y tener una estrategia previa para operar con el grupo.

- Pregúntese: ¿Qué clase de grupos de apoyo de dolientes existen ya en su comunidad local? Puede revisar probables fuentes de información al leer los recursos y periódicos locales. Pregúnteles: ¿Qué aprendieron los líderes de esos grupos sobre qué funciona y qué no?
- Pregúntese: ¿Quién será líder o facilitador del grupo? Si usted ha sido doliente ¿será el líder facilitador o buscará ayuda profesional para apoyar y conducir las reuniones? Puede que un sobreviviente de suicidio quiera aunar fuerzas con un profesional para iniciar un grupo. En las etapas tempranas del dolor, la energía de las personas puede necesitarse solamente para sobrevivir el día a día. Los que están más resueltos en su proceso doloroso, por el paso de meses o años, pueden tener mayor fortaleza y podrán lograr algún progreso en reconfigurar sus significados en la vida, y probablemente hayan “integrado” la pérdida de su ser querido o amigo lo suficiente para ser capaces de ayudar a otros.
- Al inicio del grupo, un profesional dedicado a ayudar puede colaborar en la organización del grupo.
- Si usted es un doliente y tiene la intención de ser el facilitador del grupo, ¿cuenta con el apoyo de los miembros de su familia? Puede que si admiten su necesidad lo apoyen.

- Pregúntese: ¿Siente el compromiso de ayudar a otros en la misma situación? ¿Siente el compromiso de sostener un grupo por un periodo de tiempo? Existe responsabilidad en la formación de un grupo, una vez iniciado necesitará ser sostenido.
- Pregúntese: ¿Tiene usted experiencia? –No deberá dudar en hablar con profesionales de su comunidad sobre la forma de trabajar habilidades o asistencia adicional.

Identificar la necesidad El primer paso es averiguar si existen otros grupos en la comunidad y que deseen unirse para formar un solo grupo. Para contactar con personas con similares necesidades y planear una reunión inicial, es necesario ubicar y tomar contacto con ellas a través de otros grupos estratégicos. Se puede empezar por preparar una comunicación que proporcione los detalles básicos del grupo.

Comunicar el inicio del grupo, necesitará incluir Cuando queremos hacer un grupo de estas características, lo primero que podemos hacer es convocar un acto de puertas abiertas para explicar nuestra iniciativa a la población comunitaria. Puede incluir una dinámica o narrativa testimonial que ayude a introducir el tema, la proyección de alguna pieza audiovisual que tenga que ver o alguna representación cultural para sensibilizar y para introducir la información. También se puede difundir una comunicación entre profesionales involucrados que reciban a los familiares de quienes se suicidaron y les puedan derivar: centro de atención primaria, centro de salud mental, unidad de prevención del suicidio del centro de intervención comunitaria, trabajadoras sociales; ellos son un camino, porque tienen en mente a las personas a las que podría venir bien un recurso como este, y también lo pueden proponer de forma personal e individual. La primera sesión se mantiene, con la asistencia que sea, después se suele producir el efecto boca a boca, que es como mejor funcionan este tipo de grupos.

El apoyo social puede influir positivamente sobre la salud y el bienestar cuando contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto (Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, 1995). Hay diferentes definiciones de niveles de apoyo social, el rango escala desde la integración social, a las relaciones de calidad, a la percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros y a la referencia a despliegue efectivo y concreto de tal apoyo:

- "El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros".
- "La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".
- "Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia".
- "El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".
- "La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas".

El apoyo social denominado "apoyo emocional". Comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Si las personas consideran que se les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar como apoyo emocional (Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, 1995).

El grupo tiene una función educativa las personas aprenden que el duelo requiere tiempo, que es un proceso dinámico, que se desenreda en el tiempo de forma característica, que hay unas etapas y tareas, y que deben tener una actitud activa y de compromiso. No son responsables de lo sucedido pero si del proceso de recuperación (Payás Puigarnau, 2007). En el grupo se habla de comentarios recibidos fuera de lugar y se aprende a responderlos. Se aprende a reconocer qué detalles se proporcionan a los medios de comunicación y qué detalles está recomendado no informarles por prevención. Con el tiempo se aprende a ayudar la experiencia de otros dolientes. Se contribuye a una mayor comprensión hacia las personas afectadas y promueven la sensibilización y la empatía en la comunidad. **Asesoría jurídica** La posibilidad de que estos grupos estén disponibles de forma accesible, permite informar al pariente sobreviviente en su situación problemática de las disposiciones prácticas iniciales, los trámites administrativos, el proceso de duelo tras el suicidio y la asistencia adecuada (Werkgroep Verder, s. f.). **Acción social con las autoridades** Pueden aprender a dar visibilidad a las necesidades y derechos de los supervivientes del suicidio. Colaborar con organizaciones y autoridades para mejorar la atención y el acompañamiento y participar en la elaboración de políticas y programas de prevención del suicidio.

Diseño de las sesiones Se puede diseñar una sesión con un tema libre o programado. Los temas libres facilitan la expresión de las personas que menos conocemos y los programados, van tocando temas clave para desestigmatizar el duelo por suicidio e ir adquiriendo conocimientos y herramientas para tratar el duelo por suicidio.

Cuando sea posible, es conveniente separar a las personas que están en fases iniciales de quienes están en unas fases más avanzadas, una persona en fase de negación no puede comprender bien a quien habla sobre las decisiones que está tomando para seguir con su vida (Payás Puigarnau, 2007).

Un GAM suele tener como objetivos, además de los encuentros terapéuticos, la elaboración de una guía que identifique: 1) redes locales de apoyo; 2) expertos con los que colaborar; 3) estrategias pedagógicas; y 4) bibliografía de apoyo (Castillo Patton, 2023).

4. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creído que el suicidio y las medidas para prevenirlo, son de tal importancia que firmó un informe seminal (World Health Organization, 2014) realizado por expertos al que tituló: “Prevención del suicidio, un imperativo global”. El informe recomienda la creación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en cada país, para adaptar la prevención del suicidio a cada idiosincrasia cultural. Además de este informe, la OMS ha publicado posteriores trabajos con más recomendaciones para la prevención del suicidio. En los últimos años se están identificando problemas que están sobrepasando la fortaleza de las personas y se trabaja desde las instituciones internacionales en su manejo e intervención. Debido a diferentes crisis y al episodio global de la COVID-19, la salud mental y el suicidio se mantienen como prioridades dentro de la OMS.

Desde esta Organización Mundial, se busca incidir en la mejora de las intervenciones desde la interdisciplinariedad, ejemplos de ello son: la iniciativa de la OMS para proveer la prevención del suicidio de “Herramientas para la Participación Comunitaria”⁷(OMS, 2018); la “Iniciativa

⁷ Preventing suicide: a community engagement toolkit <https://iris.who.int/handle/10665/272860?locale-attribute=es&>

Ciencias del comportamiento para mejorar la salud (A75/25)⁸” (OMS, 2022), sobre las que, la OMS alienta a formarse en ellas y a colaborar entre instituciones para hacer realidad la conquista de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Las ciencias del comportamiento explican con métodos empíricos, la forma en que las personas realmente se comportan, toman decisiones, responden a programas, políticas e incentivos, permiten diagnosticar obstáculos, comprender factores, contribuir a conseguir objetivos y crear intervenciones de mayor repercusión (ONU, 2022). En noviembre de 2023, la OMS crea la “Comisión de la OMS sobre Conexión Social⁹” (OMS, 2023) que nace con el propósito de posicionar el aislamiento social y la soledad como prioridades de salud pública en el contexto mundial, al reconocer su impacto significativo en la salud mental y física de las personas. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para supervivientes de suicidio se presentan como una respuesta directa a esta iniciativa y ofrecen un espacio de conexión y apoyo mutuo para quienes atraviesan este duelo complejo.

En paralelo a las recomendaciones internacionales, la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)¹⁰” desde su página 81 hace alusión al objetivo de su línea estratégica 3: “3.2 Objetivo general. Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida”, a continuación reproduzco dos de los seis objetivos específicos: “3.2.3. Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio” y “3.2.4. Establecer asesoramiento y apoyo a los y las profesionales que han sufrido un suicidio en su ámbito de trabajo” (Ministerio de Sanidad, 2022). Y cuatro de las siete recomendaciones, donde se incluyen: I. El fomento de la cooperación con otros sectores para la consecución de estos objetivos, en línea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 de la Agenda 2030; III. Promover la formación y capacitación de todos los profesionales implicados; V. Facilitar la labor informativa de calidad que evite el alarmismo, estigma, prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas. Esta recomendación de periodismo responsable es una acción determinante para la prevención, que también está señalada por

⁸ Iniciativa Ciencias del comportamiento para mejorar la salud https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_25-sp.pdf

⁹ Información para prensa del inicio de la Comisión <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>

¹⁰ Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

la OMS en el documento *VIVE LIFE* ¹¹(OMS, 2021); y VI. Desarrollar líneas de trabajo encaminadas a la prevención del suicidio entre estamentos sanitarios y otras instituciones y sectores al objeto de promover una red de colaboración intersectorial en esta materia que alcance múltiples ámbitos (Ministerio de Sanidad, 2022).

En la siguiente línea estratégica, la 4, que menciona este mismo documento: recomienda la “Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario” donde, como objetivos se busca “recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental” y que dispongan de “servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario” (Ministerio de Sanidad, 2022).

El proyecto responde a las carencias de ámbito estatal manifestadas en los antecedentes, materializadas desde diferentes iniciativas y documentos, como el Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 (Ministerio de Sanidad, 2025) y particularmente en el ámbito local de Castilla y León, donde se determinó cubrir esta necesidad (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2022).

5. JUSTIFICACIÓN

Se han obtenido evidencias de que la muerte por suicidio aumenta la probabilidad de conducta suicida en las personas cercanas. El impacto emocional de un intento de suicidio o muerte por suicidio, lo sienten especialmente los afectados directos, las personas vulnerables con factores de riesgo de suicidio, las personas que conocían a la víctima y los servicios de emergencia intervinientes, por lo que, un componente fundamental de la posvención del suicidio es prevenir la probabilidad de que se produzcan más suicidios. En el contexto de tan solo 6 familiares, que dejase la persona que se suicida, contando que cada año se suicidan en España una media de 3500 a 4 mil personas, tendríamos unas 24 mil personas afectadas anualmente en nuestro país.

¹¹ Para saber más sobre VIVE LIFE se puede consultar en página oficial <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>

Los componentes que dan lugar a la conducta suicida son múltiples, se interrelacionan, son de tipo biopsicosocial, abarcan el contexto individual, interpersonal, comunitario, social y cambian a lo largo del tiempo. Esta complejidad exige una atención interdisciplinar, desde un enfoque largo en el tiempo, integral, constante, flexible, que incorpore intervenciones coherentes y coordinadas con otros departamentos; en contextos educativos, sociales, sanitarios, con servicios de emergencias y seguridad, medios de comunicación y asociaciones. Dirigidos a afectados, a quienes forman parte del entorno familiar y social y a los supervivientes. (Pérez Trenado & Profesionales de servicios sociales Ayuntamiento Logroño, 2023)

Los supervivientes de suicidio experimentan un duelo particularmente complejo, caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y estigma social. Una enfermera especializada en salud mental lo diferencia del duelo por otra causa y puntualiza “el gran impacto emocional, el estigma, los sentimientos de vergüenza y culpa, la incomprensión del hecho y los pensamientos rumiativos centrados en buscar una explicación, hacen que la evolución del duelo no siga las fases de un duelo normal” (Marco Ramo, 2024).

La fundamentación del proyecto, se basa en que el suicidio es un problema de salud pública que impacta profundamente en las familias y las comunidades, de forma diferente a un duelo por otras causas. La estigmatización del suicidio y la falta de apoyo emocional que conlleva su duelo, pueden llevar a complicaciones emocionales adicionales para los supervivientes, por lo que se debería proporcionar de forma proactiva a los supervivientes este tipo de recursos, aunque al principio incluso puedan rechazarlo. Diversos estudios (Salom et al., 2025) y testimonios indican que los GAM pueden ser una herramienta efectiva para promover la salud mental y brindar apoyo psicosocial.

Esta propuesta se sustenta en la premisa de que las personas tienen una capacidad innata para el crecimiento cuando cuentan con un entorno empático y de apoyo. Se trata de reinterpretar la experiencia, darle un sentido que ayude a crecer y no solo de sobrellevar el dolor (Salom et al., 2025).

6. OBJETIVOS Y METAS

El objetivo general es reducir el estigma asociado al suicidio y promover una cultura de apoyo. Mediante la creación de herramientas y técnicas para afrontar el duelo por suicidio, para facilitar la resiliencia y la recuperación de los supervivientes a través de la interacción entre pares.

Los objetivos específicos para los GAM. La posvención implica una estrategia de intervención en crisis diseñada para ayudar en el proceso de duelo tras la pérdida. Esta estrategia se encamina a:

1. Reconocer y respetar las diversas formas en las que se experimenta y procesa el dolor ante la pérdida.
2. Reducir el riesgo de contagio social del suicidio, prevenir nuevos casos de suicidio.
3. Promover la difusión de información objetiva tras el suicidio de un miembro de la comunidad.

Metas que deberían alcanzarse con el proyecto. Creación inicial de 2-3 grupos de 8-12 participantes cada uno, con reuniones quincenales de 2 horas de duración. Evaluar la satisfacción de los participantes y la efectividad del programa mediante encuestas, alcanzando un 75% de satisfacción positiva.

7. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE NECESIDADES

La “Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio Papageno ¹²”, en adelante mencionada como Papageno, ha impartido “Formación básica para facilitadores/as de grupos de ayuda mutua” (Papageno, 2021a) (Papageno, 2021b) y ha creado y mantenido, al menos 8 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para supervivientes por suicidio hasta 2025. Papageno, muestra ser una asociación referente para crear y sostener GAM. Se muestra un

¹² Papageno es un punto de encuentro de todas las personas y profesionales interesados en la prevención del suicidio y creada en 2019. Su web es <https://papageno.es/>

diagnóstico basado en la participación en la asociación, la coordinación con evidencias, profesionales, asociaciones y afectados.

Entre los variados problemas que pueden impedir que las personas compartan el duelo se encuentran la negación de que la muerte haya sido por suicidio, la negación de los sentimientos de dolor, la pena o la ira, el aislamiento social de los conocidos y clásicas fuentes de apoyo, el exceso de trabajo, las conductas adictivas, la culpabilización a la familia o a los profesionales de la salud.

Las personas en duelo, pueden tener conflictos personales de tipo antagonista entre actividad y pasividad, placer y dolor, amor y odio, desaliento y autonomía. También puede afectar el duelo al entorno familiar y causar problemas que obstaculicen vivir el duelo en el entorno familiar, algunos ejemplos son las estrategias de afrontamiento destructivas; ocultar el dolor; negar las emociones y sentimientos que la muerte ha generado; evitar darle un lugar a la muerte en la conciencia; ocultar el suicidio, como método de fallecimiento; evadir el contacto y el entorno de la persona que ha fallecido por suicidio; trabajar y mantenerse extremadamente ocupado, como medio para enfrentar la pérdida; desplegar conductas adictivas, como la dependencia alimentaria, el alcoholismo o el consumo de drogas o culpar a los miembros de la familia por la muerte.

7.1. Testimonio de los afectados y necesidades

Testimonios recogidos por asociaciones como Papageno y Ubuntu¹³ subrayan la importancia de los GAM como espacios de refugio, comprensión y transformación. Donde poder experimentar comprensión y acompañamiento a un dolor que suele ser incomprendido socialmente y poder compartir con otros emociones difíciles como la culpa, la vergüenza y la rabia, sin la ansiedad que produce el miedo a ser juzgado. En los espacios GAM facilitados se puede abandonar el aislamiento y construir vínculos significativos con las otras personas que están en duelo. A través de la experiencia de todo el GAM se aprende a afrontar las situaciones y momentos difíciles y se puede percibir un camino hacia la recuperación que ya han transitado algunos de ellos. Como expresa Charo, secretaria de Ubuntu “el respeto, la amistad

¹³ Ubuntu es una asociación de supervivientes por la pérdida de un ser querido por suicidio, que está estrechamente relacionada con Papageno.

y el amor son los pilares de esta nueva familia” y añade otro miembro del GAM: “No nos damos cuenta, al menos yo, hasta dónde hemos llegado y todo el camino que nos queda por recorrer. Gracias”(Papageno, s. f.).

Los supervivientes de suicidio tienen sentimientos más frecuentes de responsabilidad por la muerte, rechazo y abandono que quienes han perdido a un ser querido por causas naturales. Los sentimientos de estigmatización, vergüenza y bochorno los distinguen de quienes lloran una muerte no suicida. Los supervivientes presentan unas necesidades singulares que los GAM están especialmente diseñados para abordar:

Manejo de emociones complejas e incluso opuestas El duelo por suicidio se caracteriza por un conjunto de emociones intensas que incluyen confusión, culpa, vergüenza, rabia. Resultan difíciles de expresar en entornos convencionales, por el largo estigma social asociado al suicidio y la lógica dificultad de respuesta del receptor. Esta dificultad para transmitir el sentir individual tras una pérdida inesperada y violenta, provoca en el superviviente dificultades de comunicación y aislamiento social, ante el temor de ser incomprendidos o juzgado.

Respuestas a preguntas persistentes La dificultad para responder a la pregunta sobre el porqué ocurren los suicidios, ha dado lugar a los mitos y los silencios en torno al mismo. En nuestros días, donde nuestra sociedad ha evolucionado y se conjuga como sociedad de la información, por la abundancia y facilidad del acceso a ella, todavía no hay espacios seguros y accesibles donde poder hablar del suicidio, por la tradición cultural de estigmatización que le rodea.

Señales de alarma en los supervivientes Las personas que han perdido a un ser querido por suicidio pueden experimentar ideación suicida ellas mismas. Es importante prestar atención a señales como cambios en el comportamiento, retraimiento social, apatía, abuso de sustancias o comentarios sobre querer “estar con el fallecido”.

Persistencia cultural del estigma Las experiencias pasadas, desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta, tienen un gran impacto en la capacidad de las personas para afrontar la pérdida en el presente. Existen más tabúes asociados al tema del suicidio que a cualquier otra forma de muerte. Para evitar el estigma se debe hacer una educación para la salud y abordar los mitos y realidades en torno al suicidio.

7.2. Mitos y realidades

Los mitos sobre el suicidio son invenciones sociales que fomentan el estigma en torno al suicidio y empezamos a fluctuar y creer en ellos cuando no tenemos respuestas. Comprender y conocer los mitos relacionados con el suicidio ayuda al superviviente a transitar hacia la recuperación y hará que la experiencia sea menos desconcertante y aterradora.

Mito	Realidad
Hablar sobre el suicidio puede incitar a alguien a hacerlo	Hablar sobre el suicidio no fomenta que alguien lo intente. Puede permitir que la persona se sienta comprendida, apoyada, disminuya su presión emocional y origine la búsqueda de recursos de ayuda.
Solo las personas con trastornos mentales se suicidan	Aunque la ideación suicida puede originar un contexto personal complicado, el suicidio afecta también a personas sin antecedentes de trastornos mentales. Factores como el estrés agudo, dificultades económicas, rupturas sentimentales, soledad, aislamiento también pueden dar lugar al suicidio.
Las personas que hablan de suicidio no lo intentarán	Hablar sobre el suicidio es una señal de que la persona está considerando seriamente esta opción. Debe tomarse en serio, como una solicitud de ayuda.
Las personas que intentan suicidarse están buscando atención	Los intentos de suicidio siempre deben ser tomados en serio, pues son signos de dolor emocional y desesperación. Decir que alguien “está buscando atención” minimiza la gravedad de su sufrimiento y puede impedir que reciba la ayuda que necesita.
El suicidio ocurre sin advertencias previas	Muchas personas que se suicidan muestran señales de advertencia. Pueden ser cambios de comportamiento, expresiones de desesperanza o desconexión de actividades y relaciones sociales.
Si alguien ha decidido suicidarse, nada puede detenerlo	El deseo de suicidarse es ambivalente y puede disminuir con el apoyo adecuado. El tratamiento psicológico, psiquiátrico, la reducción de factores de riesgo y el

	aumento de los factores protectores pueden marcar la diferencia.
Una mejora repentina en el estado emocional de una persona suicida significa que el peligro ha pasado	Una persona que ha decidido suicidarse puede parecer más tranquila o aliviada porque ha decidido llevar a cabo el acto. Esta calma puede interpretarse como una mejora, cuando en realidad es un signo de alto riesgo.
El suicidio es impulsivo y no se puede prevenir	El suicidio no es siempre una decisión impulsiva, puede ser el resultado de un proceso de dolor largo y sufrimiento acumulativo. Por eso el apoyo social es un medio preventivo importante para el día a día de todos nosotros.
Solo los adolescentes y jóvenes son propensos a la conducta suicida	Aunque los jóvenes tienen alta tasa de intentos de suicidio, el suicidio afecta a personas de todas las edades. La tasa más alta de suicidio se da en hombres adultos mayores.

7.3. Impacto del suicidio individual y comunitario

Debido al suicidio, la mayoría de los supervivientes se enfrenta a una muerte inesperada y, a menudo, violenta. El suicidio se percibe como una muerte no natural que puede ser terrible. Dado que los suicidios ocurren con frecuencia en el hogar, es posible que el superviviente también haya encontrado a su ser querido. La angustia, el tormento mental, los *flashbacks* (escenas o secuencias retrospectivas) y las visualizaciones, como resultado del método elegido para quitarse la vida, suelen acompañar al doliente durante largos periodos, por ello a menudo se necesita ayuda profesional. El suicidio produce una tragedia semejante a un tsunami en las vidas de los afectados más allegados. Estos supervivientes del suicidio suelen enfrentarse a un profundo dolor, culpa, estigma y aislamiento social. El dolor que acompaña a esta situación a menudo se ve amplificado por la falta de recursos de apoyo adecuados.

La pérdida de un ser querido por suicidio es una experiencia devastadora que afecta no solo a los seres que han perdido al ser querido por suicidio, sino también a la comunidad en su conjunto. Es habitual que el entorno social de quien ha perdido a alguien por suicidio, no tenga recursos para acompañar a la persona que perdió a un ser querido por suicidio. A continuación transcribo la contradictoria respuesta que ha recibido una persona que ha perdido a su ser

querido por suicidio y la intensa emoción que le ha desencadenado, que posteriormente a la publicación ha borrado.

“Tras un suicidio, muchos pasan del "amigo" al "voy a bloquearte porque me incomoda leer cómo te sientes". En la adversidad es cuando se conoce a los verdaderos amigos y este trauma genera mucha soledad. No es fácil (que me lo digan a mí). Esta pandemia necesita más visibilidad”. (Sánchez De Medina, 2024)

La comunidad desempeña un importante apoyo para las personas en duelo. Algunas de las funciones vitales de los amigos pueden ser escuchar y responder con empatía; atender si la persona necesita hablar de su pérdida y servir con amabilidad para el alivio emocional; proporcionar una válvula para la ventilación de los verdaderos sentimientos. Los familiares a menudo ocultan su dolor a otros familiares para protegerlos. Por lo que además pueden facilitar poder ayudar a aclarar preocupaciones relacionadas con otros miembros de la familia; prestar asistencia de manera práctica en los trámites que deben completarse después de una muerte o en el mantenimiento del hogar familiar y sugerir ayuda profesional cuando sea apropiado.

7.4. Elementos clave de efectividad en los GAM

Los GAM cumplen una función cívico-terapéutica, fomentan la conversación abierta sobre el suicidio y el duelo, constituyen un espacio seguro y respetuoso para el doliente, donde el apoyo mutuo y las experiencias compartidas, facilitan la transformación social respecto a la percepción de culpabilidades en el suicidio y proporcionan un respiro al desasosiego.

Estos grupos constituyen una estrategia ineludible en la posvención del suicidio, promueven un proceso de duelo saludable, previenen las complicaciones emocionales en el duelo y previenen la aparición de pensamientos suicidas en los supervivientes. La red de organizaciones dedicadas a este tipo de apoyo en España demuestra la necesidad del reconocimiento creciente de la importancia de estos espacios para los supervivientes.

Buscar ayuda debe ser visto por la persona en duelo como una fortaleza, no como una debilidad, y como un paso vital para la integración de la persona fallecida a la reanudación de una vida plena. Si las personas utilizan una variedad de apoyos, esto les permitirá expresarse. Los GAM no solo previenen complicaciones como el duelo complicado o la aparición de ideación suicida en los supervivientes, sino que también promueven la recuperación psicosocial y la adaptación a largo plazo.

7.5. Asociaciones y trabajo en red

El asociacionismo de supervivientes se reconoce como un motor de cambio social, permite la visibilización del problema y la reivindicación de mejores recursos ante las administraciones. Estas asociaciones trabajan en red, comparten recursos y experiencias, promueven la formación y sensibilización tanto de profesionales como de la sociedad en general. El modelo de Ubuntu, por ejemplo, pone énfasis en la lealtad, el apoyo mutuo y la lucha contra el estigma, integra la voz de los propios supervivientes en la gestión y dirección de los grupos (Papageno, s. f.).

El diagnóstico coordinado muestra que los GAM para supervivientes de suicidio constituyen una respuesta integral y basada en la evidencia, articulada por profesionales formados, asociaciones comprometidas y la participación activa de los propios afectados. Su impacto llega más lejos que la atención individual, contribuyen a la transformación social y a la reducción del estigma en torno al suicidio. La colaboración entre todos los agentes implicados garantiza la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de estos recursos, que son esenciales para la salud mental y la reconstrucción del tejido social tras una pérdida por suicidio (Papageno, s. f. Baños Chaparro, 2022. Plataforma Nacional Suicidio, 2023) .

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Como ya se señaló, la autoayuda y la ayuda mutua son, en esencia, tan antiguas como el ser humano (Villalba Quesada, 1996). Los GAM constituyen una herramienta fundamental, ofrecen un entorno seguro para el apoyo a través de comunicar y acompañar las experiencias

personales, recibir validación emocional, contención emocional y apoyo para el desarrollo de mecanismos para afrontar el dolor a través del intercambio colectivo.

Recomendaciones terapéuticas que se pueden organizar de acuerdo con las categorías reconocidas en torno a las “tecnologías del yo” y que interpelan a una particular cultura terapéutica. Dirigidas hacia la introspección integral, además de la emocional. Dirigidas a encontrar las herramientas y el camino para encontrar cierta plenitud en el bienestar psicológico (Castillo Patton, 2023).

Organización de las (auto) intervenciones terapéuticas para la posvención del suicidio según la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, de 2012.

Técnica 1. Conocimiento de sí. (Auto) intervenciones. “Escriba”, “Comunique lo que necesita”, “No tome decisiones importantes”, “Su dolor no es una enfermedad”, “Solicite ayuda profesional”.

Técnica 2. Cuidado de sí. (Auto) intervenciones. “Cuídese”, “Expresa sus sentimientos”, “Dese tiempo”, “No se sienta culpable”, “No abuse de fármacos o de drogas”.

Técnica 3. Cultivo de sí. (Auto) intervenciones “Resérvese un tiempo cada día”, “Haga un poco de ejercicio”, “Reduzca el estrés”.

Técnica 4. Conocimiento de los otros. (Auto) intervenciones “Comparta su experiencia”, “Respete la elección de su familiar o allegado”, “No busque explicaciones”

(Castillo Patton, 2023).

8.1. Estructura Básica de las Sesiones

Se recomienda dividir cada sesión en tres etapas principales: apertura, desarrollo y cierre.

1. Apertura

-Tras la convocatoria de los dolientes, el mismo día de la reunión y la bienvenida personal.

-Se acuerdan y recuerdan las normas de participación en el GAM, en cuanto a número de personas asistentes a los grupos, frecuencia de reunión de los grupos, confidencialidad y si el grupo será abierto o cerrado a que se incorporen dolientes.

-Se acuerdan estrategias para implementar las sesiones, para la llegada de una situación y para resolver las demandas de los intervinientes. Se definen los roles dentro del grupo y las actividades a desarrollar.

2. Desarrollo

-Escucha activa, validación de emociones. Evitar críticas y consejos.

-Se realiza la función expresiva del apoyo social, que es la posibilidad de hablar de nuestras emociones, frustraciones o preocupaciones y constituye un medio para sentirnos mejor y un fin en sí mismo. Esto contribuye a la reestructuración cognitiva y resignificación de sucesos de las personas participantes. Con un equilibrio que respete tanto el derecho a la privacidad como la promoción de un ambiente participativo.

-Posible seminario: Prevención de las conductas suicidas y autolesivas en personas en duelo por la muerte por suicidio de un ser querido, para concienciar a las personas que viven una situación vulnerable a reconocer, expresar y gestionar las ideas o comportamientos de riesgo para sí mismas (Fundación Diagrama, 2025).

-Posible seminario Estrategias para afrontar altibajos que forman parte del proceso normal de duelo, en especial en las fechas señaladas pueden aparecer conductas regresivas y de riesgo (Fundación Diagrama, 2025).

-Mantener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades emergentes de los participantes y a las posibles situaciones difíciles que se presenten

3. Cierre

-Síntesis de los temas tratados y avances colectivos

-Realizar ejercicio para reducir la activación emocional antes de finalizar

-Información práctica para tener presente en el periodo entre sesiones y recursos de ayuda

-Despedida ritualizada. Mediante herramientas concretas para intervalos entre reuniones: frase colectiva, gestos de conexión, recordatorio de confidencialidad.

8.2. Limitaciones de la metodología

Tanto la metodología como la evidencia de las intervenciones están poco estudiadas y protocolizadas. En el GAM persisten los estigmas, debido al fuerte arraigo cultural que tienen. Más allá de la metodología de las reuniones, existen elementos básicos, complementarios y recomendaciones que contribuyen significativamente al éxito de estos grupos. Dada la intensidad emocional inherente a este tipo de grupos, resulta fundamental que los facilitadores cuenten con estrategias de formación, supervisión, autocuidado y apoyo.

8.3. Bases para los grupos de ayuda mutua¹⁴

Solo somos un grupo de personas comunes que han sufrido situaciones traumáticas en relación al suicidio y se reúnen con otras que transitaron o están transitando situaciones similares con la intención de ayudarse mutuamente desde la escucha. Creemos que la escucha atenta, contenedora y empática es, por sí misma, sanadora, pero de ningún modo puede reemplazar una terapia profesional cuando ésta es necesaria (Fernández Mateos, 2023, 2025).

Los grupos son **libres**, cualquier persona que crea necesitar un espacio así para poder hablar sobre sus experiencias respecto del suicidio o el pensamiento suicida puede inscribirse. **Gratuitos** Para garantizar que todos los que lo necesiten puedan acceder a los grupos de ayuda mutua. Si se solicitan contribuciones para solventar el mantenimiento del GAM siempre deberían ser voluntarias. **No profesionales** Los coordinadores de los grupos de ayuda mutua no son necesariamente profesionales de la salud mental y la participación en ellos no debería confundirse con una terapia de salud mental. **Confidenciales** Los participantes de los grupos de ayuda mutua, deberán aceptar un acuerdo de confidencialidad, que incluye el compromiso de no grabar ni divulgar las cuestiones que se traten en el grupo, ni los datos de los participantes. **Acogedores** Los participantes de los grupos de ayuda mutua se comprometen a practicar las habilidades de acogida y escucha para garantizar que los grupos sean espacios seguros donde todos se sientan respetados y escuchados. **Inclusivos** Intentamos crear un espacio libre de discriminación, por lo que las diversas maneras de pensar y de sentir serán

¹⁴ Basado en recomendaciones de ONG de Argentina <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/grupos-de-ayuda-mutua-sobre-suicidio>

aceptadas e incluidas. Las únicas limitaciones son las expresiones que resulten ofensivas o perturbadoras para otros participantes (Fernández Mateos, 2023, 2025).

“La experiencia de todos estos últimos años nos ha dado una pista muy concreta de cómo mejor funcionan estos espacios compartidos¹⁵” (Asociación Círculo de hombres, 2024). **El formato** Un círculo, como la representación perfecta de que todos estamos (y nos sentimos) a la misma distancia. Entre iguales. Ningún obstáculo nos separa a unos de otros. **Facilitación, no liderazgo.** Cada círculo está asociado a uno o varios facilitadores, que actuarán como meros anfitriones sin dirigir ni condicionar el desarrollo del círculo. **Sin juicios, ni consejos.** es imprescindible aceptar sin condiciones aquellos relatos que escuchemos en los círculos. Sin emitir juicios (que nos hagan pensar desde el ego, que nosotros somos mejores) ni caer en consejos que no conducen a nada (lo que me ha servido a mí, no te tiene por qué servir a ti). **De lo individual a lo colectivo.** En muchas de las sesiones, lo que a nosotros nos puede dar vergüenza, incluso el mero hecho de contarlo, encuentra espacio en otro de los asistentes y se produce el efecto espejo. Lo que nos ha pasado a nosotros también les ha pasado a otros, lo individual, por el simple hecho de compartirlo, se convierte en algo colectivo. **Reuniones quincenales** para que haya el suficiente tiempo entre sesión y sesión que nos permita reflexionar sobre lo allí tratado, y ponerlo en práctica si fuera necesario. Solo nos comprometemos a preservar la absoluta confidencialidad e intimidad de los asuntos tratados (Asociación Círculo de hombres, 2024).

8.4. Recomendaciones para participantes en GAM¹⁶

Entre los principios básicos abundamos en algunos detalles importantes. La palabra "mutua" o "mutuamente" es importante para definir lo que hacemos. No solo buscamos esa ayuda que necesitamos sino que estamos dispuestos, en la medida de nuestras posibilidades, a brindarle esa misma ayuda a otros. **Confidencialidad** Los temas que se tratan en los grupos suelen ser cuestiones íntimas y que en muchos casos podrían generar vergüenza o incluso culpa. Necesitamos el compromiso de todos los participantes. **No interrumpir** La palabra de cada

¹⁵ Basado en las recomendaciones para grupos <https://circulosdehombres.wordpress.com/circulos-de-hombres/>

¹⁶ Basado en las recomendaciones de ONG de Argentina <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/recomendaciones-para-participantes>

participantes nos importa por lo que no deberían ser interrumpidos. Cuando por cuestiones de tiempo, u otra causa, fuera necesario limitar una participación, solo el coordinador podrá hacerlo. Si otro participante quisiera hacer una pregunta sobre lo que se está diciendo podrá anotarla para hacerla luego o levantar la mano y esperar a que el hablante o el coordinador le den la palabra. Cuando un participante ingresa a la sala en medio de una disertación, deberá esperar a que se produzca una pausa incluso para saludar. **Ser breve** Que todos tengan el tiempo suficiente para contar lo que les pasa y lo que sienten al respecto. **No ofender, discriminar ni descalificar. No polemizar** Por ello, no se pondrán en duda los hechos que se cuenten. Es su verdad y eso es lo que importa. **No hacer apología del suicidio** A aquellos que consideran que el suicidio es una opción válida en algunas circunstancias, respetamos sus ideas y les pedimos que no las expresen en nuestro grupo. **Respetar el silencio y la intimidad del otro** Nadie debe sentirse presionado a hablar. Respeto por las formas y el tiempo de expresarse de cada uno. **No asociar el suicidio con el éxito, fracaso, heroicidad, libertad, romanticismo o causas específicas. No amenazar con conductas suicidas o autodestructivas.** El grupo puede servir de contención al escuchar los pensamientos suicidas pero no puede dar respuesta a amenazas. Formular un compromiso con la vida es una de las condiciones que se les pide a los participantes. **Escucha Activa** Pedimos a los participantes de nuestros grupos que se familiaricen y practiquen estas habilidades (Hablemos de Suicidio ONG, s. f.-c).

8.5. Acuerdo de participación en grupos de ayuda mutua ¹⁷

Los participantes de los grupos de ayuda mutua acuerdan las siguientes pautas: **Guardar la confidencialidad** No se comparte fuera del grupo lo que se dice en el grupo, ni los datos personales de los participantes. **No discriminar, ni ofender, ni descalificar:** Respetar las diferencias es esencial para la convivencia en cualquier grupo humano. El límite de la ofensa es el sentimiento del otro. Si el otro se siente ofendido por nuestras palabras, independientemente del sentido que le hayamos querido dar, se hace necesaria una disculpa. **No interrumpir** La palabra de cada participante importa. **Respetar la intimidad** Queremos que todos tengan la oportunidad de contar lo que les pasa o lo que siente, pero nadie está obligado a hablar o a hablar sobre un tema determinado. Cada uno puede decidir qué se guarda para

¹⁷ Basado en recomendaciones de ONG Argentina <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/acuerdo-de-participacion>

sí. **No juzgar ni dar consejos:** Respetamos la libertad de cada participante para pensar, sentir y actuar según su manera de pensar, sentir y actuar. Todos tenemos la palabra y nadie tiene la última palabra. No estamos en el grupo para convencer o imponer razones.

No hacer referencia explícita a métodos y lugares de suicidio Los detalles sobre los métodos que se utilizaron en intentos o suicidios consumados anteriores no agregan nada importante al relato y en cambio pueden resultar perturbadores para participantes vulnerables. **No justificar, exaltar o hacer apología del suicidio** Uno de los valores del grupo es la defensa de la vida. **Compromiso con la vida** "Por el bien de mis compañeros, me voy a comprometer con la vida al menos mientras permanezca en el grupo". Incluye no hacer referencia explícita a intenciones o planes. Los que participamos en grupos de ayuda mutua podemos tener sentimientos o pensamientos intrusivos sobre el suicidio y hablar de ellos, pero lo hacemos con la intención de superarlos.

8.6. Recursos para trabajar en los grupos de ayuda mutua

Historias para contar Se muestran 3 narrativas que destacan conceptos clave sobre cómo atender a familiares que han perdido a un ser querido por suicidio. Estas historias sirven para facilitar la comprensión y la necesidad de un GAM, ilustran no solo la tristeza que acompaña la pérdida, sino también los caminos hacia la sanación y el apoyo necesario para aquellos que han sufrido por el suicidio de un ser querido.

Historia 1. La Luz en la Oscuridad En un pequeño pueblo, Clara perdió a su hermano Martín, quien se quitó la vida. Sumida en la tristeza, se sintió perdida y sola. Un día, decidió asistir a un grupo de apoyo donde conoció a otras personas con historias similares. Allí, aprendió lo importante que es expresar sus sentimientos. Compartir su dolor con otros le permitió ver que no estaba sola. Esta experiencia la llevó a fundar un grupo de apoyo en su comunidad, donde cada semana se reunían para hablar, recordar a sus seres queridos y aprender juntos. Clara entendió que, aunque la oscuridad del duelo es abrumadora, compartir la luz de sus recuerdos puede ayudar a sanar. Conceptos clave:

- La importancia de compartir el dolor.
- Grupos de apoyo como un lugar de sanación.
- La conmemoración como parte del proceso.

Historia 2: El Mensaje en la Botella Lucas siempre había sido el más cercano a su madre, quien falleció por suicidio. Después de su muerte, se encontró escribiéndole cartas a ella, como si pudiera comunicarse a través de un mensaje dentro de una botella. Cada carta abordaba sus miedos, tristezas y esperanzas. Con el tiempo, comenzó a compartir estas cartas con su terapeuta, quien le ayudó a entender que su proceso de duelo era único y que debía permitirse sentir. Lucas aprendió que la expresión creativa es vital para sanar, y decidió hacer un blog donde otros pudieran compartir sus propias cartas a los seres queridos perdidos. Así, ayudó a otros a encontrar su voz en medio del dolor. Conceptos clave:

- La expresión de los sentimientos como herramienta de sanación.
- La singularidad del proceso de duelo.
- La importancia de la creatividad en la terapia.

Historia 3: El Camino de la Compasión Sofía se quedó devastada por la muerte de su mejor amigo, quien tomó la decisión de finalizar su vida. En lugar de alejarse, decidió honrar su memoria ayudando a otros. Se convirtió en voluntaria en una organización que trata de prevenir el suicidio y apoya a quienes enfrentan la pérdida. Cada vez que alguien compartía su historia en la que Sofía decía: "Entiendo tu dolor, yo también he estado allí", su corazón se llenaba de propósito. Aprendió que estar presente y escuchar sin juzgar es una forma poderosa de mostrar compasión. Al final del día, descubrió que ayudar a otros no solo honraba a su amigo, sino que también la sanaba a ella. Conceptos clave:

- La compasión como medio para ayudar a otros.
- La importancia de escuchar sin juzgar.
- El papel del voluntariado en la sanación personal.

Actividades para hacer con el GAM Para que las personas empiecen a superar la tragedia del suicidio de un ser querido y con la esperanza de estimular el desarrollo de formas significativas se ofrecen las siguientes sugerencias:

Hablar Comunicarse con otros proporciona la oportunidad de compartir sentimientos y emociones. La familia, amigos y miembros de grupos religiosos pueden ser un buen punto de partida.

Escribir La escritura ha sido usada por los supervivientes por largo tiempo. Ya sea escribiendo a alguien una carta, creando un diario o llenando una hoja de papel con pensamientos y emociones.

Manifestaciones artísticas Como medio de expresión personal. A través de pintura, costura, cerámica, marquetería, música, etc. Transmitir sentimientos a través de un objeto inanimado puede resultar útil.

Integrarse Participar en actividades grupales involucra tender la mano más allá de sí mismo. Lo que puede ayudar a progresar en el proceso de recuperación al centrarse en otras personas.

Meditación Puede ayudar a la persona a centrarse en la solución de problemas y a relajarse de forma segura, para superar el vivir con las penas que los supervivientes tienden a sufrir (OMS et al., 2000).

Películas sobre duelo y sobre suicidio¹⁸ Las películas sirven para formar sobre el duelo, suscitando un coloquio tras el visionado. Se utilizan para facilitar el desbloqueo de alguna emoción, o sencillamente para hablar de la muerte.

La muerte

- American beauty. 1999. Director: Sam Mendes
- El séptimo sello. (Det sjunde inseglet). 1957. Director: Ingmar Bergman
- Muerte en Venecia. (Morte a Venezia). 1971. Director: Luchino Visconti

El suicidio

- El club de los poetas muertos. (Dead Poets Society). 1989. Director: Peter Weir
- El sabor de las cerezas. (Ta'm e guilass). 1997. Director: Abbas Kiarostami
- El sur. 1983. Director: Víctor Erice.
- Interiores. (Interiors). 1978. Director: Woody Allen
- Las horas. (The Hours). 2002. Director: Stephen Daldry
- Los girasoles ciegos. 2008. Director: José Luis Cuerda
- Lylia forever. (Lilja 4-ever). 2002. Director: Lukas Moodysson
- Qué bello es vivir. (It's a Wonderful Life). 1946. Director: Frank Capra

¹⁸ Para mayor reflexión utilizando películas consultar la página <https://fundacionmlc.org/peliculas-sobre-duelo/>

La eutanasia, el suicidio asistido

- Mar adentro. 2004. Director: Alejandro Amenábar.
- Million dollar baby. 2004. Director: Clint Eastwood

La pérdida y el duelo

- Azul. (Trois couleurs: Blue). 1993. Director: Krzysztof Kieslowski
- Caminando. (Arutemo, Arutemo) (Still Walking). 2008. Director: Hirokazu Koreeda
- Casablanca. 1942. Director: Michael Curtiz
- Dublineses. (The dead). 1987. Director: John Huston
- Gente corriente. (Ordinary People). 1980. Director: Robert Redford
- La caja de música. (Music box) 1989. Director: Constantín Costa-Gavras
- La habitación del hijo. (La stanza del figlio). 2001. Director: Nanni Moretti
- La hora del verano. (L'heure d'été). 2008. Director: Olivier Assayas
- Mystic river. 2003. Director: Clint Eastwood
- Omagh. 2004. Director: Pete Travis

Acompañamiento en el final de la vida

- Gritos y susurros. (Viskningar och rop). 1972. Director: Ingmar Bergman
- Hable con ella. 2002. Director: Pedro Almodóvar
- Las invasiones bárbaras. (Les Invasions barbares). 2003. Director: Denys Arcand
- Magnolia. 1999. Director: Paul Thomas Anderson
- Mi vida sin mí. (My life without me). 2003. Director: Isabel Coixet

Los ritos funerarios

- Cuatro bodas y un funeral. (Four Weddings and a Funeral). 1994. Director: Mike Newell
- Despedidas. (Okuribito). 2008. Director: Yojiro Takita
- El camino a casa. (Wo de fu qin mu qin). 1999. Director: Zhang Yimou
- Last orders. 2001. Director: Fred Schepisi

Documentales:

- El último viaje. Documento TV Televisión
- Remontando el vuelo. Elsa Sierra y Alvaro Arús
- Y al final, la muerte. Tabú. Jon Sistiaga
- Socialicidio. 2024. Daniel Lovi

Libros sobre duelo y sobre suicidio

- Sobre el duelo y el dolor, de Elisabeth, Kubler-Ross y David Kessler. Libro para entender el comportamiento humano ante la pérdida de un ser querido, con el fin de normalizar la muerte. Indispensable para profesionales y dolientes.
- El mensaje de las lágrimas, de Alba Payás Puigarnau. Explica el proceso del duelo de forma práctica, con muchas indicaciones que ayudan a sobrellevar el proceso de elaboración del duelo. Con referencias a casos reales. Con la validez de fuentes importantes como William Worden o Robert Neymeyer.
- La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido, de Dulce Camacho Regalado: Orienta sobre lo que puede suceder cuando fallece un ser querido por suicidio, qué solemos pensar, cómo podemos ayudar...
- Las Tareas del duelo, de Alba Payas Puigarnau
- La muerte, Un amanecer, La rueda de la vida, de Elisabeth, Kubler-Ross
- Alma de color salmón, de Olga Bejano Dominguez.
- El Camino de las lágrimas, de Jorge Bucay: Para dolientes.
- Diarios de la muerte de un hijo, de Mercé Castro, y otros autores

Referencias facilitadas por Víctor M. Sánchez López

- **“Grupos de encuentro”** (1970) de Carl Rogers
- **“La vida afectiva de los grupos”** (1977) de Max Pagés
- **“Psicología de los grupos. Teoría y aplicación”** (1997) de Pilar González
- **“Psicología de los grupos”** (2004) de Amalio Blanco, Amparo Caballero y Luis de la Corte
- **“Guía para hombres en marcha: de la línea al círculo”** (2014) de Alfonso Colodrón
- **“Círculo y Centro. El grupo Gestáltico”** (2014) de Francisco Peñarrubia
- **“Círculos de Hombres: Manual para la evolución masculina”** (2021) de Francisco Fortuño García

9. DESTINATARIOS O BENEFICIARIOS

Personas mayores de 18 años que han perdido a un ser querido debido al suicidio. Incluye familiares, amigos y cercanos, sin importar su edad o trasfondo social. Se recomienda ofrecerlo de forma proactiva, sin esperar a que la persona empiece a necesitarlo. Los propios

afectados son quienes controlan las actividades y las prioridades del grupo. Los grupos de autoayuda pueden obtener recursos y asistencia externa de profesionales u otros grupos, pero son los miembros quienes toman las decisiones.

10. RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

10.1. Recursos humanos

Requiere un equipo de facilitadores formados para esta tarea, pueden ser psicólogos, trabajadores sociales, pares y voluntarios capacitados que tengan experiencia en apoyo emocional. Un profesional puede hacer el acompañamiento sin ejercer de terapeuta de forma directa. El apoyo no se limita a estos espacios sino que se ofrece en cada momento que un integrante del grupo lo requiera.

10.2. Recursos materiales

Requiere de espacios físicos para las sesiones, materiales de oficina (papel, bolígrafos), recursos didácticos (folletos, libros sobre duelo) y herramientas para evaluación (encuestas). Se recomienda disponer de alguna bebida y alimento para compartir (refrescos, café, infusiones, pastas).

10.3. Recursos financieros

Financiación a través de subvenciones gubernamentales y donaciones de organizaciones sin fines de lucro. Posibles cuotas voluntarias de los participantes para ayudar a cubrir pequeños costos de materiales y fungibles. El grupo debería ser accesible para todos, por ello, si los lleva a cabo alguna entidad, necesita la implicación de la administración para los gastos. El principal escollo para que continúen funcionando los grupos es obtener financiación estable. Si no pueden tenerla, corren el riesgo de cerrar.

Dar a conocer conceptos, informar sobre señales de alerta, factores de riesgo y protección. Sensibilizar a la comunidad para el apoyo a las personas que sufren y fortalecer la red de apoyo con espacios seguros formales e informales. Proporcionar recursos de ayuda para las personas en riesgo y sus allegados, no son recursos especialmente onerosos y sí evitan otros elevados gastos en incapacidad laborales.

11. LUGAR DE EMPLAZAMIENTO

Los GAM se llevarán a cabo preferentemente en centros comunitarios locales, aunque podrían localizarse en otro espacio accesible y privado para los beneficiarios. Colaborar con ellos cediendo espacios seguros para sus reuniones, constituye una gran ayuda. Es posible solicitar espacios de forma puntual si se está constituido como asociación, pero es conveniente poder contar de forma sencilla con un local para las reuniones de una o dos veces al mes

12. BENEFICIOS ESPERADOS Y EVALUACIÓN

La ayuda mutua está ubicada en el sistema de ayuda informal, tanto para los afectados por diferentes problemáticas de salud, como para sus familiares (Villalba Quesada, 1996). El éxito no es cuestión del número de personas que asisten, sino de cuánto se las ha ayudado en su camino para convertirse en personas nuevas después del suicidio de un ser querido, resume la OMS (OMS et al., 2000), que concreta siete puntos de ayuda claves para este lugar de encuentro:

1. **Contar su historia** Uno de los primeros objetivos es motivar a cada persona a que exprese su vivencia y la de la persona que murió sin ser obligado.
2. **Mirar atrás** Para que los participantes sean conscientes de cómo se encontraban cuando llegaron al grupo y cómo están ahora, aunque el camino pueda ser muy difícil.
3. **Tender la mano** Una señal afortunada es sentir la necesidad de ayudar a las personas que acaban de llegar, porque han tenido una pérdida similar.
4. **No 'atascarse' con preguntas sin respuesta** Todos los supervivientes tienen dudas que nunca resolverán. La más espinosa es ¿por qué lo hizo?
5. **Sin tiempo establecido** Cada persona requiere su tiempo en este proceso de duelo.
6. **Dar esperanza** Ayuda ver que otros han logrado mitigar angustias devastadoras, incluso encuentran nuevos significados.
7. **Lágrimas y abrazos** En los grupos de apoyo el llanto es frecuente y es bienvenido porque ayuda a sanar. Los abrazos también.

(OMS et al., 2000).

12.1. Evaluación continua

La sostenibilidad de un GAM depende de una evaluación periódica de su funcionamiento, que permita identificar áreas de mejora y adaptar la metodología según las necesidades específicas del grupo. Esto puede incluir la retroalimentación regular de los participantes, supervisión profesional de las sesiones, y actualización constante de los protocolos de funcionamiento. El grupo es un lugar diagnóstico y operativo por excelencia (Aguiló Pastrana & Losada Cucco, 2015).

12.2. Evaluación de los participantes

Para que los Grupos de Ayuda Mutua respondan a las necesidades y realidades de la comunidad afectada por el suicidio, es necesaria la evaluación del funcionamiento del grupo por parte de los participantes. Se han de revisar periódicamente algunos aspectos básicos sobre la acogida y solicitar aportaciones a los participantes:

¿La sede, el día y la hora son convenientes?

¿Se siente usted bienvenido?

¿Tiene usted la oportunidad de decir lo que desea?

¿Encuentra estas reuniones de utilidad?

¿Piensa usted que los nuevos miembros son bien acogidos?

¿Como podemos mejorar el grupo?

¿Qué temas desearía usted que se discutieran?

¿Debería controlarse el tamaño del grupo?

(Alzheimer's Disease International, 2000).

12.3. Evaluación de coberturas de servicios

Los participantes del GAM son también usuarios de los servicios de salud mental especializados en toda la región, por lo tanto se les puede solicitar que evalúen el alcance y la detección precoz que realizan los dispositivos especializados.

12.4. Evaluación de procesos

Los participantes pueden evaluar las actividades, tareas, métodos y técnicas del proyecto. Las reuniones grupales; las técnicas de escucha activa y apoyo mutuo; los talleres sobre el manejo del duelo y estrategias de autocuidado; el apoyo formativo legal (asesoría jurídica); la información sobre recursos de apoyo social, el apoyo personal y familiar durante crisis y el seguimiento individual, en caso de que se requiera.

Los participantes del GAM pueden evaluar el grado de implementación de las 71 medidas contempladas en la “Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida 2021-2025¹⁹” presentada en Castilla y León y su reciente complementación, mediante la “Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030²⁰”. Incluyendo la puesta en marcha de programas de formación, campañas de sensibilización y mejoras en la coordinación asistencial.

12.5. Formación de profesionales

Los participantes del GAM, igualmente pueden valorar la formación especializada en prevención del suicidio en equipos profesionales sociales, sanitarios, educativos y de comunicación.

12.6. Impacto de género

En el epígrafe 2.4. ya se adelantó que las mujeres suelen ser sujetos de mayor sufrimiento multicausal y que sus cualidades de socialización las hacen más receptivas y colaboradoras para participar en intervenciones individuales y comunitarias (Ministerio de Sanidad, 2025).

¹⁹ Más información de Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025, consultar en página oficial <https://gobierno.jcyl.es/web/jcyl/Gobierno/es/Plantilla100Detalle/1246464876027/Programa/1285301545395/>

²⁰ Para más información sobre la Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030 consultar en página <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284485236356/Programa/1285482339185/Comunicacion>

12.7. Impacto social

Personal La participación en estos grupos fomenta un proceso de sanación emocional al proporcionar herramientas para afrontar el dolor y reconstruir la vida de los familiares tras la pérdida. Contribuyen a la transformación del dolor intenso hacia experiencias de resiliencia y aprendizaje.

Comunitario Tanto la mujer como el hombre superviviente, desde el crecimiento postraumático, pueden llegar a involucrarse en procesos de ayuda a otros supervivientes, a ayudar a prevenir futuros suicidios en la comunidad, a acompañar a otras personas con una experiencia vital dura y difícil. Contribuyen a formar una red de apoyos que se extiende más allá de las reuniones grupales. Esta experiencia puede contribuir a solucionar las diferentes problemáticas que pueden surgir en diferentes momentos de la vida.

12.8. Evaluación viabilidad del proyecto

Evaluación de los profundos cambios de ver la vida, desde que ocurrió la tragedia A través del "*Construction of meaning in survivors of suicide loss: A Spanish translation and application of the Meaning in Loss Codebook (MLC)*" (Salom et al., 2025). Este estudio se centra en cómo los sobrevivientes de la pérdida por suicidio construyen significados y cómo estos se pueden apoyar en el proceso de duelo. Identifica los significados que permiten reestructurar la vida tras una pérdida. El progreso en este campo indicó a los autores "la necesidad de añadir más códigos: honrar al fallecido, continuar los vínculos, construir la comprensión de la pérdida, desestigmatización del fallecido, defensa, identificación con otros, trauma, comprensión de la pérdida e impacto continuo" (Salom et al., 2025).

12.9. Evaluación del proyecto desde el enfoque del Marco Lógico

Matriz del marco lógico

	Lógica de la Intervención	Indicadores Objetivamente Verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Objetivo General	Rebajar estigma del suicidio	Observación participación grupal	Observación participante y encuestas	Menos trastorno postraumático
Específico	Respetar experimentación del dolor	Escucha activa y validación	Observación y encuestas	Reducir riesgo de contagio del suicidio
Resultados	Menos aislamiento	Menos crisis	Interacción con pares de GAM	Mejor vínculo en comunidad
Actividades	GAM para facilitar despedida y adaptación	Recursos	Costes	GAM reciben espacio y financiación

13. RECURSOS DOCUMENTALES

- [Guía de Ayuda Mutua y Recuperación](#), Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental-En Primera Persona (Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental-En Primera Persona, 2014).
- [Intervención grupal en duelo](#), Alba Payás Puigarnau. En Herrero Camps, Carlos; Sánchez Hernández, Pedro (editores). [Duelo en oncología](#). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007: 169-182. (Payás Puigarnau, 2007).
- [El dolor no es para siempre. Los grupos de ayuda mutua en el duelo](#). Arnaldo Pangrazzi (Pangrazzi, 2016).

- d) Creación de grupos de supervivientes del suicidio OMS 2000 y Euregenas (OMS) 2014, recogidos en el blog de la asociación Papageno <https://papageno.es/supervivientes-familiares-fallecidos-suicidio/creacion-de-grupos-de-supervivientes-suicidio>
- e) Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional (Villalba Quesada, 1996).
<https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol3/arti2.htm>
- f) Necesidades del superviviente. Carta abierta de una madre que perdió a su hijo por suicidio a los profesionales de salud mental y a la sociedad. 18.1.2021
<https://papageno.es/suicidio-hijo-necesidades-profesionales-salud-mental>
- g) Los rostros de la prevención del suicidio más allá de las consultas sanitarias: "Tenemos que hacer sentir a quien sufre que importa".10.9.2024 Yaiza Perera ¿Qué podemos hacer cada uno de nosotros para ayudar a combatir el sufrimiento en nuestro entorno?
<https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2024/09/10/66ba470fe85ece77318b4591.html>
- h) Habladurías con Alberto Gómez: "Hay gente que durante meses no toca absolutamente nada en la habitación, porque si en tu cerebro todavía no has ni iniciado el proceso de asimilación de esa muerte, ¿cómo vas a quitar sus cosas?" Joan Carles 20 de Enero de 2025
<https://www.elindependientedegranada.es/ciudadania/habladurias-con-alberto-gomez-hay-gente-que-durante-meses-no-toca-absolutamente-nada?s=08>
- i) La fuerza en nosotros: Grupos de autoayuda en el mundo moderno (*The Strength in us: Self-Help groups in the modern world*) Alfred H. Katz & Eugene I. Bender (1976).
<https://read-me.org/toch-catalogue/2024/3/28/the-strength-in-us-self-help-groups-in-the-modern-world>
- j) Grupos de ayuda mutua para supervivientes por suicidio, una "luz en la oscuridad" 17.7.2021. Yaiza Perera. Asociaciones, teléfonos y recursos para familiares en duelo.
<https://www.elmundo.es/papel/historias/2021/07/17/60ee8ed321efa0236f8b4691.html>

14. RECURSOS COMUNITARIOS PARA EVALUAR ESTE PROYECTO

1. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf

2. Breve Guía de Evaluación de Proyectos de Acción Comunitaria, Febrero, 2024

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria/servicios-salud-comunitaria.ficheros/2730308-GUIA%20DE%20EVALUACION%20DE%20PROYECTOS%20COMUNITARIOS-version%20final-20.03.24.pdf>

15. CRONOGRAMA

Se propone un programa piloto de 12 meses. Reuniones quincenales de 2 horas de duración y evaluación posterior para determinar su continuidad.

Meses 2026	ETAPAS DEL PROYECTO
Enero	Preparación y búsqueda de facilitadores; establecimiento de alianzas.
Febrero	Preparación y búsqueda de facilitadores; establecimiento de alianzas.
Marzo	Selección de participantes y promoción de los GAM.
Abril	Inicio de las sesiones de GAM.
Mayo	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Junio	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Julio	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Agosto	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Septiembre	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Octubre	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Noviembre	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.
Diciembre	Continuidad de las sesiones, talleres trimestrales y evaluación.

16. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

Aguiló Pastrana, Elena & Losada Cucco, Ayelén. (2015). *Los grupos y la intervención comunitaria*. Recuperado 29 de enero de 2025, de https://www.procc.org/pdf/AP11.Los_grupos_y_la_intervencion_comunitaria.Aguilo_y_Losada.2015.pdf

ALCER. (2015, febrero 17). Beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). *ALCER Barcelona*. Recuperado 23 de enero de 2025, de <https://alcerbarcelona.wordpress.com/2015/02/17/beneficios-de-los-grupos-de-ayuda-mutua-gam/>

Álvarez, Alicia & Mediavilla, Daniel. (2025, enero 7). *Alicia Álvarez, psicóloga: “Todos viviremos sucesos que pueden ser traumáticos, pero no todos desarrollaremos el trauma”* [Entrevista]. Recuperado 11 de enero de 2025, de <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2025-01-07/alicia-alvarez-psicologa-todos-viviremos-sucesos-que-pueden-ser-traumaticos-pero-no-todos-desarrollaremos-el-trauma.html>

Alzheimer’s Disease International. (2000, enero). *Como empezar un grupo de auto-ayuda*. Recuperado 9 de enero de 2025, de <https://www.alzint.org/u/esselfhelpgroup.pdf>

Asociación Círculo de hombres. (2024, agosto 28). Los Círculos. *Asociación Círculos de Hombres*. Accedido 27 de enero de 2025, de <https://circulosdehombres.wordpress.com/circulos-de-hombres/>

Asociación Mejorana Elkartea. (s. f.). *Grupos de apoyo mutuo (GAM)*. Recuperado 23 de enero de 2025, de <https://mejorana.org/gam>

- Baños Chaparro, Jonatan. (2022). Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 159-170.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i1.22287>
- Cárdenas Cornejo, Alonso. (2019, julio). Durkheim, el suicidio y Alan García | ArchivoRevista Ideele. *Ideele Revista N° 286*. Recuperado 10 de mayo de 2025, de <https://revistaideele.com/ideele/content/durkheim-el-suicidio-y-alan-garc%C3%ADa>
- Castillo Patton, Andy Eric. (2023). Imágenes de la postvención del suicidio en España: Metáforas, símbolos y discursos terapéuticos en las asociaciones de supervivientes. *Revista Española de Sociología*, 32(4), Article 4.
<https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.194>
- Centros de apoyo a la formación e innovación educativa. (s. f.). *Monografía 37_posvencion*. Recuperado 31 de enero de 2025, de https://www.berrigasteiz.com/monografikoak/bizikasi/jokabide_suizida/docs/37_posvencion.pdf
- Chávez Hernández, Ana María & Leenaars, Antoon A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado 25 de enero de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental-En Primera Persona. (2014, marzo 4). Ya está disponible la guía de Recuperación y Ayuda Mutua. *En primera persona*. Recuperado 13 de enero de 2025, de <https://www.enprimerapersonaandalucia.es/guia-recuperacion-ayuda-mutua/>

Fernández Mateos, Alberto. (2023, octubre 28). *Bases para los grupos de ayuda mutua*.

Hablemos de Suicidio. Recuperado el 27 de enero de 2025, de <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/grupos-de-ayuda-mutua-sobre-suicidio>

Fernández Mateos, Alberto. (2025, enero 26). *Sobre Grupos de Ayuda Mutua*

[Videoconferencia]. Recuperado 26 de enero de 2025, de <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/nuestros-comienzos>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K.

M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Gómez García, Alberto. (2024, agosto 23). *Querido y apreciado Guille, todo suma... Que yo*

haya escrito sobre mi duelo, que tú recomiendes mi libro o divulgues cómo informar sobre el suicidio... Sigamos tratándonos de sanar. Destruyendo el tabú. Honrando a los que se fueron. Y abrazándonos... Pd. Cuenta con ese subrayador [Tweet]. Twitter.

Recuperado 23 de enero de 2025, de <https://x.com/agomezgarcia/status/1826862299346272692>

Hablemos de Suicidio ONG. (s. f.-a). *Acuerdo de Participación en Grupos de Ayuda Mutua*.

Hablemos de Suicidio. Recuperado 27 de enero de 2025, de <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/acuerdo-de-participacion>

Hablemos de Suicidio ONG. (s. f.-b). *El Proceso Suicida y las múltiples oportunidades para*

Prevenir. Hablemos de Suicidio. Recuperado 29 de enero de 2025, de <https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/el-proceso-suicida>

Hablemos de Suicidio ONG. (s. f.-c). *Recomendaciones para Participantes en Grupos*.

Hablemos de Suicidio. Recuperado 27 de enero de 2025, de
<https://www.hablemosdesuicidio.org.ar/recomendaciones-para-participantes>

Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo. (1995). *NTP 439: El apoyo*

social. Portal INSST. Recuperado el 29 de enero de 2025, de
<https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/13-serie-ntp-numeros-436-a-470-ano-1998/ntp-439-el-apoyo-social>

López Vega, Daniel Jesús. (2024, septiembre 2). Reunión presencial en el grupo de ayuda

mutua de duelo por suicidio en Vigo. *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio*. Recuperado el 28 de enero de 2025, de
<https://papageno.es/reunion-presencial-en-el-grupo-de-ayuda-mutua-de-duelo-por-suicidio-en-vigo>

Lovi, Daniel. (2024). *Socialicidio—MUSOC*. Recuperado el 10 de enero de 2025, de

<https://musocasturies.org/peliculas/socialicidio/>

Luengo Latorre, José A. & Yévenes Retuert, Raquel. (2025, enero). *El Duelo en el centro*

educativo. Recuperado el 31 de enero de 2025, de
<https://mediateca.educa.madrid.org/documentos/4ol1t7nhvjj8vfy8>

Marco Ramo, Elena. (2024). El Duelo por suicidio en los familiares, necesidades e

intervenciones. *El duelo por suicidio en los familiares. Necesidades e Intervenciones*, 146(146), 1-146. Recuperado 2 de septiembre de 2024, de
<https://www.npunto.es/revista/73/el-duelo-por-suicidio-en-los-familiares-necesidades-e-intervenciones>

Martitegui, A. (2023, julio 15). *Luis Fernando López, psicólogo: “El duelo del psicoterapeuta*

por el suicidio de un paciente se vive en profundo silencio y soledad” [Entrevista].

Recuperado el 31 de enero de 2025, de https://www.telecinco.es/noticias/salud/20230715/entrevista-luis-fernando-lopez-psicologo-duelo-psicoterapeuta-suicidio-paciente_18_010030266.html

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)*. Recuperado 11 de septiembre de 2024, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

Ministerio de Sanidad. (2025, febrero 17). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*. Recuperado 21 de febrero de 2025, de https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf

Morell García, M^a Francisca. (2020, enero 26). Duelo por suicidio: La importancia de la comunidad. *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio*. Recuperado 11 de enero de 2025, de <https://papageno.es/duelo-suicidio-importancia-comunidad>

OMS. (2018). *Preventing suicide: A community engagement toolkit*. World Health Organization. Recuperado el 27 de agosto de 2024, de <https://iris.who.int/handle/10665/272860>

OMS. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>

OMS. (2022). *Ciencias del comportamiento para mejorar la salud (A75/25)*. Recuperado el 27 de agosto de 2024, de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_25-sp.pdf

- OMS. (2023, noviembre 15). *La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social*. Recuperado el 27 de agosto de 2024, de <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection>
- OMS, Euregenas, & Papageno. (2000). Creación de grupos de supervivientes 2000. *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio*. Recuperado el 10 de enero de 2025, de <https://papageno.es/wp-content/uploads/2024/02/prevencion-suicidio-grupo-supervivientes.pdf>
- ONU. (2022). *Nota orientativa del Secretario General sobre las ciencias del comportamiento*. Recuperado el 27 de agosto de 2024, de <https://www.un.org/es/content/behaviouralscience/>
- Pangrazzi, A. (2016). *El dolor no es para siempre. Los grupos de ayuda mutua en el duelo*. Sal Terrae.
- Papageno. (s. f.). *Ubuntu*. Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. Recuperado 4 de mayo de 2025, de <https://papageno.es/tag/ubuntu>
- Payás Puigarnau, Alba. (2007). Intervención grupal en duelo. En *Duelo en oncología* (pp. 169-182). Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado el 13 de enero de 2025, de <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo14.pdf>
- Pérez Trenado, Magdalena & Profesionales de servicios sociales Ayunt. Logroño. (2023, noviembre 17). *El abordaje de conducta suicida en servicios sociales*. Recuperado el 18 de septiembre de 2024, de <https://logrono.es/documents/20121/af2eeba3-8e45-def7-abad-fa0d8d456e1d?download=true>

Plataforma Nacional Suicidio. (2023, octubre 2). *Asociaciones de supervivientes de suicidio en España: Mapeo e impulso de un imaginario terapéutico*. Plataforma nacional Para el estudio y la prevención del suicidio. Recuperado el 6 de mayo de 2025, de <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/noticias/asociaciones-de-supervivientes-de-suicidio-en-espaa-mapeo-e-impulso-de-un-imaginario-terapeutico>

Rodríguez Vega, Beatriz & Fernández Liria, Alberto. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): Intervenciones desde Atención Primaria de Salud. *Medifam*, 12(4), 60-72. Recuperado el 8 de septiembre de 2024, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1131-57682002000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Salom, Rafael, Layrón, José Enrique, Neimeyer, Robert, & Pérez, Sandra. (2025). Construction of meaning in survivors of suicide loss: A Spanish translation and application of the Meaning in Loss Codebook. *Death Studies*, 49(1), 87-99. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2438412>

SAMHSA. (2023). *Modelo nacional de normas para la certificación de apoyo entre pares*. Recuperado el 29 de enero de 2025, de <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-10-01-002.pdf>

Sánchez De Medina, José David. (2024, mayo 28). *Tras un suicidio, muchos pasan del «amigo» al «voy a bloquearte porque me incomoda leer cómo te sientes». En la adversidad es cuando se conoce a los verdaderos amigos y este trauma genera mucha soledad. No es fácil (que me lo digan a mí). Esta pandemia necesita más visibilidad.* [Tweet]. Twitter. Accedido el 8 de septiembre de 2024, de <https://x.com/jdsmedina/status/1795559444228563102>

Tannenbaum, Rachel. *Bronfenbrenner's ecological theory*. (2018, enero 3). [Video recording]. Accedido 30 de abril de 2025, de <https://www.youtube.com/watch?v=HV4E05BnoI8>

Valero Matas, Jesús A. (2019). *Explorando el mundo cotidiano: Una introducción a la sociología*. Tecnos.

Villalba Quesada, Cristina. (1996). Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: Una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Intervención Psicosocial*, 5(15). Accedido 23 de enero de 2025, de <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/1996/vol3/arti2.htm>

WHO. (2020). *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes?* Recuperado el 12 de septiembre de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/prevencion-suicidio-grupo-supervivientes.pdf>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. Recuperado el 2 de febrero de 2025, de <https://iris.who.int/handle/10665/131056>