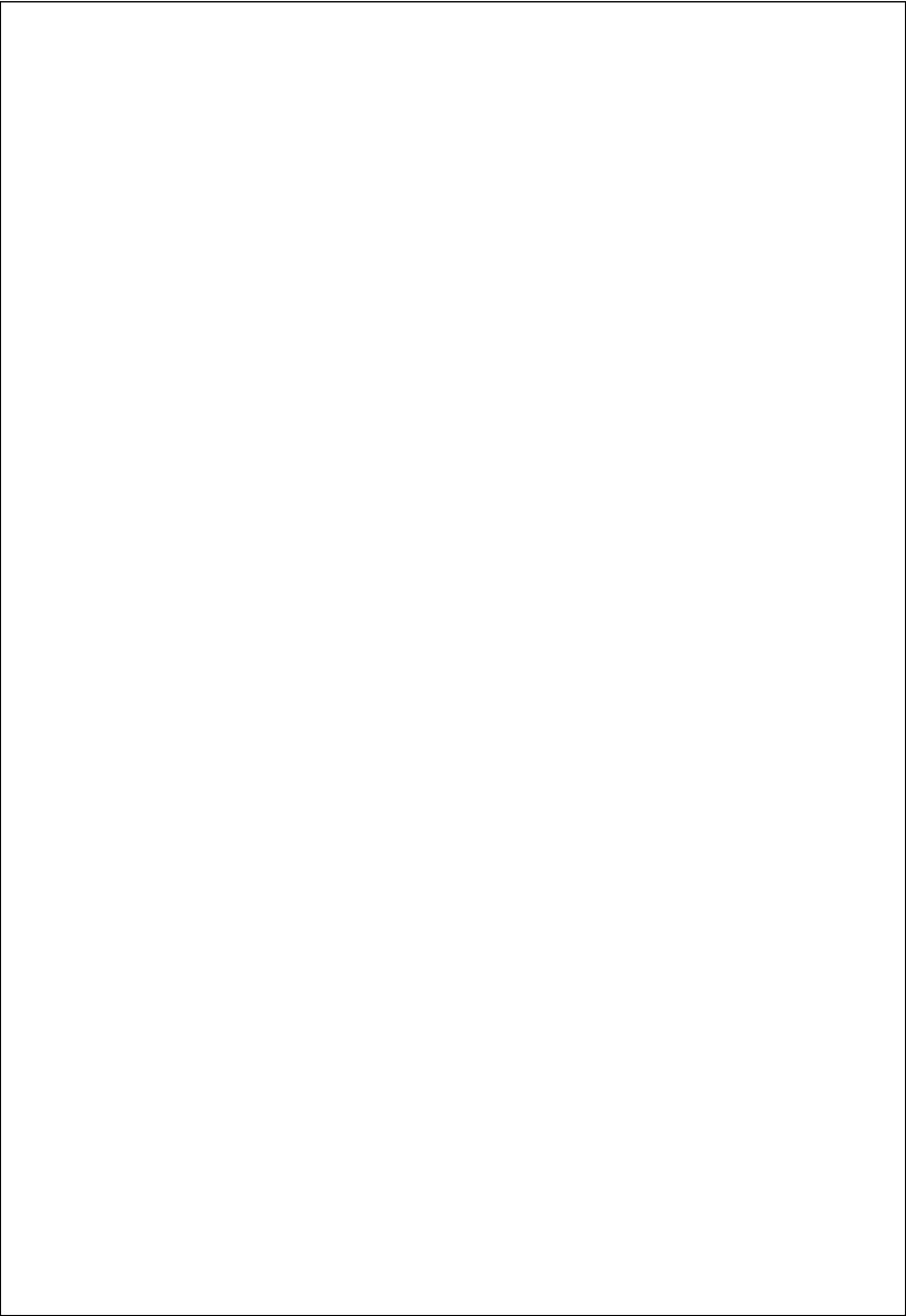


DIRECCIÓN: Javier Rodríguez Mir





Antropólogo en Moclín. Dibujo hecho en el cuaderno de campo por una niña de seis años.

Agradecimientos

A Santiago López Petit por escribir “El Gesto Absoluto. El caso de Pablo Molano: una muerte política” e interesarse por este ensayo.

A mi tutor Javier Rodríguez Mir por aconsejarme y animarme en los momentos más complicados y apuntalar esta investigación

A mi familia, en especial a:

Mi hermana por ser lo que más quiero en estos mundos que nos ha tocado vivir. Espero que esta extensión de mi, cuando seas mayor, la leas.

A mis padrinos y madrinas de campo en Salar, mis tíos Wenceslao y Antonia y mis primos Abraham, Marta, Mari y Wenceslaillo. Gracias por ser como padres y hermanos durante mi estancia en el campo.

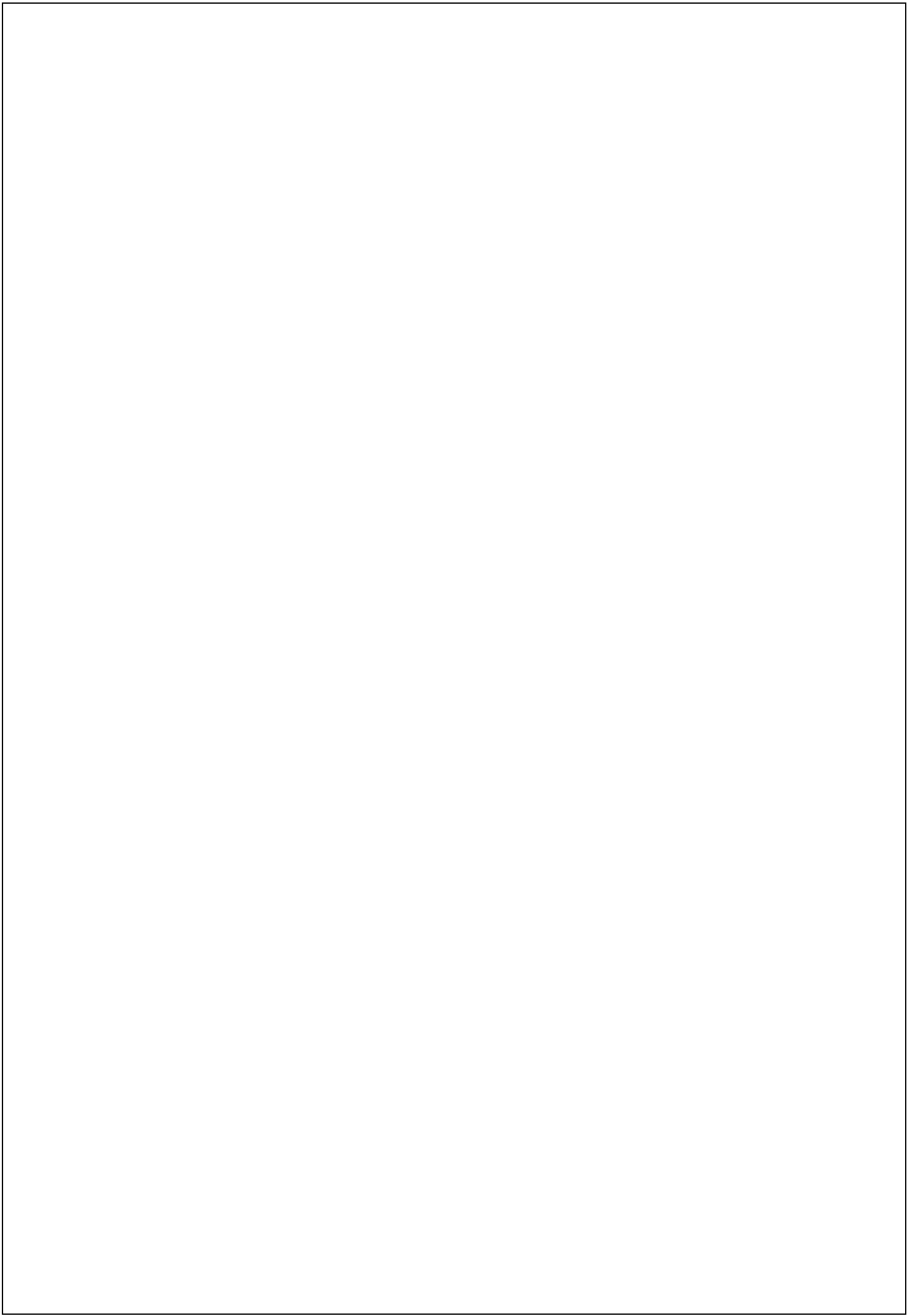
A mis padres, Ángeles y Jesús, y Rosane y Eduardo, por ser el soporte que, en las malas y en las buenas, siempre he tenido.

A mis amigos de Granada López, Medi, Sierra, Delmo, Abel, Javi, Dani, Adri, Willy y Navarro por ser un apoyo incondicional ayer, hoy y siempre.

A mi gente de Madrid Óscar, Ana, Euge, Machús, Pablo y Chema por cuidarme y aguantarme durante estos cinco años en Madrid

Pero, sobre todo, agradecer a todas las personas que me han acompañado, apoyado y aportado durante este trabajo de campo. Estas palabras que vienen a continuación son nuestras.

Reimaginémonos.



*“Pensar verdaderamente en la idea de suicidio nos obliga a confrontarnos con nuestro propio suicidio y
a ahondar en la experiencia de lo que no tenemos experiencia”
López Petit. El gesto absoluto. Pepitas ediciones. 2018*

*“¿El concepto de Triángulo hasta los 80-90 no tenías constancia de él?”
“Yo tampoco... tenía 15 años y estaba a otras cosas. Quería echar un polvo y pegarme una borrachera,
qué quieres que te diga”
Respuesta de un informante del trabajo de campo.*

Investigación publicada en el Observatorio de Antropología Médica
(OAM)

<https://www.observatorioantropologiamedica.org/>

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. LA ENCRUCIJADA DE LA HERMENÉUTICA. OLVIDOS Y RECUERDOS2**
- 1.2. EL TRIÁNGULO DE LOS SUICIDIOS. CONTEXTUALIZACIÓN 5**
- 1.3. VISTA PRELIMINAR, ENTRADA AL CAMPO Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN9**

2. MARCO TEÓRICO

- 2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA ACADEMIA ANTROPOLÓGICA14**
- 2.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA20**
- 2.3. PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA24**

3. METODOLOGÍA

- 3.1. SUJETO, OBJETO Y CAMPO32**
- 3.2. EL ANTROPÓLOGO ANTE EL SUICIDIO. UBICACIÓN EN EL CAMPO, DECONSTRUCCIÓN Y PROCESO DECOLONIAL34**

4. HIPÓTESIS DESCARTADAS39

5. ETNOGRAFÍA

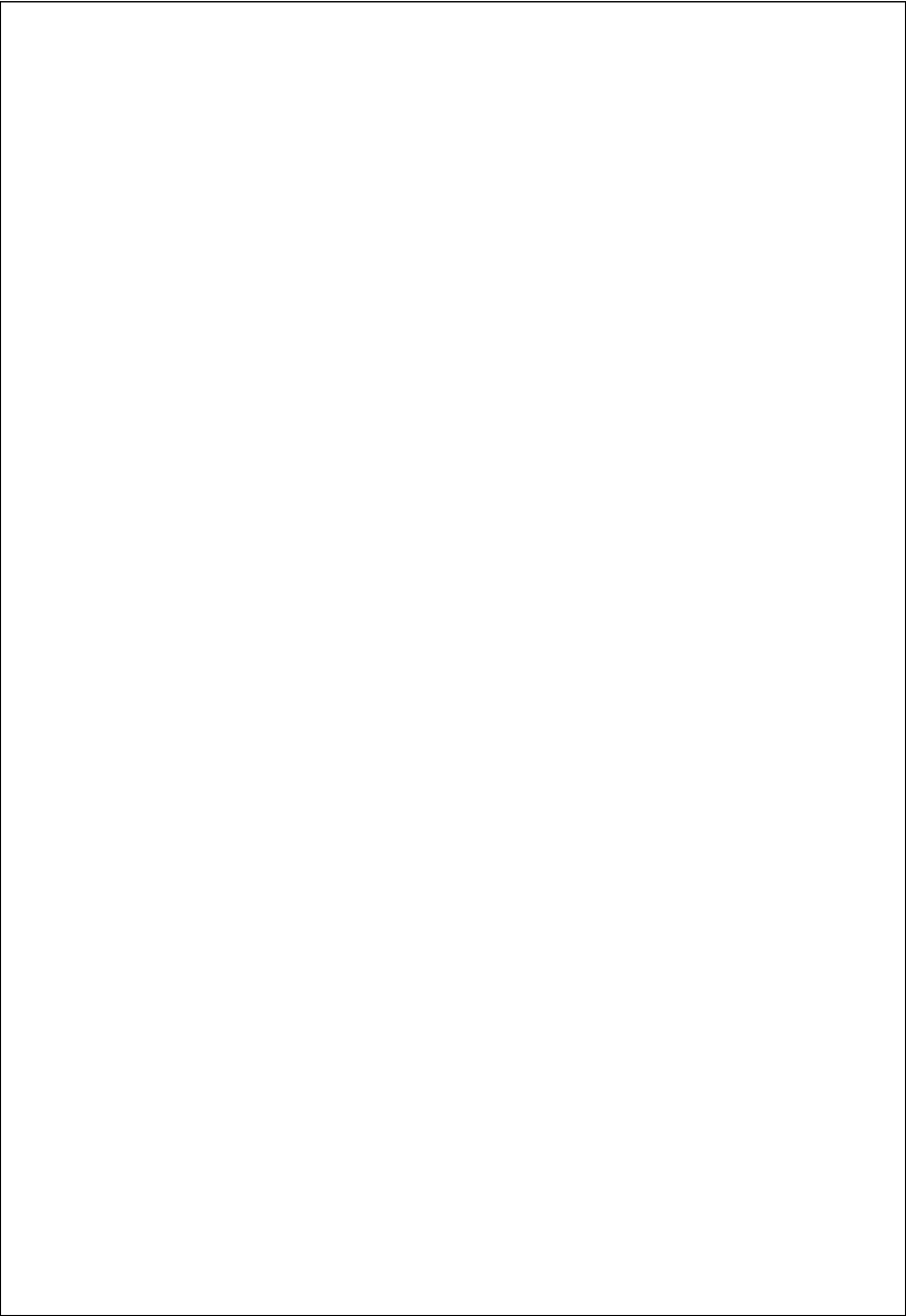
- 5.1. DE GEOMETRÍAS, TRIÁNGULOS, CASUÍSTICAS Y TEMPORALIDADES43**
- 5.2. BIOMEDICINA Y RELIGIÓN. CEMENTERIO DE SUICIDAS51**
- 5.3. PRÁCTICA, JERARQUIZACIONES Y SISTEMA MÉDICO HEGEMÓNICO56**
- 5.4. SUICIDIO, SIGNIFICACIONES Y BIOMEDICINA63**

6. CONCLUSIONES. EL RECUERDO INCONCLUSO65

7. BIBLIOGRAFÍA68

8. ANEXOS.

- 8.1. MAPA73**
- 8.2. TABLA DE LA TASA DE SUICIDIOS74**
- 8.3. FOTOGRAFÍAS74**



A la entrada de la iglesia, en el crepúsculo de la tarde granadina, mi madre saludaba a parientes que yo no habría visto más que una o dos veces en mi vida. No sabía ni quién era el fallecido. Concentrados en pequeños grupos, comentaban sus devenires, presentaban a una niña con pocos años que los familiares más lejanos no habían tenido el tiempo de conocer o se daban teléfonos para mantener el contacto. Y en las pocas ocasiones en las que se hablaba del muerto o de sus familiares más allegados, más que tristeza, pena o rabia, lo que se sentía era una especie de resignación.

Asistí a la misa con poco entusiasmo. Tras el podéis ir en paz, me dispuse a abandonar el recinto intentando no pararme a charlar más de lo necesario. Sin embargo, cuando una joven subió al altar pronunció unas palabras que, extrañamente, me conmovieron. A la vista de la muchacha, supuse que el fallecido sería de la edad de mi madre, unos cuarenta y cinco años por aquel entonces. Nos despedimos de algunos (con promesas de quedar en días menos aciagos) y, al dirigirme a la casa, le pregunté cómo había muerto el hombre. Me respondió que se cayó de un tractor.

Al cabo de los meses, en una conversación entre mi madre y una cercana, nos enteramos de lo que había sucedido. El hombre se había ahorcado en su cortijo situado en las medianías de Alcalá la Real. Sobrecogido, intenté sonsacar el por qué habían dicho que se había caído. La respuesta fue la siguiente: "Es normal que no quieran decirlo, aunque nosotros tenemos unos cuantos ya". Es así como me enteré de una lista de familiares que se habían suicidado y de una concepción que, para muchos emparentados con la Sierra Sur de Jaén, el Poniente Granadino o la Subbética Cordobesa, es cercana: El Triángulo de los Suicidios.

(Elaboración propia)

1. Introducción

1.1. La encrucijada de la hermenéutica. Olvidos y recuerdos.

Una vez realizado el trabajo de campo para esta investigación, pasé un breve lapso en Madrid. Había finalizado mi trabajo de campo, el marco teórico estaba estructurado y mi entusiasmo por conseguir implantar un método antropológico en el Triángulo de los Suicidios no cabía en sí. Dentro de esta emoción creo que me convencí de que mi trabajo estaba hecho; había dado herramientas epistemológicas a estos pueblos para disputar la práctica con la biomedicina, comprender sus subjetividades y, en fin, delimitar la subalternidad a la que se veían sometidos. Sin embargo, cuando volví a la casa de Salar, mi centro de operaciones particular, la primera noticia que recibí fue fulminante: en la semana anterior a mi retorno se había matado uno. Esto propició una desalienación del academicismo que, en mayor o menor medida, sufrimos los investigadores y, debido a esto, recordar el porqué realizaba el trabajo. Me había ido, pero la vida seguía.

Es en este espacio en el que me situó. Esta investigación no parte de una curiosidad intelectual ni de la búsqueda de un objeto de estudio pocas veces tratado. Nace de un intento de expresión de la experiencia vivida y compartida. Nace de los recuerdos de mi infancia cuando salía al fresco en Ermita Nueva, me sentaba con los ancianos y me ponía a jugar a las cartas. Nace de la alegría que me daba montar en el tractor de mi abuelo paterno mientras me contaba alguna historia. Nace, también, de la tristeza y la impotencia que a veces he sufrido. Nace, pues, de un desgarramiento del ser en donde recuerdos y vivencias son la potencialidad, la fuerza impulsora de este trabajo combinado con las herramientas que la antropología me ha aportado. Sin embargo, este desgarramiento no

es individual y casual; todos los sujetos que me han relatado sus experiencias sobre el suicidio, aun cuando era la primera vez que me veían, depositaron en mí su confianza, son los que realmente potencian y conforman este escrito.

De esta potencialidad parte, entonces, mi interés por el Triángulo de los Suicidios. Comencé a interesarme por la Antropología Médica y, en consecuencia, por las nociones dadas a la enfermedad, la relación médico-paciente, el sufrimiento o la medicina tradicional. Eduardo Menéndez, Byron B. Good, Nancy Scheper-Hughes, Ernesto Di Martino, Josep M. Comelles... todos estos, entre otros, me ayudaron a introducirme en los conocimientos de una corriente crítica con el discurso objetivo y neutral de la biomedicina. No obstante, pocos artículos, ensayos y etnografías encontré sobre el suicidio. Extraño era que una práctica tan crucial y rupturista en el ser social fuera tan poco tratada. Foucault hablaba de esa “fascinación de la sociología clásica” (Romero, Gonnet 2013: 595) por el suicidio debida a los dispositivos de dominación del hombre-especie, pero nada figura de ella en la actualidad. Parece que las ciencias sociológicas se han desplazado convenientemente para dejar paso a la biomedicina en el estudio de la muerte voluntaria. El olvido en la academia, como escribe Eduardo Menéndez (2002: 248) *“no sería un problema de arqueología del saber académico-teórico, sino un rasgo de la producción/reproducción del saber de los conjuntos sociales”*. El motivo de esta producción de olvido en torno al suicidio aparece entonces como una huella en la nieve de esos dispositivos de dominación que han operacionalizado la práctica. La antropología ha asumido, aunque sea tangencialmente, los presupuestos de la biomedicina con el sujeto suicida individualizado y patologizado. Dicho lo cual, este ensayo no surge solo de un interés particular y/o local, si no que se articula conforme a procesos político y sociales concretos. Esta producción de recuerdo o no-olvido, por consiguiente, se relaciona con dos corrientes actuales en España.

La salud mental fue una cuestión que, poco a poco, se introdujo en el debate público. Comenzando con la “normalización” de las enfermedades mentales se intentaba promover la visita al psicólogo y al psiquiatra. Ir a esos especialistas no suponía estar loco ni demente, no era una excepcionalidad. A cualquier persona le podía ocurrir. Sin embargo, esta visión mecanicista e individualista no surgió de una natural evolución del conocimiento acerca de la mente y las fallas de conducta. El sistema capitalista reproducía cuerpos cada vez más castigados e ineficaces al pasar del fordismo al posfordismo; las

subjetividades neoliberales que imponían la competitividad, el consumismo o la autorrealización se desplegaban (Gallo Acosta; Quiñones Useche: 149). La atomización de la problemática posibilitó que no se estableciera como una cuestión de salud pública y las instituciones gubernamentales se retiraran. El sujeto quedaba a merced de la autogestión del cuidado. Así, los psicofármacos se imponían como paliativo en un mercado que buscaba convertir en mercancía hasta las angustias que él mismo provocaba.

Fue en la pandemia del COVID 19 donde se sitúa temporalmente esta investigación, cuando estas costuras se rasgaron. El confinamiento obligatorio conformó una imagen desoladora que plasmó enlaces de esa atomización. Por un momento se paró la maquinaria incesante y huracanada que eran nuestras vidas y se comenzaron a repensar las relaciones sociales, el uso del tiempo o la importancia de las metas y objetivos. Los propios cuerpos, por primera vez, eran observados delimitando las heridas y costras que había precipitado el discurso neoliberal. Se pudo constatar, entonces, que el problema mental, más que un desajuste individual producido por su descuido era producto de un modo de vida que agotaba los cuerpos hasta la extenuación. Eran necesarias propuestas que no partiesen de la farmacologización abusiva y las subjetividades neoliberales. De esta forma, penetran en el seno de la opinión pública alternativas comunitarias y sociales que relacionasen todas estas patologizaciones con las estructuras que configuran el día a día.

La otra corriente proviene de los distintos movimientos periféricos acaecidos a partir de la crisis territorial del estado español. La centralidad madrileña como eje conductor de los factores socioeconómicos y políticos del estado se discuten; los marcos discursivos hegemónicos acerca de España como única nación de libres e iguales eclosionan. En el caso de Andalucía surgen procesos en donde se intenta configurar un sujeto andaluz relacionado con la subalternidad y la colonialidad interna. No solo es un reclamo para transformar el tejido productivo en sectores que precaricen en menor medida al trabajador andaluz o la denuncia de la apropiación cultural que España, a partir de muchas de las tradiciones, costumbres, artes o prácticas, ha generalizado al exterior como suyas. Tal y como explica Sousa Santos (2021:16) *“el término “descolonización” no sólo tiene que ver con la independencia política, sino que más bien se refiere a un amplio proceso histórico de recuperación ontológica”*. Aunque sea evidente que las condiciones materiales sean uno de los factores más determinantes en el proceso de emancipación, no es menos cierto que se articulan y legitiman en un discurso hegemónico jerarquizante

surgido del periodo colonial. Comprender cómo el sujeto andaluz ha sido subalternizado y pensado desde Andalucía en el pretexto de sus hablas, la dicotomía léxica de Norte/Sur o la racialización parece, pues, relevante.

Una colonización que, como argüiría el antropólogo sevillano Isidoro Moreno, es manifiesta en la propia Antropología en Andalucía. Desde el nacimiento de la disciplina esta región ha sido un caladero de sujetos entendidos en la clásica dicotomización de la academia primitivo-civilizado. Ir a Andalucía era visto como volver a un estadio evolutivo pretérito; la otredad se situaba geográficamente en la misma Europa. Ingleses y norteamericanos fueron los principales etnógrafos promotores de los estudios de caso o *community studies* (Carvajal Contreras 2021::22) en la zona inaugurando, de esta forma, una tradición estructural-funcionalista que influenciaría en los primeros antropólogos andaluces (García-Fernández: 25). Uno de los principales ejemplos sobre esto lo encontramos en *Los hombres de la Sierra*, de Pitt-Rivers. (Pitt Rivers 1971)

Dicho lo cual, este ensayo se sitúa entre estas dos corrientes y el desgarramiento del ser que hemos mencionado anteriormente. Estudiar la muerte voluntaria en El Triángulo de los Suicidios se desprende como marco de posibilidad para repensar la vida, la muerte, la ritualización o las relaciones sociales y de filiación en un contexto dominado por el discurso biomédico y colonial. El objetivo, entonces, es doble: desprender cómo se ha patologizado y subalternizado al sujeto del Triángulo en un marco de objetivación tan propio de la ciencia médica y, por otro, dilucidar las relaciones y prácticas que entre este saber y la experiencia local producen.

1.2. El Triángulo de los Suicidios. Contextualización.

Dependiendo de a quién le preguntes, te dirá que el Triángulo de los Suicidas, Triángulo de la muerte o Triángulo de los ahorcados se sitúa en un sitio o en otro. El porqué se discutirá posteriormente. Lo que nos interesa señalar en este punto es cuáles son las localidades que entran comúnmente en la concepción del Triángulo. Así, los vértices de esta zona geometrizada son Alcalá la Real, Priego de Córdoba e Iznájar; localidades de las provincias de Córdoba y Jaén, el triángulo también abarca pueblos de Granada. Dentro de este hay hasta un total de setenta y dos asentamientos, aunque la mayoría son aldeas con escasa población. Estos centros poblacionales son dependientes de la urbe mayor

ubicada a escasa distancia. Así, por ejemplo, Alcalá la Real se compone de dieciséis aldeas como son Caserías de San Isidro, Charilla, Ermita Nueva, Fuente Álamo, Las Grajeras, La Hortichuela, La Pedriza, Las Peñas de Majalcorón, La Rábida, Mures, Ribera Alta, Ribera Baja, San José de La Rábida, Santa Ana, Venta de Agramaderos y Villalobos.

Este Triángulo, entonces, como primera definición, se podría fijar a partir de una experiencia en donde, según se relata, se practican una gran cantidad de suicidios al año en relación con su población y en relación con las tasas de suicidios en España. Alcalá la Real, según datos estadísticos, es la localidad con más suicidios en España, 26'6 por cada 100.000 habitantes. Priego de Córdoba se encuentra en una tasa de 13'3.¹ Esto, en principio, es una rara avis puesto que el suicidio en el país no ha sido un fenómeno tan extendido como en otros países europeos como Francia, Alemania o Suecia. Ya Durkheim (2018: 83) en "El Suicidio" mencionaba que *"en Italia hay cinco veces menos suicidios que en Francia; España y Portugal están casi indemnes"*. Parece un suceso que se ha mantenido en el tiempo en relación con la tasa de suicidio y España, aunque en las últimas décadas ha sido uno de los países que más ha incrementado la tasa de suicidio en Europa y el mundo (Ruiz-Pérez; Orly de Labry Lima 2006: 26).

Sin embargo, existe otro triángulo. Este se delimita solo y exclusivamente por la tasa de suicidio acaecida. Es lo que me he molestado en llamar el "Triángulo Biomédico" en diferencia con el anterior, el "Triángulo Significativo". Aunque posteriormente nos detendremos profusamente en esta cuestión, basta mencionar que el sistema biomédico toma "prestado" la significación de "área geográfica donde los que nacen o viven son proclives al suicidio" por parte de los discursos locales que se han configurado a través de la experiencia vivida. Así, el Triángulo se expande hasta la provincia de Málaga y conforma un polígono con los vórtices ubicados en Antequera, Pinos Puente y Alcaudete. En el ANEXO 1 MAPA se podrá observar más claramente.

En esta zona, las localidades ascienden hasta los doscientos cuarenta; como se podrá entender, las diferencias socioeconómicas, orográficas, históricas y culturales son amplísimas. Es banal una comparación cuantitativa de estos parámetros en relación con

¹ Para ver las tasas, ir a "ANEXO 2. TABLA DE TASA DE SUICIDIO".

la muerte voluntaria ya que no parece ser una cuestión que directamente se pueda relacionar con el nivel socioeconómico de las distintas localidades.

De todas formas, cabe resaltar algunas de sus similitudes. La mayoría de las poblaciones cementan su economía en el monocultivo del olivo. Aunque pueda parecer algo típico de Andalucía, no fue hasta finales del siglo XX cuando se produjo una transformación agraria en donde se transita desde el cultivo del cereal, el almendro o la uva hacia la producción de aceitunas y aceite. Esta transición se asocia a un factor común: el olivo pasa a ser el cultivo que, en términos coste-beneficio, es el más ventajoso. No se debe separar la disposición y alteración de los terrenos fértiles del mercado global. Como muchas veces he podido escuchar durante mi estancia en el campo, la producción de cereal en EE. UU. y la apertura de España al mercado europeo provocó una competencia insalvable para el cultivo de esta planta. Por lo tanto, en un proceso de mutación forzada, el monocultivo del olivo se convierte en el factor económico más determinante para estas poblaciones, subrayando en especial el caso de Jaén (Galiano Parras 2017: 3).

Común entre estas poblaciones es también el éxodo rural al que se vieron abocados. Tras la Guerra Civil muchas de estas poblaciones sufrieron una importante devastación. El tejido productivo andaluz fue prácticamente destruido, pasando a una economía de subsistencia y los intentos de la II República por conformar un sistema de protección social desaparecieron. Las personas que vivían en los cortijos no tenían luz, había que ir a buscar el agua a los pozos y nacían hijos para que hubiese mano de obra suficiente. Peculiar fueron las vías de transporte, tradicionalmente deficitarias y poco cuidadas; las distancias se hacían enormes y el medio de transporte prioritario era el caballo. El régimen franquista justificaba estas condiciones por los sucesos acaecidos en la guerra. La culpa era de los otros. La reindustrialización se produjo en Cataluña y el País Vasco, mientras que las condiciones materiales de los andaluces seguían siendo ínfimas.

Con este pretexto, muchos andaluces emigraron a estas urbes industrializadas a partir de la conformación de una doble necesidad: huir de las condiciones de subsistencia que existían en Andalucía como el requerimiento de mano de obra barata por parte de estas ciudades. No obstante, en el caso que nos concierne el éxodo rural que nos interesa es más local. Diversas gentes que nacieron posteriormente a la guerra, viviendo su infancia en pequeñas aldeas o directamente en cortijos, se mudaron en su juventud hasta 1960 a localidades cercanas con un profuso incremento. Posteriormente, el movimiento

demográfico se desplazó a las capitalidades provinciales (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía).

El catolicismo, por otra parte, se proclama como la religión más seguida en Andalucía y, en concreto, en esta zona. Las iglesias, ermitas y catedrales se observan por doquier; ejemplarizante es Antequera con hasta treinta y tres. Sin embargo, el culto en Andalucía posee ciertas peculiaridades. Como López Pintor y Castillejo Gorráiz (1993: 388) constatan, se desencadena en Andalucía un doble proceso contrario entre sí. *“Por una parte, como correlato internacionalmente bien conocido del proceso de secularización cultural, desciende la práctica dominical y se debilitan algunos elementos de la disciplina eclesiástica, así como las manifestaciones de acatamiento del magisterio. Por otra, sin embargo, aumentan y se fortalecen las manifestaciones de religiosidad popular tradicional en esta tierra (hermandades, cofradías, romerías, etc.).* El fervor hacia las imágenes no depende del ingreso o pertenencia a la iglesia católica; es un culto en donde la persona puede llegar a ser secular y la imagen se asocia más al pueblo, su fiesta y tradición que a las concepciones que desde la institución eclesiástica pudiera proponer. De este modo, procesiones, celebraciones de los santos locales o adoración a beatos se instituyen como los verdaderos motores de esta religiosidad. Ejemplo de ello en estas localidades estudiadas es el culto a Fray Leopoldo, limosnero de Granada nacido en Alpendeire, que cuenta con más seguidores que las propias vírgenes patronas de las capitales, como pudieran ser la Virgen de las Angustias en Granada o la Virgen de la Capilla en Jaén.

Otro patrón en esta concepción de religiosidad popular es la tradición de curanderos y santeros que se ubica en el sur de Jaén y Granada. Esta cuestión se estudia tangencialmente en la investigación debido a la gran cantidad de temáticas que abordamos. Empero, es un gran ejemplo de cómo se instituye y practica la religiosidad por lo menos en parte del Triángulo. Los santeros o santos locales son personas que, conocidos en la zona por su bondad, sabiduría y oficio, ostentan un poder sobrenatural dado por Dios. La gente acude no solo a curar malestares físicos, sino que también son una especie de consejero para todos los derroteros de la vida. Existe, pues, una saga de santos en la Sierra Sur de Jaén que, comenzando con Luisico el Santo y continuando con el Santo Custodio y el Santo Manuel, fueron y siguen siendo adorados aun en la muerte. Se confía todavía en el poder sobrenatural de estos a la hora de efectuar milagros; la

romería para visitar la casa del Santo Custodio sigue vigente y se celebra cada 11 de agosto.

Todos estos constituyentes, sin embargo, no pueden asociarse a unas particularidades acaecidas únicamente en este territorio. Aun cuando el monocultivo del olivo es determinante en estas poblaciones, el éxodo rural o la adoración católica a las imágenes son comunes en otros sitios de Andalucía y España. Lo que he intentado es conformar un perfil que permita contextualizar, aunque sea vagamente, algunos de los factores más determinantes en términos económicos, históricos, sociales y culturales que se desarrollan en la zona. Parecería, pues, que lo único que une estas localidades es El Triángulo Biomédico.

1.3. Vista preliminar, entrada al campo y limitaciones de la investigación.

Descrita la motivación y la ubicación donde se sitúa el objeto de estudio, procedo, aunque sea brevemente, a relatar cuál ha sido mi propósito con el trabajo de campo. La etnografía, en un principio, se iba a situar únicamente en la localidad de Alcalá la Real e iba a durar unas dos semanas, la primera quincena de febrero de 2021 aproximadamente. También pretendía visitar otras localidades cercanas y los vértices del Triángulo Significativo, como son Priego de Córdoba o Iznájar, aunque estas como simples anclajes comparativos del análisis empírico que realizase en Alcalá la Real. Esta elección se debió a que, como bien sabía, debía ser significativo para mis entrevistados y para el campo ya que, en principio al ser un tema tabú, de ocultamiento o de sincretismo, no sería sencillo indagar en esos significantes sociales.

Aun así, he de reconocer también que mi entendimiento anterior sobre el suicidio no es el mismo que el de ahora. Por lo tanto, en mis preconociones se estipulaba que, para descubrir las causas (esta pregunta también se ha transformado) debía ir al foco suicida, es decir, la localidad en donde la tasa de suicidio fuese más alta. Era lo que Durkheim discutió en torno al contagio suicida: no existe ninguna correlación entre un núcleo suicida, una localidad principal de la comarca, y la capacidad de propagación mimética (Durkheim 2018: 107). Por lo cual, *“no se trata de imitadores ni imitados, sino de efectos idénticos debidos a una identidad relativa a las causas”*. Esta identidad relativa, sería, pues, el medio social. Concebir Alcalá la Real como una localidad modelo para el resto

de las poblaciones que componen el Triángulo hubiese sido un craso error puesto que, como he mencionado anteriormente, existen pocas similitudes entre las localidades salvo los factores descritos. Posiblemente habría caído en una esencialización y generalización de las localidades, lo que me imposibilitaría desarrollar el marco teórico que trataré en las páginas siguientes.

Fue, paradójicamente, la pandemia del COVID la que provocó que no me centrara en Alcalá la Real. Debido a las condiciones sanitarias esta investigación iba a realizarse sin etnografía ya que pretendía quedarme en la casa de un familiar en Ermita Nueva, una aldea de Alcalá la Real. Desgraciadamente, esto no se pudo llevar a cabo porque lo primero era la salud del familiar y mi persona iba a estar constantemente en contacto con colaboradores. Ante esta situación, no tuve más remedio que replantearme la investigación. Sería un trabajo puramente teórico en el que conformase un marco bien estructurado que me permitiera hacerle las preguntas a la realidad en un vector epistemológico surgido de lo racional a lo real, como Bourdieu (2013: 56) señalaba. Y aunque finalmente ha sido así puesto que mis premisas parten de la vigilancia epistemológica de mis propias preconcepciones y las de mis informantes, la experiencia ha sido otra.

El marco teórico se ha ido produciendo a base de lecturas, de debates internos, de indecisiones, y, en definitiva, de casualidades como fue mi llegada al campo. Desprovisto de toda esperanza, me emplacé al estudio teórico. Sin embargo, me enteré de que había una casa libre en Salar que no estaba habitada por nadie. Me dio la posibilidad, en cierta medida, de realizar la etnografía sin riesgo de contagiar a mis allegados y, en una de mis ráfagas de energía, decidí partir.

Salar se sitúa en la comarca de Loja, Granada, fuera por escasos kilómetros de la línea que determina el Triángulo Biomédico. Como he dicho al comienzo, fue mi centro de operaciones particular. Al vivir allí, Alcalá la Real me quedaba lejos, a una hora y veinte en coche más o menos. Por lo tanto, aunque mi primera intención fuera visitar más a menudo la localidad jienense, tuve, por necesidad, que adaptarme a las circunstancias devenidas y reconocer otras localidades. Fue con el primer prisma de Iznájar, de Loja o de Algarinejo cuando me di cuenta de que mi objeto de estudio era demasiado grande, tanto en extensión geográfica como en contenido. Esto me llevaría más tiempo que dos

semanas. No podía formalizar una tesis con tan poca muestra y, en los primeros días, más que respuestas fueron dudas las que surgieron. De esta forma fueron pasando las semanas hasta los dos meses que estuve trabajando en el campo.

Quizá no sea la forma más ortodoxa de introducirse en un trabajo de campo, pero fueron estas casualidades las que hicieron que se conformara un estudio más holístico del fenómeno y, a mi entender, más interesante. Por ejemplo, la dicotomía producida por la articulación de saberes experienciales y biomédicos que he mencionado anteriormente no hubiese sido posible sin mi estancia, observación participante y entrevistas efectuadas en Antequera, Archidona, Priego de Córdoba, Iznájar, Salar, Loja, Ermita Nueva, Alcalá la Real, Noalejo, Puerto Lope, Íllora, Alcaudete, Montefrío, Granada, Jaén, Moclín, Los Olivares y El Higueral. Con un total de diecinueve pueblos visitados, se antojan escasos para los más de doscientos cuarenta.

Y he aquí las limitaciones de la investigación. Como he señalado, la significación del antropólogo es fundamental. Es por ello por lo que, al visitar tantas localidades, la mayoría sin referencia ni padrinos de campo, los informantes se redujesen hasta un total de cuarenta. He intentado, en la medida de lo posible, buscar e interesarme por sujetos participativos, tanto institucionalmente como a nivel experiencial, en la muerte voluntaria que se desarrolla en la zona. Así, entre los colaboradores nos encontramos con psiquiatras, psicólogos, jefes de planta hospitalaria, médicos rurales, concejales, funcionarios públicos, enterradores, curas y todos los sujetos que, sin una profesión asociada, han experimentado la vivencia de una muerte voluntaria cercana. Sin embargo, se me antojan (y más conforme escribo estas palabras) escasos en proporción a la enormidad geográfica, demográfica y teórica en el que se sitúa el objeto de estudio.

La segunda limitación clave es la perspectiva de género. Al ser una práctica que producen sobre todo hombres (75/25), creo que uno de los aspectos claves de la investigación sobre el suicidio pasa, en parte, por el estudio de las masculinidades locales. Aunque en parte de la etnografía mencione esta temática, referenciando, por ejemplo, la victimización masculina del dato es un asunto que, en futuras investigaciones, se debería tratar con más ahínco. Y es que, actualmente, no poseo los conocimientos suficientes sobre teorías feministas para estructurar esta perspectiva. Puedo asegurar, a partir del trabajo de campo, que parte de esta relación entre masculinidad y suicidio se deben a las expresiones de

fortaleza, fuerza, empaque o vigor que los discursos hegemónicos masculinizantes han deslizado a la corporeidad subjetivada de las personas masculinas cisgénero. Aun así, con una muestra tan escasa y con el espacio tan reducido que tengo para escribir estas palabras, me dejarán, lectores, que se posponga a futuros ensayos para un análisis más definido.

Tampoco he propuesto ninguna categorización racializada o de clase. El estudio se ha fundamentado en un sujeto que nació y/o vivió en el Triángulo Biomédico. Por lo cual, aunque pude hablar con magrebíes y observar ciertas interacciones significativas racializadas entre nativos y senegaleses, considero que el objeto, de por sí extenso, se me antoja inabarcable añadiendo estas cuestiones. Lo mismo ocurre con la clase social que, por falta de muestra, no puedo desarrollar. Aun así, estas categorizaciones, al igual que la perspectiva de género, quedan pendientes en relación con el deslizamiento que el sistema biomédico local desarrolla en torno a ellas.

También cabe resaltar que para este estudio solicité al Instituto Nacional de Estadística los datos correspondientes a la tasa de suicidio estimada en cada una de las localidades de las provincias de Granada, Córdoba, Málaga y Jaén, diseminadas en edad y sexo, desde 1975 hasta 2018. Sin embargo, lo que recibí fue un fichero con cada suicidio efectuado en cada provincia, con la edad y el sexo correspondiente, sin determinar el municipio. Estos datos, como se entenderá, son de uso limitado para la investigación; no se puede concretar una tasa de suicidio para cada municipio, diferenciando y proporcionando una categorización efectiva. Además, se me remitió que, debido a la Ley de Protección de Datos, los suicidios en poblaciones de menos de 10.000 habitantes no se pueden divulgar. La administración pública no está por la labor de proporcionar este tipo de datos, en parte, por el célebre “Efecto Werther”. Este fenómeno se caracteriza por considerar la publicación de crónicas, relatos o noticias como un causante del efecto llamada y/o de imitación, aumentando, así, los suicidios. Es cuanto menos contradictorio que, mientras se rechaza la petición para la obtención de datos fiables acerca de la tasa, tanto para publicaciones académicas como ayuntamientos (véase la etnografía), el INE los facilite a un periódico de tirada nacional como “El Español” que tituló su artículo como *El triángulo de los suicidas: en los pueblos donde quitarse la vida es una costumbre* (Muñoz 2016). ¿Dónde está, en este caso, el minucioso cuidado con el que los que nos hemos interesado por la práctica del suicidio debemos proporcionar? ¿El INE considera, pues,

que el titular no crea contagio, siguiendo las premisas sobre el Efecto Werther que ellos mismos defienden?

Me gustaría añadir una última limitación. Este trabajo de campo se ha efectuado durante la pandemia COVID. Por lo tanto, he tenido que guardar ciertas distancias con los informantes. En el capítulo “*Metodología*” detallo que la grabación, por ejemplo, no ha sido un elemento que haya utilizado mucho. Aparte de los detalles que doy en ese apartado, también es cierto que, si ya es difícil conseguir una entrevista sobre la temática, lo es más aún al aire libre o en un espacio público ya que el tabú (construido) del suicidio o el “qué hace este hablando con un desconocido” son barreras que cuesta superar. Así, la mayoría de las entrevistas y charlas informales se han producido en el exterior. Principalmente, por la seguridad de mis entrevistados; en ese momento podría ser un potencial foco de contagio debido a que interactuaba con mucha gente y visitaba una gran cantidad de sitios diferentes. Por estas medidas adoptadas en el trabajo de campo puedo confirmar que ninguno de mis colaboradores ha sido contagiado. Lo primero es el bienestar de los sujetos.

Descritas las motivaciones, contextualizada la zona y delimitada las limitaciones de la investigación, solo queda realizar un apunte. Este estudio se propone, fundamental e independientemente de la resolución de la hipótesis, validar el método antropológico como herramienta de análisis del objeto de estudio de esta investigación. Como se podrá observar tanto en la etnografía como en el capítulo “Hipótesis”, la biomedicina ha sido productora y legitimadora de subalternización y patologización tanto del sujeto del Triángulo como del propio suicida. Configurar una alternativa analítica sobre el suicidio en la zona podría permitir abrir nuevos marcos de posibilidad en donde las estructuras sociales y los espacios comunitarios pudieran ser más relevantes a la hora de tratar el fenómeno. No es, por lo tanto, un punto final. Es un comienzo de, espero, lo que he llamado al principio producción de recuerdo; recuerdo del pensar desde Andalucía y recuerdo del olvido de la academia antropológica sobre el suicidio.

2. Marco teórico

2.1. Estado de la cuestión en la academia antropológica.

Aunque Lorena Campos Arauz (2017: 46) comentase que el suicidio es ese “*lugar óptimo para el estudio antropológico*” ha sido un objeto de estudio que casi más que olvidado, se podría decir que ha sido convenientemente obviado. Pocos son los antropólogos que han tratado el tema aun cuando Emile Durkheim “fundase” la sociología y el método sociológico con el libro “El Suicidio” y validase una herramienta alternativa a las configuraciones biomédicas que por aquel entonces estaban despertando. En parte, esta cuestión se podría deber al dominio del positivismo lógico y el determinismo estructural en la ciencia de la suicidiología (Broz y Munster 2016: 8). Estas implicaciones, considero, están ampliamente extendidas entre la academia antropológica en tanto es un objeto de estudio difícilmente articulable en tanto capacidad de agencia y las propias estructuras objetivas. Yo soy el primero que lo puede confirmar: el suicidio se expresa en un discurso tan patologizado, atomizado e individualista que es complicado desprenderse de esos supuestos. Además, debido a las cada vez más rápidas etnografías (Menéndez, 2002: 283) que se producen, un estudio de calidad y confiabilidad sobre el suicidio parece una quimera. Y lo puedo confirmar: los dos meses que he permanecido en el campo me han servido principalmente para crear redes de contacto. No obstante, algo de literatura antropológica acerca del tema sí que se ha elaborado. Procedo, pues, a realizar un repaso histórico acerca de los principales autores que han escrito sobre el suicidio. Los siguientes párrafos no serán una mera revisión de la cuestión sin relevancia en la investigación. Nos servirá para dilucidar, por una parte, cuáles han sido las concepciones que más se han problematizado en torno al suicidio, ya sea la capacidad de agencia, la estructura, el tabú, la patología, el contagio, lo normal/anormal o la norma, entre otros. Han sido elementos siempre presentes, de una u otra manera, en esta literatura tan de nicho. Por la otra, también permitirá situar este escrito dentro de un determinado marco político-social que explique, en cierta forma, algunas de sus concepciones. Dicho lo cual, comencemos con Emile Durkheim (2018) “El Suicidio”.

Este sociólogo francés propuso el método sociológico como único instrumento útil para el análisis del suicidio. A partir de la contra argumentación de las principales tesis que se manejaban en el momento en torno a porqué existía una tasa de suicidio diferencial para cada sociedad (imitación, raza, procesos psicopáticos y factores cósmicos) el suicidio se

convierte en un hecho social. El hecho social Durkheim lo define como *“todo modo de hacer, fijado o no, capaz de ejercer sobre el individuo una coacción exterior. O también, que es general en extensión a una sociedad al mismo tiempo que tiene una consistencia propia independiente de sus manifestaciones individuales”* (Durkheim, 2003: 68). Así, el objeto de estudio no es el suicidio, sino la tasa de suicidio como expresión estadística del propio hecho social. Este término, como forma positivista de realidad, serviría para categorizar hasta cuatro tipos de suicidio dependientes de las estructuras de sociabilidad: el suicidio egoísta, el suicidio altruista, el suicidio anómico y el suicidio fatalista.

El suicidio egoísta se podría catalogar a partir de la relación inversa a los niveles de integración de estas estructuras. Identificada en las sociedades orgánicas por la división del trabajo y la separación entre la conciencia individual y colectiva, la persona se suicidaría por la excesiva individualización de la que es causa la sociedad. Esta sociedad excesivamente atomizada se constituiría a partir de la solidaridad orgánica, surgida a través de la diferencia entre sus sujetos. Así, la individualización es una forma moral que no conlleva la desintegración social. Sin embargo, Durkheim sí la considera peligrosa en tanto un excesivo alejamiento del sujeto supondría el desapego a esa constitución moral que concluiría, finalmente, con la muerte voluntaria. La persona se considera con el derecho inalienable de poder decidir su propio destino. En el otro lado de la balanza está el suicidio altruista, que se define al contrario que el egoísta. Es consecuencia de una excesiva integración de las estructuras sociales en el individuo o de una superposición entre colectivo-individuo. Provocados comúnmente por la sociedad mecánica, las personas consideran que existe una obligación, expresada por la sociedad directa o indirectamente, de suicidarse. El suicidio anómico, el tercero en discordia, es causado cuando las normas sociales que imperan en la sociedad son diluidas o, directamente, son inexistentes. El ser, entonces, no conoce límites a sus aspiraciones, no está sujeto a ningún principio coercitivo como lo es la sociedad. Ante este nihilismo reglamentario, se suicida. El cuarto tipo, escasas veces mencionado, es el suicidio fatalista. En su conformación dicotómica de los tipos de suicidio, este tipo de suicidio sería el contrario del suicidio anómico, al igual que ocurre entre el suicidio altruista y el egoísta. Entonces, el suicidio anómico se produciría cuando la regla es tan insalvable o irreductible que la persona no tiene más que matarse.

De todo lo anteriormente comentado se desprende un tipo de suicidio concreto que parte de una visión positivista y estructural funcionalista de esta. Como él mismo expresa, *“el detalle de los dogmas y de los ritos es secundario. Lo esencial es que sirvan, por su propia naturaleza, para alimentar una vida colectiva lo suficientemente intensa”* (Durkheim 2018: 142). La propia experiencia subjetiva y las estructuras de creación de subjetivación son obviadas. El suicidio es producto, pues, de una fuerza exterior que regula esa función que es el suicidio. Porque hay que recordar que, para Durkheim, este acto es constituyente de las propias sociedades ya que es universal. Así, el suicidio se instituye como algo normal. La patología del suicidio en el sociólogo se produciría cuando, dentro de esa función social, existe un exceso de muertes que no se relacionan con las necesidades de las estructuras sociales. Un suicidio, pues, no dependiente de las consideraciones subjetivas de los individuos. Sin embargo, la condena al suicidio no se efectuaría por esta patologización. Sería consecuencia de un proceso evolutivo en el que, progresivamente y tras la división del trabajo y la conformación de la solidaridad orgánica, los sujetos constituyentes de esa misma sociedad, al quedarse únicamente como objeto apreciable el propio individuo, le darían un valor absoluto (Durkheim 2018: 371).

Bronislaw Malinowski (1985) fue otro de los que, entre los antropólogos más reconocidos, comentaría el suicidio en uno de sus libros *“Crimen y costumbre en la sociedad salvaje”*. En este estudio sobre los Trobriand, relacionó directamente su defensa de las instituciones de derecho y las leyes civiles (que no penales) con la brujería y el suicidio en las sociedades *“primitivas”*. En su cruzada contra la estereotipación del *“primitivo”*, donde, como afirmaba Durkheim con la sociedad y solidaridad mecánica, las agrupaciones sociales *“primitivas”* carecían de leyes e instituciones y su único método de regulación social era la imposición azarosa, el suicidio se muestra como un acto coercitivo que reglamenta, mediante el acto, las propias conductas de los demás. Por lo tanto, cumple también una función al igual que pensaría Durkheim, aunque las diferencias entre ambas conceptualizaciones sean divergentes. Así lo expresa Malinowski (1985:57): *“el suicidio no es ciertamente un medio de administrar justicia, pero proporciona al acusado y oprimido — tanto si es culpable como si es inocente — una forma de escape y de rehabilitación. Esto tiene gran significación en la psicología de los nativos, es un freno permanente contra la violencia de conducta y de lenguaje, y de cualquier desviación de la costumbre o de la tradición que pudiese dañar u ofender a otro”*. Como padre de la observación participante es interesante analizar como articula el suicidio en tanto función

reguladora de derecho. En este caso, incluye una tipología del suicidio que, aunque parta de esta función descrita anteriormente, se expresa en dos métodos socialmente significativos para los Trobrian: *el lo'u (lanzarse desde lo alto de una palmera)* y *tomando veneno irremediable de la vesícula biliar de un pez globo (soka)* (Malinowski 1985: 56). Se pasa de estudiar como exterioridad a añadir significaciones concretas. Aunque Malinowski entenderá que el individuo de estas sociedades tiene más capacidad de agencia que los “primitivos” abocados a la conciencia colectiva de Durkheim, el antropólogo austrohúngaro seguirá apostando por el suicidio como un acto regulador de las estructuraciones sociales. Sería, pues, un proceso mecanicista y determinista donde tanto la experiencia del suicida como la respuesta de los otros sería definida a partir del equilibrio que se les supone a estas sociedades a través de la propia psique de cada individuo. Viene a ser una proposición que continua los designios de Malinowski en tanto su definición de cultura como necesidad orgánica (Malinowski 1944: 34).

Y de estas teorías estructural-funcionalistas y funcionalistas pasamos directamente a las propuestas de Michael Foucault. Para entender el pensamiento de este pensador francés en relación con el suicidio, en primer término, se debe explicar su conceptualización de biopoder. En *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber* el autor habla de la transformación en el derecho producida en el siglo XVIII en el que se transita desde un derecho soberano de hacer morir, dejar vivir en un planteamiento hobbesiano del mismo a lo que él mismo nombra forma disciplinaria de poder, en donde es la normatividad de los cuerpos la que clasifica y vigila. El poder pasa desde un soberano concreto y unas leyes reguladoras a una tecnología social que disciplina a los sujetos. Por lo tanto, este poder no “*se ejerce, sino que se transmite y se vive*” (Mendieta 2007: 145). El suicidio aparece como el límite de estos dispositivos de poder en tanto que la muerte no podía ser atrapada. Por lo cual, se estructuran ciertas configuraciones, de tradición filosófica y social, en el cual la muerte voluntaria es propugnada como producto de una aberración antinatural. En *Un placer tan sencillo* (Foucault 1979) se muestran estas cuestiones y traza una argumentación consistente en repensar el suicidio en términos críticos con los de biopoder. Al considerar al sujeto como forma y no materia, dependiente de las interacciones sociales y los deslizamientos de la tecnología social, la disposición de este se formula en cuanto al suicidio como un acto disciplinado por los mismos. El suicidio, como práctica y no como decisión individual, es pues vista como una forma de resistencia en contra de esos mismos dispositivos del biopoder. Se busca, entonces, una muerte que

esté preparada, que no sea una concepción relacionada con la ineficacia de los cuerpos en esas mismas disposiciones que imbuyen al cuerpo y que lo hace constitutivo de esos mismos dispositivos de poder.

En referencia a esto, Foucault argumentaba que esa “fascinación por la sociología clásica” (Romero, Gonnet 2013: 593) de la que hablé anteriormente, se sitúa en un espacio en donde estas formas disciplinarias de poder, en búsqueda de controlar la vida y el vivir, se articula con estas ciencias sociales. Al respecto, Foucault (2005: 168) afirmaría que *“no hay que asombrarse si el suicidio —antaoño un crimen, puesto que era una manera de usurpar el derecho de muerte que sólo el soberano, el de aquí abajo o el del más allá, podía ejercer— llegó a ser durante el siglo XIX una de las primeras conductas que entraron en el campo sociológico; hacía aparecer en las fronteras y los intersticios del poder que se ejerce sobre la vida, el derecho individual y privado de morir”*. Analiza la teoría de Durkheim en relación directa con los dispositivos de poder que preconizaban el control vital de los cuerpos. Surge, pues, a partir de una creciente preocupación de estas formas disciplinarias de poder por la vida y su control y vigilancia. Las ciencias positivistas legitimaron esa misma disciplina siguiendo un proceso histórico en el que los dispositivos se alzaban con el poder en contra de los soberanos y las leyes. Es curioso, por otra parte, como Durkheim desposee de la capacidad de análisis a las ciencias fisiologizadas para, posteriormente, volver a patologizar el suicidio en tanto hecho social desajustado. Foucault (2008: 84), a este respecto, argüiría que *“en una sociedad se considerarán patológicos los fenómenos que al alejarse de la media señalan las etapas superadas de una evolución anterior”*. La patologización sería, pues, un borde subjetivado que separa la normalidad de la anormalidad o, dicho de otra forma, lo social con la otredad espaciada.

Por último, en lo que se refiere a los estudios propiamente antropológicos y etnográficos acerca del suicidio, observamos cómo se siguen formulando las cuestiones de la patologización, la capacidad de agencia, los dispositivos de poder encarnados o la dicotomización normal/anormal. A este respecto, la mayoría de los estudios realizados han sido producidos por anglosajones. Esta corriente se ve influida por los estudios de cultura y personalidad que en cierta medida Ruth Benedict (1974) proclamaría. Para esta tradición boasiana, el suicidio sería producido por la conceptualización de normalidad/anormalidad de cada cultura, en donde determinados comportamientos no

serían aprobados. Por lo tanto, existe una especie de subjetividad culturalmente específica proclive al suicidio en cada sociedad. Ruth Benedict (1974:73) argumenta la personalidad y el comportamiento en relación con las estructuras sociales y la dicotomía normal/anormal de la siguiente forma: *“La mayoría de las organizaciones de la personalidad que a nosotros nos parecen incontestablemente anormales han sido utilizadas por diferentes civilizaciones en los fundamentos mismos de su vida institucional (...) Los propios ojos con los que vemos el problema están condicionados por los viejos hábitos tradicionales de nuestra propia sociedad”*. Se parte de una perspectiva en donde el sujeto es una única sustancia, en contradicción con Foucault. Esto es, al ser una irreductible sustancia, el sujeto es poseedor de una psique concreta. Al conceptualizarse de esta forma, la causa del suicidio proviene de las propias estructuras sociales que han provocado la sintomatología propia de anormalidad cultural. La capacidad de agencia, en este caso, está condicionada. A la luz de esta cuestión, Marilyn Strathern hablaría de la personalidad como un *“not the repository of a unitary or bounded identity but rather composed of social relations, and in this sense [thinkable] as ‘dividual’ or ‘partible’ entities”* (Carsten 2003:94). Por lo cual, lo que se intenta superar es el entendimiento mecanicista de la capacidad de agencia y la concepción unitaria de personalidad. El suicidio, al no provenir de una única sustancia es dependiente de las relaciones sociales que se instauran. En parte, es una reconceptualización de la personalidad occidental, anclada en determinadas significaciones clásicas. Ruth Benedict, al igual que toda la antropología médica clásica que trata las patologizaciones en términos unitarios y relacionales en la normalidad/anormalidad cultural, caen en lo que Ian Marshall llama como “subjetividades suicidas”, que se relacionan, a su misma vez, con la producción hegemónica de saber psiquiátrico y biomédico (Broz y Munster, 2016:16).

Debido a la tradición anglosajona, muchas de las etnografías que se han efectuado han girado en torno a la personalidad. Sin embargo, también hay una fuerte corriente foucaultiana al respecto. La pregunta, aquí, como formula Farmer, es si, a partir del acto de resistencia descrito por Foucault, la rebeldía, desobediencia o crítica se efectúa en relación con las filiaciones inmediatas o a un sistema de dominación más amplio (Broz y Munster, 2016). Uno de los más conocidos antropólogos que han tratado este tema es Karin Andriolo (2006:102) que expresa como el suicidio es siempre un mensaje encarnado en el propio cuerpo: *“Protest suicide is dying with a message, for a message, and of a message. The body becomes the site on which self-destructive mimesis denounces*

the wrongs that humans have wrought”. Promueven, en cierta medida, la concepción malinowskiana de intencionalidad como si el suicidio fuese siempre un mensaje o una respuesta a una determinada situación. Sin embargo, no lo relacionan con la función judicial que le adjudica el antropólogo austrohúngaro. No obstante, al influenciarse por una fuerte corriente foucaultiana lo describirán como un suicidio-protesta. El debate acerca de las tipologías de suicidio o la misma concepción de suicidio en determinadas prácticas culturales se ha puesto en duda. ¿Es la muerte influenciada por un demonio, aunque, en apariencia, el mismo sujeto se haya matado? Todas estas proposiciones han sido fuertemente discutidas en un giro decolonial del mismo, donde se proclama la instauración de ese imperio cognitivo como formación ontológica colonial del que hacía referencia Sousa Santos (2021: 10)

2.2. Estado de la cuestión en España.

Así pues, hemos repasado brevemente algunas de las premisas acerca del suicidio tales como la capacidad de agencia, la normalidad/anormalidad o la patologización. A continuación, recorreremos algunos de los estudios que se han realizado en España acerca del suicidio para averiguar cuál ha sido el tratamiento dado y las influencias percibidas, que, en mayor o menor grado, han influenciado las experiencias subjetivas de los sujetos del Triángulo. Me hubiese gustado realizar también un análisis sobre etnografías del suicidio producidas en España, pero, en realidad, hasta donde conozco solo existe una: *La muerte y otros mundos. Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de Alzada* de María Cátedra Tomás (1988). Por todos los medios he intentado conseguir un ejemplar de una forma u otra. No ha sido posible. La única referencia que tengo de este estudio es que, como expresan Martínez- Hernández et al (2015: 212) trata “*sobre los vaqueiros de Alzada (que tratan) sobre los «malos ojos» y la envidia, la muerte, el suicidio y la enfermedad desde el punto de vista de los actores. Excelente y sensible escritora, su principal objeto es el análisis de la identidad de un grupo marginal y rural. Fiel a los principios del culturalismo, su obra no contempla la influencia de la medicina en la configuración de los saberes populares ni su subalternidad asociada a las condiciones de vida y muerte de los vaqueiros*”. Es una pena, puesto que parece que esta, la que lectores están ahora mismo leyendo, la segunda etnografía realizada sobre el suicidio en España. Hubiese sido enriquecedor poder comparar ambas visiones, aunque ya adelanto que mi visión se articula poderosamente en la relación intersubjetiva que se desarrolla entre los saberes biomédicos y populares. Por otro lado, Lorena Campo Aráuz

(2017) a la que hemos mencionado pretéritamente, también escribió un ensayo sobre el suicidio, aunque en este caso en el valle de Quito, titulado *La cadena de los suicidas. Relatos de vida y muerte en un valle de Quito*. Esta etnografía indaga acerca de las distintas subjetividades, el sufrimiento, la vinculación social, la historia comunitaria compartida, el ritual... en definitiva, se introducen significaciones locales para entender cómo se experiencia el suicidio. A su vez, este trabajo se encuadra en una publicación titulada *Etnografías del suicidio en América del Sur* (Campo Aráuz; Aparicio 2017) y si se observa, se dilucidará que la producción brasileña e hispanoamericana es mucho más profusa que la española. Dicho lo cual, examinemos los escritos que han tratado acerca del suicidio en España.

Para comenzar, me gustaría comentar el ensayo *La medicalización del suicidio en España del siglo XIX: Aspectos teóricos, profesionales y culturales* que escribieron José Javier Plumed Domingo y Luis Rojo Moreno (2012), puesto que será de especial relevancia en la etnografía y sirve para introducir una genealogía sobre el estudio del suicidio en España. Así pues, estos autores relatan el enfrentamiento de dos posturas psiquiátricas irreconciliables en torno al suicidio: espiritualistas, donde se situaban los católicos y materialistas, con una fuerte influencia romántica, liberal y científicista. El catolicismo español consideraba el suicidio como un pecado. El único que podía dar y quitar la vida era Dios. Enrique Gaspar (1896:3) en su tesis publicada en la Universidad de Granada escribía: “*nuestra Santa madre la Iglesia Católica anatemiza justamente el suicidio como acto de rebelión contra la voluntad divina*”. Así pues, con la introducción de las teorías materialistas en el siglo XIX referentes al suicida diferentes médicos y juristas españoles conformaron una férrea oposición. Que el acto de matarse fuese producto de una enfermedad física desposeía al sujeto de capacidad de agencia, por lo que el pecado no era condenable porque la persona realizaba el suicidio fuera de todo sentido moral. El médico español del siglo XIX Juan Giné y Partagás en el ensayo *Tratado teórico-práctico de Frenopatología* considerará el suicidio a partir de una agencia determinada directamente con la enfermedad fisiológica y, por lo tanto, desposeída de una voluntad racional: “*La voluntad es expresión de un automatismo cerebral, cuyo origen, teniendo en cuenta los datos fisiológicos, debe referirse a las células de la zona cortical o de los cuerpos estriados*” (Giné y Partagás, 1876:183). Todo este debate entre espiritualistas y materialistas se vería reflejado en las propias leyes estatales y en las instituciones gubernamentales alrededor de la “*ley 15, título XXI, libro 12 de la Novísima*

Recopilación, que ordenaba que los bienes del suicida fueran incautados” (Plumer; Rojo 2012: 156). En este sentido, ya se pueden vislumbrar la practicidad de la teoría. El gran poder que ostentaba la Iglesia Católica en el siglo XIX en España fue decisivo para que esta discusión sobre el libre albedrío o la capacidad de agencia se produjese. Era, en este caso, la Iglesia Católica la que ostentaba el poder sobre los cuerpos y su posible condena.

Introducida esta cuestión que, a mi parecer, es absolutamente relevante para situarnos, los siguientes estudios realizados sobre el suicidio en España han sido ejecutados principalmente por la sociología. Si reparamos en las publicaciones que el CIS ha producido sobre el suicidio vislumbraremos como la mayoría de los textos se basan, de una forma u otra, en las tesis de Emile Durkheim. Como hemos explicado anteriormente, el objeto de estudio del sociólogo francés es el hecho social del suicidio expresado en la tasa. Esto ha favorecido a los investigadores cuantitativos del suicidio para justificar sus conclusiones basadas en el propio trato de los datos. Es lo que Chul Han ha denominado como dataísmo, definido como la legitimación ontológica del dato, en el que *“pretende superar toda ideología, es en sí mismo una ideología. Conduce al totalitarismo digital. Por eso es necesaria una tercera ilustración que revele que la ilustración digital se convierte en esclavitud (...) el Big Data debe liberar el conocimiento del árbitro subjetivo. Así pues, la intuición no representa una forma superior del conocimiento. Se trata de algo meramente subjetivo, de un auxilio necesario que suple la falta de datos objetivos en una situación compleja, siguiendo esta argumentación, la intuición es ciega. Incluso la teoría cae bajo la sospecha de ser una ideología. Cuando hay suficientes datos, la teoría sobra”* (Chul Han 2014: 89). Esta legitimación del dato como única forma de conocimiento se refleja en estos estudios españoles sobre el suicidio. Así, en *Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011)* de Sánchez Barricarte, Martí Rubio y Castillo Patton (2017) las variables estructurales se plantean a partir de las concepciones que propone el sociólogo francés, afincando la probabilidad de suicidio en estas premisas durkheimnianas. Se muestra, pues, que el suicidio parte de estadística y según la estructura social en la que se reproduzca. Las experiencias intersubjetivas, las concepciones diferenciales de suicidio o la propia patologización de esta se obvian ante la preponderancia del dato. Incluso desde este dataísmo español se denuncia la falta de relación que existe entre la estadística y las definiciones de Durkheim. En *Estrategia y técnicas investigadoras en ‘El Suicidio’ de Emile Durkheim*, las investigadoras F. Alvira Martín y F. Blanco Moreno (1998) proponen que el coeficiente de correlación ya existía

y Durkheim no lo utilizó, aunque reconocen que el sociólogo francés acertó en el concepto de suicidio anómico y la relación entre suicidio y factores sociales. Ante estas propuestas, se podrá deducir cuáles han sido los marcos epistemológicos que han dominado el estudio del suicidio en España.

Me gustaría resaltar, no obstante, un estudio que se realizó en Las Alpujarras, Granada, en donde, curiosamente, se menciona *“la zona de los Montes Orientales, en la confluencia de las provincias de Córdoba, Granada y Jaén, es la que presenta una mayor incidencia suicida. Allí existen municipios, como Iznájar, con un coeficiente de 39,8, Montefrío, con 35,9, y Castillo de Locubín, con 29,7, que superan en mucho las tasas de suicidio obtenidas en la Contraviesa.”* Este estudio, titulado *Contribución al estudio del suicidio rural (El caso de la Contraviesa, en Granada)* de Roldan Barbero (2001) utiliza los datos de los juzgados de guardia para la obtención de datos. De clara influencia criminológica, la investigación señala una especie de “cultura suicidógena” que se podría definir en tanto ciertos comportamientos influenciados por el aislamiento geográfico y por un mimetismo conductual. Es interesante cómo este texto se influencia claramente con las proposiciones de cultura y personalidad de Ruth Benedict. En los dos últimos puntos de la conclusión se puede mostrar claramente: el suicidio es producto de *“una conducta desviada”* que posibilita la prevención y esta *“ha de relacionarse en primer lugar con aquellas causas mediatas que caracterizan la cultura suicidógena”* (Roldán Barbero, 2001:372). El suicidio es, pues, causa y consecuencia de una determinada conducta que, históricamente, se ha desarrollado en torno a la proclividad al suicidio. Aun así, es de agradecer que diferentes investigadores se interesen en el tema abriendo un debate que, por otra parte, es imposible con la tradición estadista durkheimniana española por las diferencias en los marcos epistemológicos.

Por último, sería interesante hablar de las diferentes investigaciones que se han realizado en la zona. La más influyente y conocida es el ensayo que escribió el psiquiatra de Alcalá la Real Antonio González. Es una pena, no obstante, que no haya podido tener conocimiento de sus concepciones más que tangencialmente. Incluso llegué a charlar con el psiquiatra para citarnos y comentar el tema, pero no hubo respuesta posterior. Por lo tanto, lo único que puedo argüir sobre este ensayo es que, según me relataron las

psiquiatras de Priego de Córdoba², González asociaba el suicidio a recoger el cadáver del ahorcado. Que, en definitiva, aumentaba las probabilidades de ser proclive al suicidio. Seguramente se comentarían más cuestiones; aun así, es lo único que he podido alcanzar. Los demás estudios regionales sobre el suicidio se basan en estudios estadísticos promovidos por las distintas universidades regionales (Navarro Gómez 2020) y por una tesis doctoral médica leída en el 2005 en la Universidad de Córdoba titulada *Estudio Médico Legal del suicidio. Su incidencia en el Partido Judicial de Priego de Córdoba entre los años 1960 y 1989* de José Sáez Rodríguez. Brevemente, se trata de otro estudio estadístico en donde se articulan los diferentes valores sociales, los datos en relación con la mayoría de los elementos que componen un suicidio y la comparativa entre provincias andaluzas.

Dicho lo cual, hemos repasado el tema del suicidio, de forma breve, en sus distintas investigaciones y metodologías tanto a nivel español como en el propio objeto de estudio. Como se ha podido validar, el estado de la cuestión se encuentra en España estancado. Aunque la tasa de suicidio española se sitúe entre las más bajas, es cuanto menos preocupante que los únicos estudios que se propongan sean estadísticos-dataístas y con una clara influencia epistemológica durkheimniana, salvo llamativas excepciones.

2.3. Propuesta epistemológica

Como hemos podido observar, el suicidio es un páramo tanto en la antropología como en los estudios sociales españoles. Aun así, hemos podido dilucidar algunas de las problemáticas que se estructuran en torno al suicidio: la capacidad de agencia, la patologización, la normalidad/anormalidad, la regla o el tabú. Son cuestiones que, en mayor o menor medida, son recurrentes cuando se menciona el suicidio, ya sea en los propios ensayos académicos como, en realidad, en la practicidad experiencial. Es por ello por lo que me he visto obligado a conformar un marco teórico propio en el que se incluyen aspectos de la antropología médica crítica, el constructivismo, la fenomenología crítica y la teoría foucaultiana.

² Ver sección del capítulo 5.3. Práctica, jerarquizaciones y sistema biomédico hegemónico “Psicólogas de Priego de Córdoba”.

Así pues, comencemos definiendo uno de los términos que más se ha nombrado en los anteriores apartados. La biomedicina ha sido una ciencia que se ha considerado objetiva, neutral y universal. Parte, en términos positivistas, de un objeto que es el cuerpo humano fisiológico. Por lo cual, otros factores como los sociales, culturales o económicos son a priori descartados en un biologicismo absoluto. No obstante, la conceptualización que sigo sobre el sistema médico occidental es el de Modelo Médico Hegemónico (Menéndez; Di Pardo 1996: 37). Este es un sistema cultural específico históricamente situado en unas premisas concretas hegemonizantes. Es, por lo tanto, una ciencia objetivada y universalizante que surge como discurso legitimador y subalternizador de intersubjetividades y prácticas. Como arguye Sousa Santos (2002:240) en referencia a la modernidad occidental, *“la razón metonímica [es la] que se reivindica como la única forma de racionalidad y, por lo tanto, no se aplica a descubrir otros tipos de racionalidad o, si lo hace, sólo lo hace para convertirlos en materia prima”*. El sistema parte, además, de una construcción colonial en donde tanto los sujetos como los saberes locales de los nativos ha sido descartada y convenientemente dicotomizada en el debate biomedicina-etnomedicina. Una es la ciencia objetiva que parte de proposiciones alejadas de la cultura; la otra se basa enteramente en construcciones culturales (folklorizadas). Por lo cual, este saber biomédico se introduce y permea en todos los ámbitos de la vida cotidiana, ya sea la de interacción médico-paciente, la patología, la normativización...

Así, cuando hablamos de sistema médico hegemónico es cierto que existe una determinada cosmovisión ontológica cientificista, objetiva y neutral sobre cómo es el cuerpo patologizado. Como bien expresa Byron B. Good (2003: 140) en su etnografía sobre estudiantes de medicina, la entrada a un grado médico conlleva una transformación del cuerpo del médico como la visión del cuerpo del paciente en un *“mundo lleno de objetos que, simplemente, no forman parte de nuestro mundo cotidiano. Aprender medicina es desarrollar este conocimiento del mundo vital específico exige adentrarse en un sistema de realidad específico”*. El médico, dentro de su experiencia vital en el que ha sido educado en este sistema específico, desarrolla ciertas conceptualizaciones sobre el cuerpo del paciente. Por lo tanto, a este lo ve anatomizado y atomizado conformando un conjunto de objetos que oscilan entre lo general hasta la profundidad atómica. Este sistema, en la práctica, configura la enfermedad como un desarreglo de alguno de esos objetos aun cuando estos no son identificables. El cuerpo fisiologizado del paciente descarta, pues, todos los factores sociales como marco de posibilidad. En la práctica, este

mundo tiene consecuencias en una separación epistemológica instrumental y técnica de la experiencia vivida que permanece en el paciente y que descarta cualesquiera tipos de razonamientos y saberes alternativos. Es, en parte, lo que Habermas (2001: 304) llamaría como colonización del mundo vital: una racionalidad cognitiva producto de la modelización capitalista que surge más allá de los límites de la economía y del estado en otras áreas comunicativamente estructuradas de la vida en las que se implanta a expensas de la racionalidad político-moral y estético-práctica.

Es en esta proposición donde los médicos se ubican. No obstante, como Charles Briggs (2005: 107) señala, *“los científicos de laboratorio y los investigadores clínicos de las instituciones de élite, y los epidemiólogos nacionales e internacionales, por ejemplo, se hallan en una relación ideológicamente definida con la producción de conocimiento científico muy diferente a la de, pongamos por caso, un médico rural”*. Aunque la educación y ese mundo vital que se desarrolla sea similar, podemos encontrar dentro del marco epistemológico biomédico distintas formas de concebir y tratar a un paciente. La experiencia vivida del médico rural no es la misma que la de un jefe de planta. Por ello, mientras que el jefe de planta se aleja de estas realidades o marcos experienciales del paciente porque en ocasiones ni lo ve, el médico rural trata a todo un pueblo; conoce quién ha estado con quién, si este ha estado todo el día en el bar, porque puede ser que haya estado todo el día en el bar... Tiene no solo entrada, sino también la disposición de inscribirse y penetrar en el mundo experiencial del paciente, puesto que su propia práctica le ha conformado de esta forma. El orden simbólico al que tienen acceso es igualmente relevante en tanto la información y comunicación es desigual. El mismo sistema cultural biomédico conforma distintas estratificaciones que dependen, en parte, del acceso a ciertos niveles simbólicos que aportan capitales simbólicos, entendiéndolo según Bourdieu (Breihl y Granda, 1989:44). Por lo cual, el sistema biomédico no se podría desarrollar sin esta jerarquización en donde los actores significativos aparecen. En este marco de actores significativos y practicidad se desarrolla el sistema cultural específico que es la medicina. Los propios presupuestos médicos, además, al ubicarse en una contextualización histórica y social concreta, produce estos a partir de conceptualizaciones anteriores dadas por los discursos hegemónicos. Como arguye Gloria Marshall (1993: 121-122) usando de premisa la racialización, la biomedicina tiende a manejar clasificaciones, dicotomías y presupuestos sociales impuestos para producir marcos de objetivación. El desarrollo capitalista, en parte, se ha propuesto con

este discurso legitimador de racializaciones, sexualizaciones y, en definitiva, de subalternizaciones.

Se ha desplegado todo un sistema que atañe hasta el marco sensorial y emocional del cuerpo. Continuando con la racialización, puede observarse un cambio de paradigma en el sistema biomédico a partir de 1970. Las proposiciones biomédicas sobre la raza eran suprimidas. La tasa de mortalidad y morbilidad o la profusión de enfermedades no podía ser explicada ya desde una clasificación racial. No se debió a un descubrimiento explícito surgido de la propia naturaleza y del análisis y producción científica objetiva. Los movimientos sociales demandaban una transformación. Aun así, la racialización en el marco biomédico permaneció. Se intercambiaron estas clasificaciones raciales que propugnaban un determinismo biológico por el estilo de vida, término que referencia a una cultura que, anclada, hermética y estática, producía esas tasas de mortalidad y morbilidad. Las formas culturales se desarrollan como culpables y, los sujetos de estas culturas no pretenden una transformación o cambio porque o bien defienden enconadamente sus “costumbres”, o bien no quieren integrarse en un marco educacional y discursivo que les permita alcanzar el saber hegemónico objetivado. De esta forma, las culturas se patologizan hasta ser subalternizadas en sus prácticas, discursos y corporeidades. Un ejemplo de esto último lo encontramos en un texto que J.L. Peset (1983: 13) extrajo: *“Pero un negro condenado a muerte, a ser colgado, incluso a ser quemado, raramente muestra miedo o aprensión de cualquier tipo. Su imperfecta innervación, su lento cerebro y su bajo grado de sensibilidad, le hacen incapaz de anticipar ese terrible sufrimiento físico tal como el elaborado y exquisitamente organizado caucásico sufre en esas mismas circunstancias”*. El sufrimiento es subalternizado hasta las cotas que observamos. El sufrimiento, pues, se construye en un marco hegemonizante que se articula conforme al Modelo Médico Hegemónico.

Definida la estructura sobre la que vamos a trabajar, prosigamos con la conceptualización de suicidio. Durkheim (2018: 14) lo precisa como *“todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producirse este resultado”*. Como hemos podido dilucidar en la explicación durkheimiana, su objeto de estudio no es el suicidio sino el hecho social del suicidio expresado en la tasa. Esto, no obstante, resulta en lo que los sociólogos españoles tanto han extendido el dataísmo y la probabilística del suicidio. Por lo tanto, en

esta significación durkheimniana las estructuras de poder hegemoneizantes y las intersubjetividades son obviadas. La patología del suicidio se da por hecha, ya sea por lo que los materialistas propusieron en el XIX y los psiquiatras y diferentes profesionales biomédicos se han encargado de legitimar, o por las conceptualizaciones de estilos de vida o estructuraciones sociales determinantes. Es necesario, pues, repensar el suicidio en otros términos que ubique al suicidio en una construcción histórica y teórica hegemoneizante, que lo despatologice y, en último término, que dé cuenta de las intersubjetividades y estructuraciones sociales conformadas a partir del acto.

Uno de los mayores debates acerca del suicidio ha sido la capacidad de agencia. Es decir, si el suicida está abocado, por circunstancias ya sean fisiológicas, sociales o culturales a acometer el acto. Esto ha provocado que la pregunta siempre sea ¿cuáles son las causas del suicidio? Se conforma una estructura desconocida y misteriosa que médicos han anatomizado hasta la genética y sociólogos han generalizado hasta la probabilidad estadística de las estructuraciones sociales dadas. Este es un falso debate que implica construcciones y discursos subalternizadores. Los sujetos, en realidad, no son obviados. Se articula una capacidad de agencia negativa en la cual, aunque las causas sean externas al individuo, dependen por entero de él. Como veremos en las hipótesis, que la causa del suicidio se deba a la genética se relaciona directamente con el estilo de vida que tanto ha pregonado el sistema biomédico. Los sujetos, entendidos como único elemento cultural, se fijan en una estructura social que provoca el suicidio. La estructura se construye en unas premisas concretas, ya sea de patologización fisiológica o sociocultural. Es entonces en donde la pregunta que tantos suicidólogos se hacen sobre cuáles son las causas del suicidio se enuncia en un saber subalternizador del sujeto. La cuestión debe ser modelada y no puede partir de una falsa estructuración construida en términos biomédicos y coloniales. Porque, aparte, los saberes populares son subalternizados hasta conformar la dicotomización conveniente con la biomedicina. Ese falso discurso, esas premisas, se deslizan en el propio cuerpo del sujeto que compone parte de su experiencia vivida.

Dicho lo cual, el suicidio no puede provenir de ese entendimiento concreto de estructura. El suicidio se debe entender como acto proveniente del mismo cuerpo. De la clásica dicotomía sujeto-objeto proviene, por descontado, la conceptualización que en este caso nos interesa: estructura-agente. Por lo cual, para desarticular esa falsa estructura interiorizada anteriormente mencionada que necesita de una capacidad de agencia

negativa, es necesaria una reconceptualización del sujeto. El sujeto-objeto, como Merleau-Ponty (1994: 107) afirmaría, no son dos elementos exteriores, sino que existirían en una unión producida por el *“movimiento de la existencia”*. Dicho lo cual, el objeto (la estructura) no sería un mecanismo exterior al sujeto (el agente), sino que, en su mismo cuerpo, en su mismo ser-en-el-mundo, se articulan ambos. El suicidio, entonces, no se puede preguntar acerca de las causas exteriores, aunque, como hayamos demostrado, son más bien causas exteriorificadas. Es en el mismo cuerpo, en esa encarnación, donde se sitúa la propia estructura. Esa exterioridad de la estructura, conformada por el sistema biomédico, provoca esos dispositivos de poder en los cuales el sujeto, por causas exteriorificadas, se convierte en sujeto culpable de su capacidad de agencia negativa. Las conceptualizaciones que se realizan a este respecto es el de patologización provocada por él mismo en donde no se cuida, no se ha marchado de una zona pobre, no se ha educado lo suficiente... ya sea por la exterioridad de la fisiología o de la cultura. Por lo tanto, el suicidio posee capacidad de agencia negativa en tanto las mismas estructuras se conforman en una contradicción de exterioridad-interioridad. La biomedicina, pues, se despliega como un sistema cultural específico que se ha conformado a partir y como una estructura objetivada en un marco histórico y sociocultural específico.

El suicida tiene capacidad de agencia, aunque no negativa. El cuerpo, como constructo socialmente especificado, se articula en tanto su movimiento, su experiencia social. La persona que se suicida, en principio, no posee espacio en el mundo. Sin embargo, siguiendo con Merleau-Ponty (1994: 345) *“el tiempo en sentido amplio, esto es, el orden de las coexistencias, tanto como el orden de las sucesiones, es un medio al que no se puede acceder más que ocupando en él una situación y captándolo por entero a través de los horizontes de esta situación”*. El tiempo no se puede entender en términos cartesianos de realidad, sino que se articula y se produce a través de las intersubjetividades y las distintas construcciones sociales conformadas. La relación con el mundo, pues, no se desarrolla en un espacio-tiempo determinado, sino que se estructura socialmente. Atendiendo a la definición de Heidegger, Marco Sanz (2021: 86) comentará que *“la relación espacial que se establece entre nosotros y las cosas “ahí fuera” no se mide por la distancia objetiva -cuantificable- de unos respecto a otras, sino por la forma que yo me ocupo de ellas”*. El suicida, pues, puede morir fisiológicamente, pero no en su corpus social. La muerte fisiológica provoca ecos que resuenan en el tiempo social y que

se estructuran de una determinada forma. El suicidio no es el final, sino la expresión radical del cuerpo que se significa en ese tiempo social configurado.

Esa expresión puede ser definida, según la proposición de Santiago López Petit (López Petit: 2018), como un gesto absoluto. Un gesto radical, incisivo, tajante, pero, al fin y al cabo, un gesto, un movimiento que produce una reacción, otro movimiento. La muerte fisiológica expresada en el cadáver no debe desorientarnos de esta proposición, aunque sea significativa, como construcción social en ese tiempo. Las distintas emociones que se encarnan en los demás no es la muerte fisiológica: es la construcción devenida de una articulación temporal de esa misma muerte y de las temporalidades que ese mismo cuerpo ha efectuado. La importancia del tiempo proviene de la propia experiencia de campo. La muerte, proveída de unos determinados significantes, se conceptualiza en el sistema neoliberal como la ineficacia que esos mismos cuerpos ahora poseen. No existe, pues, más futuro que el de ser-en-el-espacio, es decir, el de la posibilidad de productividad en un marco estructurado. Sin embargo, en las diferentes entrevistas, charlas y oídas, el cuerpo permanecía. Se significaba en un tiempo futuro y se proyectaba con otros suicidios, otros cuerpos temporalmente situados, igualmente conforme a las intersubjetividades que, en parte, se estructuran a partir del discurso hegemónico médico. El suicidio es, pues, ese gesto absoluto, ese acto radical en el que, con el fallecimiento del cuerpo fisiológico, expresa en un tiempo social concreto el propio cuerpo. No es, por lo tanto, lo que Andriolo mencionaba como mensaje. El suicidio ni produce ni es producto de un mensaje. El mensaje (*send*) (Andriolo, 2006:102) recuerda demasiado a un último alegato, a una concepción simbolicista del suicidio en donde no queda cuerpo, en donde este es un instrumento que se aboca a una muerte fisiológica. Lo único que queda de futuro y en el futuro es el mensaje. Y no es así. El propio cuerpo, expresivo y expresado, se encarna en ese tiempo social. El suicidio no conlleva la muerte del cuerpo más que del cuerpo fisiológico.

El cuerpo del suicida, pues, está enmarcado en un tiempo social. La cuestión es que ese tiempo social está imbricado en los propios cuerpos, por lo que, entre esas intersubjetividades conformadas y encarnadas, la biomedicina, como dispositivo de poder hegemonizante, produce una determinada conceptualización del suicidio. Como diría Foucault (1972: 49) las articulaciones biomédicas “*no consisten en signos (significando elementos que remiten a contenidos o representaciones) sino a prácticas que*

sistemáticamente forman los objetos de los que hablan”. Es aquí donde la biomedicina incide en los propios cuerpos de las personas que se han matado con prácticas concretas de legitimación de sus conceptualizaciones, hegemonizando el tiempo social. Este aspecto se verá reflejado más claramente en la etnografía.

Indicada brevemente la concepción de suicidio y resuelto el marco biomédico, paso a explicar cuál ha sido mi objeto de estudio y la hipótesis.

3. Metodología

3.1. Sujeto, objeto y campo

El objeto de estudio, en parte, procede de lo que Bourdieu (2013:37) llamaba “*el derecho a la explicación sociológica o, en otros términos, no recurrir a un principio de explicación tomado de otras ciencias*”, es decir, al marco de posibilidad que intento abrir al configurar la explicación sobre el suicidio alejado de propuestas estadistas y/o biomédicas. Mi objeto de estudio, por tanto, parte de la base de la significación que al suicidio le he dado. No obstante, esta investigación no es “el suicidio en las localidades de Alcalá la Real, Priego de Córdoba e Iznájar”. Sería centrar la cuestión en un acto que no explica al completo el objeto de estudio. Además, como expresa Clifford Geertz, “*el lugar de estudio no es el objeto de estudio*” (Geertz, 1974). Territorializar un objeto de estudio puede provocar ciertos sesgos esencialistas y deterministas que en este ensayo hemos intentado obviar. Así pues, como dice el título, el objeto de estudio es “la articulación del Triángulo de los Suicidios”. La primera justificación sobre la elección parte de la desterritorialización. Aunque en apariencia pueda parecer que hablo de localidades en sí, como espacios territorialmente delimitados, no lo hago salvo en relación con los sujetos. Es decir, la localidad es significativa en tanto su relación y significación para con el sujeto. En segundo lugar, no se estudia el suicidio como acto devenido en las localidades siendo individual e íntimo. Solo se analiza en tanto el acto tiene relación o se estructura con la articulación. Y, por último, y no menos relevante, en lo que más se indaga es en una de las partes del objeto de estudio; la relación entre la biomedicina y la concepción significativa. Por lo que se investigará, más que la articulación del Triángulo de los suicidios, la articulación biomédica del Triángulo de los Suicidios.

Dicho lo cual, el Triángulo, como he comentado en el apartado “El Triángulo de los Suicidios. Contextualización”, son en realidad dos Triángulos. Por una parte, está el Triángulo Significativo, que como se podrá observar en la etnografía no es una figura geométrica, sino una concepción situada experiencialmente en esas localidades (entendidas, como hemos dicho, como relación con los sujetos). No parte de ninguna territorialización delimitada salvo por las que los propios sujetos conforman. Del otro lado está el Triángulo Biomédico, que se procesa como la delimitación geográfica de la zona con mayor tasa de suicidios de España. Este dataísmo situado, no obstante, no parte

de una premisa biomédica. Se configuró a partir del Triángulo Significativo y las experiencias de los sujetos. Es por eso por lo que sostengo que, aunque el objeto de estudio sea la articulación biomédica del Triángulo de los Suicidios, no se puede entender este sin indagar en las significaciones que se dan en el Triángulo Significativo que, a su vez, está influenciado por el biomédico. La articulación biomédica del Triángulo de los Suicidios, entonces, es la relación de experiencias y saberes que se conforma entre el Modelo Médico Hegemónico localmente situado y las intersubjetividades de los sujetos.

He estado comentando el sujeto, pero no lo he definido tampoco. Como hemos dicho, el sujeto se ubica en una localidad única y exclusivamente en relación significativa con la propia localidad. Por lo cual, el sujeto sería, en principio, la persona que ha vivido o nacido en relación significativa con estos pueblos. Sin embargo, podría pensarse que es una concepción vaga; sería más coherente que los sujetos fuesen los que directa o indirectamente han experimentado la articulación a través del acto. Lo cierto es que, lo que intento plantear, se basa en la idea de que la biomedicina ha articulado un dispositivo y discurso hegemonizante subalternizador en relación con la propia territorialización de las localidades. Por lo tanto, el sujeto sería lo que he comentado anteriormente. De esta forma, el sujeto del Triángulo pasa a ser subalternizado a partir de la patologización, es decir, de esa capacidad de agencia negativa. El sujeto del Triángulo es, pues, el sujeto enfermo.

Y, por último, queda delimitar el campo. Si hemos dicho que los sujetos solo son habitantes de este en relación con la significación que se le dé a la localidad, lo mismo ocurre con el antropólogo al campo. Aunque como he argüido pretéritamente el trabajo de campo se iba a localizar fundamentalmente en Alcalá, tras el cúmulo de casualidades que me llevo a Salar, el objeto de estudio y el sujeto cambiaron. Es por ello por lo que pude entender la articulación de una forma mucho más relacional y holística. La justificación del campo parte, pues, de una etnografía que, aunque se haya ubicado casi en su totalidad en el Triángulo Biomédico (que incluye el Triángulo Significativo) ha salido a sus proximidades para poder hacer comparativas entre significaciones y la influencia de la articulación en otras localidades como Noalejo, Moclín o Los Olivares. Poder observar estas cuestiones ha sido el detonante por el cual se configura, en definitiva, el trabajo.

3.2 El antropólogo ante el suicidio. Ubicación en el campo. Campo, deconstrucción y proceso colonial

La introducción al campo por parte del antropólogo lo vi como una cuestión ya efectuada; he estado mucho tiempo en Salar y Alcalá la Real hablando, llorando y riendo con mi familia. Me consideraba informante y teórico al mismo tiempo. El ethos local era conocido, y mi cuerpo, con la única excepcionalidad de la dicotomía rural-urbano, se suponía capacitado. Sin embargo, conforme fueron pasando los días, me di cuenta de que, más que un informante/teórico, era un teórico informado.

En Salar la gente “grita” en muchas ocasiones como forma de comunicación. Por ejemplo, se suelen despedir sin dar la mano, alejándose hacia otro lugar y alzando la voz posteriormente sin mirar al receptor.³ Podría entonces considerarse que, como proceso adaptativo al campo, el antropólogo realiza la misma acción, ya sea de forma consciente como proceso de incursión o inconsciente como una simple rémora mimética. Sin embargo, en estas dos formas se considera que el “grito” salareño no es más que una forma de comunicación inocua, azarosa y descargada de todo sentido cultural. Una expresión, pues, folklorizada, anclada en una excepcionalidad subalternizada; los de Granada hablan más despacio, refinado y con un tono de voz “normal” mientras que los salareños, como personas de campo, gritan, “jejean” (sustitución esporádica y condicionada léxicamente de [s] por [h] a principio de sílaba o de palabra) y utilizan expresiones más bastas. Incluso académicamente se defiende esta concepción cuando en un estudio de la distribución geográfica del jejeo se considera que *“lo suelen emplear hablantes con poco nivel de instrucción o pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, en el habla informal o descuidada. No obstante, también lo utilizan los hablantes cultos en el lenguaje informal/familiar”* (Rodríguez Prieto 2008: 130)

La inmersión del antropólogo al campo no parte de una posición neutral. Adaptarse funcionalmente a los códigos y prácticas de los colaboradores va acompañado de una determinada episteme hegemónica, una razón metonímica como Boaventura Sousa

³ Alguien podría argumentar que por la pandemia del COVID se utilizan otras prácticas adaptativas a la emergencia sanitaria. Sin embargo, puedo afirmar que es una cuestión que pude experimentar a lo largo de mi vida y confirmar en el trabajo de campo. En algunas ocasiones, el recuerdo (vigilado) forma parte del propio trabajo de campo.

Santos se atrevía a expresar. Argüir que las personas de Salar simplemente gritan como particularidad devenida de su estatus socioeconómico o que esta es simplemente una forma de expresión que en su misma locución no contiene más que la rudeza de su propia condición es, primeramente, la subalternización del sujeto a la racionalidad urbana y, así mismo, la incompreensión de una sensibilidad, estética y códigos que le son propios. El “grito”, junto al jejeo o las formas estéticas de posicionarse ante un sujeto son en sí una estructura cultural imaginativa encarnada en el cuerpo. Cuando comencé a alzar la voz sentí como no era simplemente un acercamiento al sujeto. Mis cuerdas vocales comenzaron a vibrar de otra forma. El acento o el alargamiento en las vocales para nombrar a alguien se configuraba al ser (y no de tener) en Salar. Mi cuerpo, como Helmuth Plessner argumentaba, es sentir, actuar, reír u oler y no una vasija intercambiable de símbolos y códigos y, en ese marco de corporeidad sensorial es donde me he ubicado, tanto como por marco metodológico en donde la etnografía parte de un plano visceral (Desjarais, 1992: 103) como por crítica y deconstrucción de una antropología obcecada en el simbolismo y, por lo tanto, en la subalternización del ser corpóreo nativo. Esta metodología se produce, en parte, de la misma premisa que Robert Desjarlais realizaría en su estudio sobre el chamanismo en el Himalaya de Nepal: *“Primeramente estudiamos las vidas yolmo desde sus bases hacia arriba, profundizando en las “orientaciones básicas” de la experiencia cultural incluyendo nociones de cuerpo y de alma, las “estéticas” incorporadas de la vida cotidiana, la epistemología yolmo (cómo uno va aprendiendo sobre el self y los otros), y el ethos local (los estilos culturales dominantes de experimentar y expresar la experiencia sentida)”* (Desjerlais, 1992:100). Sin embargo, mi posición es la de teórico. El hecho de que el antropólogo utilice esta metodología corporal y sensorial no implica mi alejamiento de las premisas racionalistas. Yo, ubicado en el campo, soy ante todo teórico. Pero este no se construye simplemente a partir de un academicismo, sino que incorpora en sí las prenociones de las que la experiencia vivida le ha incorporado. Son, pues, en esas prenociones en donde me incorporo para su vigilancia epistemológica.

Una de las cuestiones que más se debaten en torno a la introducción al campo y el antropólogo es la de cómo contestar una pregunta que, en apariencia, es muy simple: ¿qué es la antropología? Parecerá una nimiedad, pero es un primer punto de contacto para la toma de confianza. Además, debes ser sincero con tus informantes, ya que, como parte del proceso de producción de conocimiento ecológico, debes concretar cuáles son tus

intenciones. Por lo cual, esa pregunta es fundamental. En mi caso, la respuesta a esa pregunta la obtuve en el mismo trabajo de campo. “La metáfora de la carretera”, como me he molestado en llamar, explicará a grandes rasgos esa relación entre pregunta y respuesta.

Conforme iba visitando cada pueblo, pasaba por distintas carreteras. Ya sea por la que llega a Algarinejo (que, dicho sea de paso, es una maldición de baches, curvas y cuestas) o por la A-92 hacia Antequera, iba, sin darme cuenta, sintiendo la carretera con cada freno, cada acelerón para subir la cuesta o cada vista u ojeada que realizaba al paisaje. En esa experiencia, mi corporeidad se acostumbró al campo y, posteriormente, expresar ese bache, ese acelerón o ese freno con otros. Creo que he hablado casi más con los sujetos del estado de las carreteras que del suicidio. Era, en cierta medida, ese self de Bateson (1971) que se transformaba conforme el tiempo iba pasando. Por otro lado, cuando me preguntaban acerca de qué era ser antropólogo vomitaba cosas sobre las estructuraciones, relaciones o interacciones sociales. Sabía, en cierta medida, que, aunque lo hubiese expresado, no se entendía la labor del antropólogo. Y no por una cuestión de poca capacitación, sino porque no me explicaba correctamente. Así, en una de estas que me cuestionaron acerca de mi oficio, se me ocurrió la metáfora. Imagínate, le dije, que estudio la carretera que va de Alcalá la Real a Granada. Sabemos que la tasa de mortalidad de esa vía es altísima. Ahora figúrate que las explicaciones que le dan a esa mortalidad son porque hay muchos baches o que la carretera tiene muchas curvas. Sabemos ambos que esto no es así, porque si no habría más mortalidad en la carretera de Algarinejo o la que va a Montefrío. Por lo tanto, se tiene que deber a las personas que van por esa carretera. A lo mejor es porque se desorientan o porque hay mucha influencia de un lado a otro. Eso da igual. El caso es que se produce por alguna cuestión social. Y así es como pude acercar la experiencia del sujeto a mi oficio.

Todo este entramado metodológico se sostiene en un asunto que, durante toda la etnografía, ha sido objeto de debate: la confianza. Que un familiar o un conocido se matase es un asunto que despierta en quien es preguntado miedo, desconfianza, confusión y/o nervios. En la misma pregunta que yo puedo proponer a un entrevistado se muestran categorías que producen estas emociones; ¿Cómo era tu hermano? ¿Conoces el Triángulo de los suicidios? ¿Cuáles crees que son las posibles causas? Soy yo mismo, el antropólogo, el que sitúa al sujeto en ese tiempo social mencionado anteriormente. Vuelve

el recuerdo de la persona fallecida, de cómo se sintió al conocer la noticia, las reacciones y gestos de sus allegados, las imágenes del entierro y la ceremonia... Vuelves, en cierto sentido, a vivir esa temporalidad, a sentirla. El cuerpo del fallecido se encarna en ese momento volviendo a un presente que se articula como pasado. Aunque el antropólogo sea, como expresa Gustavo Lins Ribeiro (1985: 67) un rompe-rutinas cotidiano no puede pretender que se desarticule todo el tabú que se configura en torno al suicidio y que te relate alegremente sus historias. En uno de los coloquios que mantuve, les pregunté a unos jóvenes de Montefrío acerca del suicidio después de pasar un rato bebiendo y jugando a los dados. Uno de ellos me respondió, fríamente, que no quería hablar del tema, puesto que le “tocaba de cerca” y sucedió hace relativamente poco. Le respondí que lo sentía, que no hacía falta decir nada más. Aun así, la risa, la charla tranquila y la despreocupación habían terminado. Me noté tremendamente avergonzado y dolido debido a esa ruptura. Creo que sintió una profunda traición a su espacio y a la cotidianeidad. Él solo había ido al bar a encontrarse con sus amigos y poder pasar el rato. Me esquivaba la mirada, no volvimos a hablar. En ese silencio, la reprobación caía sobre mí. Aunque en un primer momento había mencionado el propósito de mi estancia junto a mi padrino de campo en Montefrío que era la primera vez que lo veía, rápidamente se olvidó en sustitución del ocio y de hablar sobre otros temas.

Es en este (des)encuentro donde se produce uno de los dilemas en el trabajo de campo. Al ser tantas localidades, donde únicamente pude hacerme realmente significativo fue en Salar, que es donde estuve viviendo durante los dos meses que duró el trabajo de campo. A los demás, por falta de tiempo, fui una o dos veces. En ese periodo tan limitado de un día, era casi imposible implicarse y tomar confianza con los sujetos, aunque en algunas ocasiones sucediera con mayor o menor implicación. Debía ir al pueblo con el tiempo que ello requería, situar y ubicarme en los lugares con más intensidad social y, posteriormente, preguntar. Si a ello le sumamos el tabú a la hora de relatar experiencias concretas y particulares sobre el suicidio, la dificultad de esta etnografía es singularmente compleja. Aun así, no debe entenderse que cuando preguntaba los informantes desviaban la mirada; me hablaban de casos en escasas ocasiones cercanos y en mayoría lejanos a su línea de afiliación. Como Mariana Sirimarco (2017: 55) explica, “*ya Gluckman (1963) señaló, hace tiempo, que una parte muy importante de ganar la membresía a cualquier grupo es aprender sus escándalos: aprender que hay cosas que pueden decirse con aparente inocencia y cosas que solo podrían decirse con alusiones tan indirectas como*

*descortes*es”. Estos chismes, estos escándalos, son una de las configuraciones prácticas que estructuran el suicidio; el mismo secretismo es una acción *sine qua non* para que exista el tabú y, por lo tanto, todo el conjunto de nociones sobre el suicidio relacionadas con la culpa, el pecado, el descuido o la ignominia. Es por ello por lo que se debe actuar con mucha sensibilidad, ya que, en la misma comunicación entre sujeto y teórico, al mencionar ese secreto, es donde encontramos las prácticas por las que se articula el suicidio. Una persona con una libreta a la que acabas de ver por primera vez en tu vida no vas a contarle lo que está tan íntimamente imbricado en el corpus social.

Me gustaría puntualizar una última cuestión. El método que he seguido con las entrevistas ha sido el que proponen Atkinson y Hammersley (1994: 128) en el que estas son como *“interacción social, son estructuradas, tanto por el investigador como por el informante. La diferencia fundamental estriba en que unas son entrevistas reflexivas y otras son estandarizadas”*. Entendiendo esto, que he mencionado igualmente cuando he tratado el asunto de la confianza, he pretendido que las charlas no se limitasen al acto y al cuerpo fisiológicamente muerto. Preguntaba por religión, vida familiar, las concepciones de los problemas mentales... cuando el tema se desviaba, en algunas ocasiones dejaba que siguiesen para ver si podía existir algún elemento que se me escapase. Aun así, la etnografía contiene pocas entrevistas *per se*. Es decir, no hay grandes extractos de charlas. El motivo de esto es que, debido a la toma de confianza, muchas veces era la primera vez que veía y hablaba con los sujetos. Encima que habían aceptado hablar conmigo de la temática, quise creer que una grabadora era un elemento intrusivo en esa interacción. Viene precedido, igualmente, porque cuando realizo entrevistas hay un patrón entre cuando se está grabando y cuando no. Paraba la grabación y se distendían. Quizá me explicaban algún detalle que se les había escapado o algo que no querían decir ante la grabadora. Por ello, esta etnografía está realizada a partir de la observación participante, entrevistas y charlas informales. Estas últimas son las que más información contenían y las apuntaba literalmente, cuando podía, en mi libreta. Por último, quiero comentar que algunas entrevistas realizadas no formarán parte de la etnografía. Aunque estén efectuadas, posteriormente, por deseo expreso del informante, no se publicarán ni se mencionarán. Así pues, la información que publicaré está consensuada con los informantes y tratada.

4. Hipótesis descartadas.

Antes de adentrarnos propiamente en lo que es la etnografía, me gustaría descartar algunas de las hipótesis relacionadas con esa eterna pregunta que rodea al suicidio: ¿Por qué? No sé cuántas me la habrán hecho durante el desarrollo del trabajo de campo o cuando simplemente menciono esta cuestión. Parece una quimera, algo que, como Bourdieu arguye, se estipula como ese carácter profético del sociólogo y, si me permiten ampliarlo, del investigador. Aun así, estas hipótesis no parten de lo que el sociólogo de la práctica lo llama como una tranquilidad del espíritu (Bourdieu, 2013: 45) sino de lo que propiamente es la articulación del Triángulo de los suicidios. Es una expresión en donde se puede observar esa interacción entre los saberes biomédicos y experienciales. Estas suposiciones parten del propio trabajo de campo; cada una de las hipótesis ha sido mencionada más de una vez como las posibles causas. Como hemos podido observar en el estado de la cuestión, no existen apenas ensayos ni investigaciones que traten el tema. Son fruto de un deslizamiento de esa articulación médica en los propios cuerpos y saberes experienciales de los sujetos del Triángulo. Los profesionales médicos, eso sí, han mencionado algunas de estas cuestiones en el momento en el que les pregunté sobre cuáles creían que eran las posibles causas, como veremos en el apartado de la etnografía *“Practicidad, jerarquizaciones y sistema médico hegemónico”*.

El componente o trasvase génico no solo parte de la pregunta que hemos formulado anteriormente en referencia al parentesco. Ya sea por endogamia o por proceso pandémico se formula que en esta zona se reproducen ciertas expresiones génicas relacionadas con la producción o recepción de serotonina, la comúnmente llamada “hormona de la felicidad”. Ante la variación “anormal” del sistema serotoninérgico se considera que la tendencia al suicidio aumenta. Aunque sin un desarrollo específico de la temática, la doctora de Cabra (Córdoba) María Isabel Teva García, una de las especialistas que han estudiado el fenómeno apunta, entre otras variables, a esta premisa (Hinojosa 2018). Igualmente, debemos considerar que esta hipótesis se ha ligado con el aislamiento geográfico y la endogamia. La atomización del cuerpo por parte de la biomedicina no es una práctica novedosa. Es lo que Byron J. Good (2003: 148) llamaba una ciencia que desarrolla la idea a partir de la jerarquización como un juego de cajas chinas. El saber biomédico y el mismo cuerpo del especialista se moldea en un sentido

específico, en donde el paciente es un conjunto de estructuras orgánicas estratificadas en órdenes desde lo superficial a lo profundo. Y, como Good arguye también, esta conceptualización contiene un fuerte componente ideológico en el que la enfermedad es considerada a partir del cuerpo medicalizado individual en vez de en la estructura social, estudiando, en vez de la neuroplasticidad, la patología individualizada.

Siguiendo con la noción del trasvase hereditario génico, Durkheim ya apuntaba la invariabilidad de la hipótesis, aunque, eso sí, con el concepto de raza. El suicidio suele ser una práctica que se produce en una etapa adulta y, en el caso del Triángulo, en una media de 54 años. Si se debe a una expresión génica, es de suponer que la “activación plena” se desarrolla en una edad tardía. Aun así, en los últimos años la media de edad está bajando y el suicidio entre los 15 y 25 años es cada vez más frecuente. ¿Esto se debe, entonces, a un proceso de mutación de la expresión génica que se activa cada vez en épocas vitales más tempranas? ¿O es que esa activación depende en cierta medida de la propia experiencia social? Entonces, como argüía Durkheim, la causa del suicidio no sería esa influencia hereditaria y se reconocería que esta no sería más que *“una predisposición general e indeterminada, pues si precisa del concurso de otro factor y solo se manifiesta cuando aquel existe y en la medida que existe, ese factor será su verdadera causa”* (Durkheim 2018: 73).

De esta forma, llegamos a la segunda hipótesis, el aislamiento geográfico. Explicada su relación con el componente génico, se articula con la escasa posibilidad de salir del pueblo, de relacionarse con otros sujetos adscritos a otras localidades, ya sean dentro como fuera del Triángulo. Quien mínimamente se haya interesado por el fenómeno y haya investigado tanto el desarrollo histórico de las comarcas en términos de conexiones en el transporte como la misma orografía de los distintos pueblos podrá comprobar que esta idea es inconcebible. Salar, localizado en la comarca de Loja, Granada, se sitúa a escasos kilómetros de la A-92, carretera que conecta Málaga y Granada. Con una población de 2.600 habitantes y una renta per cápita de 14.600 euros se asemeja prácticamente de forma idéntica a Algarinejo, también en la provincia de Granada. Ambos, dentro del triángulo (Salar se sitúa en el borde) son localidades que, como se ratificará en la etnografía, han experimentado múltiples casos a lo largo de los años. La diferencia radica en que Algarinejo no se sitúa en una zona que pudiésemos considerar de fácil acceso. Para llegar a este pueblo, ya sea por Priego de Córdoba por el norte o Iznájar por el sur, se deben

recorrer unas carreteras sinuosas atravesando los Montes Occidentales que alargan el viaje hasta llegar a la localidad. Así mismo, la orografía de la zona que conforma el triángulo no puede reducirse a poblaciones retiradas y con una conexión complicada. Por otra parte, es inconcebible considerar esta zona en claro aislamiento geográfico cuando en la misma provincia de Granada y Almería se sitúa la Alpujarra, conocida por su particularidad geográfica y la pobre conexión por carretera durante años con los centros urbanos. Algunos pueblos de La Alpujarra, como los de la sierra de la Contraviesa, cuentan con una tasa de suicidio también elevada, aunque sin llegar a las cifras del Triángulo (Roldan Barbero 2001: 339).

Otras premisas parten de componentes naturales ubicados en la zona, ya sea por la composición química del agua, el excesivo polen del olivo o, incluso, el elemento paisajístico monótono. Estos elementos, aun así, no han sido argumentados en publicaciones académicas, sino que, más bien, pertenecen a un conjunto de hipótesis mencionadas tanto por distintos profesionales de diversos ámbitos como repetido por la población. Es así como se articula un saber en donde la tierra es algo hostil que, más que disfrutarla, se maldice. En la zona no se dice *“Voy a la tierra a trabajar”*, sino *“Voy a trabajar la tierra”*, haciendo referencia a esa disputa entre el poblador y la naturaleza, aunque, como veremos, no es una relación de odio, sino como *alter ego*, en disputa o elemento asociado a quien la trabaja. El jornalero andaluz dedicado al olivo no recoge las aceitunas, sino que golpea el árbol con la vara hasta que no le queden más frutos. Que la racionalidad asociada a la ciencia occidentalizada se haya apropiado de esta concepción de hostilidad con el medio no es casual; no existe ninguna evidencia de una “alteración suicida” relacionada con la composición del agua. Tampoco con el polen del olivo. Sin embargo, las posibles causas se articulan en un saber devenido de la experiencia y práctica local.

Una de las últimas propuestas parte del bajo nivel cultural de los sujetos, entendiéndolo como la escasa racionalidad implementada o grado académico al que acceden. Esta hipótesis guarda una concepción del sujeto específica construida en base tanto al estilo de vida como al grado de sufrimiento subalternizado. Otegui (2000: 232) lo expresa en tanto *“a una supuesta incapacidad de los grupos subalternos para apreciar, con sensibilidad, su existencia en modos de vida más refinados”*. Los sujetos del Triángulo, en relación con su experiencia vivida, no sufren del mismo modo un ahorcamiento, un

disparo con la escopeta o la introducción de tóxicos de la misma forma que una persona de ciudad o fuera del Triángulo. Los suicidas del Triángulo realizan pues la práctica de quitarse la vida desligados de la capacidad o forma de sufrimiento hegemónico enlazado a esa falta de racionalidad. El suicida del Triángulo no tiene, pues, la capacidad de elaborar alternativas que no sean la de quitarse la vida. No existen nuevos horizontes. Su cuerpo está sujeto a su estilo de vida, a lo que sus padres y/o sus allegados efectuaron. La imaginación es una rémora inexistente capada por la tradición y las posibles transformaciones socioeconómicas son rechazadas de plano por el sujeto, puesto que, o bien no se adapta a esa nueva situación, o es inocua por lo hermético de su cultura y por la falta de civilización a la que sus cuerpos están sometidos.

Terminando con esta subalternización del sujeto del Triángulo, el elemento paisajístico surge desde la idea de que las personas se suicidan en el Triángulo debido a la monotonía a la que son reducidos sus sentidos. Ver continuamente olivos deprime, estresa, conforma una determinada configuración vital. La dicotomización rural-urbano se articula hasta en la percepción. Además de esa falta de civilización, de raciocinio y de motivación o ánimo para salir de su espacio social, el paisaje al que están anclados reproduce una especie de patologización sensorial. Los de ciudad, sin embargo, salen, viajan, conocen. La urbe es un continuo cambio, una exposición variable de estímulos. Los barrios edificados por el éxodo rural en la época tardofranquista son un ejemplo de ello. Los pobladores de la ciudad van a cines y teatros, se incentivan con un ocio refinado que los de pueblo no son ni capaces de concebir. Así, se pronuncia la dicotomización de los cuerpos expresados hasta en el oído, el olfato, la vista, el tacto o el gusto.

5. Etnografía

5.1. De geometrías, Triángulos, casuísticas y temporalidades.

Una de las primeras preguntas que hacía a los informantes era si conocían el Triángulo de los Suicidios. A todos y cada uno, independientemente de donde estuviera. Me interesaba saber si tenían constancia de esa concepción geométrica. Ver dónde lo situaban, qué significaciones tenía para ellos. Así pues, en cada uno de los pueblos en los que estuve y pude interactuar con los sujetos la primera pregunta que realizaba era sobre si concebía ese Triángulo. En principio, imaginaba que solamente los vórtices (Alcalá la Real, Priego de Córdoba e Iznájar) tendrían constancia de ellos. También es cierto que entendía que no era lo mismo preguntarle a una persona de la calle que a un médico. Ese acceso simbólico, al igual que entre el sistema biomédico, sería patente. Esto serviría para saber si había una relación entre pueblos, si creían que la gran cantidad de suicidios no era producción única de la localidad. Si era así, el Triángulo entendido como ese espacio geográfico en el que, por causas desconocidas y producto de él, se suicidaba la gente, sería una significación primordial para entender la articulación. También, por otro lado, se relacionaba con esas hipótesis que, como he comentado anteriormente, la biomedicina se encarga de producir y reproducir. Preguntaba por ello y por las causas que ellos daban al fenómeno. Por último, igualmente les interrogaba acerca de cuándo habían oído hablar de la concepción geométrica/geográfica y, en último término, desde cuándo creían ellos que se mataba la gente de forma tan continuada. Intentaba, pues, situar la significación social en un marco histórico espaciotemporal concreto. Este apartado nos servirá, igualmente, para comentar algunos de los pueblos donde estuve y poder conformar una imagen en donde se pueda observar la significación del Triángulo Significativo. Intentaré ser lo más concreto posible para después desplegar el análisis de estas charlas.

Montefrío (Granada)

Los resultados fueron sorprendentes. Llegado a Montefrío, Granada, fui al ayuntamiento. Uno de los funcionarios me recibió. Le pregunté acerca del suicidio en la zona en todavía concepción dataísta mía del suicidio en el que buscaba datos cuantitativos para poder validar la investigación. Así, me dijo que eso del Triángulo *“era una patraña, que son invenciones populares que permanecen”*. Prosiguió con algo que a mí me descolocó por completo: *“aquí, con los datos que tengo, se han suicidado pocas personas”* (me dio el dato, pero no puedo publicarlo por la Ley de Protección de Datos). Dicho quedaba. Me

encaminé al bar de al lado para descansar un poco las piernas de tan fatigoso viaje. Allí, estaban lo que entendía como los parroquianos del bar. A ellos también les pregunté, aunque si el del ayuntamiento me había dicho que no había suicidios con los datos que él tenía no sería más que validar la cuestión. Tras un momento en el que estuvimos bromeando sobre si era policía secreta, me contaron que *“de toda la vida de Dios”* y que después del confinamiento duro (junio de 2020) provocado por el COVID se habían tirado ya como cuatro o cinco personas por el castillo. Montefrío tiene un castillo ubicado en un montículo. Les dije que según el del ayuntamiento había pocos suicidios en Montefrío. Me respondieron que *“no, solo desde el confinamiento se han matado unos cuantos ya”*. Iban, como solía siendo habitual en mi trabajo de campo, relatando poco a poco algunos de los actos. Se iban acordando: *“ah, y esta, la hija de...”* *“el cuñado de...”*. También me comentaron que *“va por rachas, normalmente empieza uno y se tira otro.”* El suicidio, en el caso de Montefrío, parece articulado en torno a la caída en un proceso experiencial-local. En ningún momento mencionaron la proposición “suicidio”. Cuando les pregunté si sabían lo que era el Triángulo de los Suicidios, me dijeron que sí, que *“estaba por aquí, por Moraleda, Algarinejo y Montefrío, ¿no?”*. Respondí que depende, pero que la clásica y común es la de Priego de Córdoba, Alcalá la Real e Iznájar. *“Pue no sé, hijo, yo siempre he escuchado que se tiran por esta zona”*. En un momento dado, uno de los que más hablaba conmigo expresó: *“yo tengo ya dos conocidos que se han matado”*. No quise incidir como era costumbre en el trabajo de campo. No era ni el momento ni el lugar. Prefería seguir charlando con todos, ver cómo interactuaban con el tema y no cortar la conversación por designios míos. El coloquio prosiguió con casos y causas: *“este estaba chalado”*, *“mal de la cabeza, eso es cómo están”*, *“pue este tenía problemas con la familia y de un día para otro se metió un tiro”*. En un momento dado, llegaron dos hombres: *“Tú, gordo, vente para acá que este chaval está preguntando por los suicidios”*. Era un trabajador de la funeraria. No se acercó y, considero, tuvo que hablar obligado por las circunstancias. Las respuestas fueron parcas. Le cuestioné sobre si oía sobre muchos suicidios: *“El último que sé fue un señor mayor de Moraleda”*. ¿Lo conocía porque lo preguntaba, porque la familia se lo decía? *“no, yo lo que escucho de oídas, pero la familia suele no decir na”*. Al cabo del rato, paramos de charlar y cada uno se fue marchando poco a poco. Me quedé un rato más ya que por la tarde había quedado con un informante. El del bar, que lo había escuchado to, me dijo: *“pue yo también conozco caso, tengo un familiar al que se le mató su mujer”*. Era curioso, porque para la proporción de hombres/mujeres, me comentaban bastantes casos de suicidios femeninos.

Algarinejo (Granada)

En Algarinejo también me posicioné en un bar. Sinceramente, era el sitio donde había más afluencia por las mañanas y donde no tendría que estar preguntando por la calle de primeras. Por lo menos me habían observado durante unos minutos, aunque fuese tangencialmente. En un momento dado, se sentaron unos chavales. Unos ocho. Para ampliar la muestra, me dije que era positivo preguntar, aunque no tuviesen tantas vivencias. Al principio, como siempre ocurre, se quedaron sorprendidos. Se miraban unos a otros mientras uno contaba cuestiones irrelevantes para el caso. Debían estructurarse, saber más o menos lo que iban a decir. Es normal. Si alguien me preguntase sobre el suicidio un viernes al mediodía mientras me tomo unas cervezas con los colegas, lo mínimo sería quedarse estupefacto. Pasmosamente no me preguntaron sobre si era policía secreta, aunque creo que en esas miradas dudaban. Les hice la misma pregunta con la que siempre comenzaban: *“no, la verdad es que no”, “ah, oque hay tantos suicidios en Algarinejo? Ni idea tenía.* Cada uno de los ocho me fue respondiendo hasta que uno me comento: *“creo que escuché algo en Cuarto Milenio, algo de un Triángulo”.* En estos momentos, sinceramente, sigo buscando ese reportaje que me han mencionado varios. Entre preguntas de a qué se dedicaban y a dónde iban de fiesta, uno, como siempre ocurre para quitarse al antropólogo de los suicidios de en medio, exclamó: *“Eh, tú, Francis, ven pa ca”.* Era una persona de mediana edad y, tras comentarles ellos las preguntas que le había formulado, mantuvimos una breve conversación:

“Esto es desde los años 70. Ya lo has podido ver cuando has venido, todo esto está aislado de todo. Pues imagínate antes. Había gente que no iba a Granada en su vida (...) Hace seis o siete años se suicidaron dos primos (...) Esto del Triángulo es una idiosincrasia”.

Antequera (Málaga)

Al ser el vórtice del Triángulo Biomédico, se podría entender que quizá algo sabrían. Uno de los elementos más famosos sobre ella se significa, curiosamente, con un suicidio: la peña de los Enamorados. A mi entrada al cementerio charlé brevemente con uno de los enterradores:

“No, no sé nada de ese Triángulo del que me hablas (...) ¿En Alcalá la Real? Pues no tenía ni idea (...) Yo cuando estuve trabajando en un pueblo de la Sierra de Ronda sí que

pude ver muchos (...) Pues que están mal de los nervios, qué quieres que te diga (...) Antiguamente se ahorcaban (...) Antiguamente si se hablaba de 'fulanito se ha quitado la vida'”.

Ya en la propia ciudad, con una joven que me encontré en un bar, le hice las mismas preguntas:

“Ah, ¿sí? ¿Qué me dices, tanta gente se suicida? Pues no tenía ni idea la verdad (...) No tengo ningún caso, la verdad, ni se me ocurre nadie que tenga a alguien cercano (...) ¡Ah, hace unos años un niño se suicidó en una rotonda de las afueras!”.

No conocían nada. Intenté preguntar por todos lados e insinuárselo a los funcionarios con los que hablaba para ver si podrían indicarme algo. Nada de nada, la verdad. Un entrevistado dijo:

“Sí, algún suicidio hay, pero no se la proporción (...) Últimamente ha habido mucho joven de 15, 16 años (...) ¿El Triángulo? La verdad es que ni idea, la verdad.”.

Alcaudete (Jaén)

En este pueblo, aunque estuve, no tuve ocasión de hablar con nadie. Había visitado ya dos pueblos ese día y estuve solo un rato. Es vértice del Triángulo Biomédico. Sin embargo, en una de mis últimas charlas, tuve la oportunidad de conversar con un historiador que escribió una novela en donde uno de los capítulos trata la temática del suicidio. Su experiencia parte de ser profesor en uno de los institutos:

“Allí se dice que son días de guindaos (...) Que sopla un viento y la tomiza te llama (...) Pues la verdad es que me parece que es por el “qué dirán” (...) se forman secretos, escándalos (...) En mi experiencia como profesor de instituto la gente era muy envidiosa (...).

Alcalá la Real (Jaén)

El foco del Triángulo Biomédico. Donde se ubican más suicidios y en el que se han realizado reportajes como el de *El triángulo de los suicidas: en los pueblos donde quitarse la vida es una costumbre*. En este caso tuve la ocasión de charlar con cinco personas; esto fue lo que me relataron en relación con las primeras preguntas que solía hacer:

“Si, claro, el Triángulo de los Suicidios (...) Pues no te sabría decir, la verdad, de toda la vida de Dios (...) eso es algo de genética, estoy seguro (...) ¿no ves que antiguamente la gente se casaba entre ellas?”.

De la aldea de Ermita Nueva realicé una entrevista a una persona mayor que había sufrido dos fallecimientos cercanos. Situada a escasos kilómetros de Alcalá la Real, me comentó:

“Pues no te sabría decir (...) Desde que se murió mi primo más o menos (...) Era yo jovenzuelo y se mató un chavea por unos problemas de amores. Salió y, después de que la novia le dijera que no, se metió un tiro. Sabes que, antiguamente, se llevaba siempre la escopeta. ¿Por qué? No lo sé, pero se hacía”.

La siguiente en cuestión fue la concejala de salud. Intenté entrevistarme con ella y, en principio, así sería. Sin embargo, no recibí más respuesta que un email en donde me animaba a hablar con una psiquiatra:

Si, algo se (...) Pero aquí los datos no los tengo a mano (...) Se hacen talleres de prevención (...) No, entre ayuntamientos no tenemos ningún plan de prevención conjunta”.

Otro informante, hombre de mediana edad, situaba el foco en La Rábita:

Si, sí, de toda la vida (...) Aquí se matan por familias (...) suelen ser miembros de la misma familia, eso tiene que ser genético o algo de eso.

Moclín (Granada)

Fuera del Triángulo, pero cerca del Triángulo Significativo. En un ademán comparativo, me interesé por si conocían la concepción, aunque estuviese en el exterior. La primera colaboradora es una funcionaria del ayuntamiento:

“La tasa es muy baja (...) Hubo un suicidio hace casi seis años (...) ¿El último? No lo recuerdo la verdad (...) Hace un tiempo hubo una muerte sospechosa, pero no se (...).

Los siguientes son un grupo de mediana edad, entre ellas dos mujeres y dos hombres que negaron saber nada del Triángulo. Serán relevantes en otro apartado. Otro me comentó:

Sí, sí lo conozco. ¿Allí por Alcalá no? Que no se sabe lo que es (...) el hombre desaparecido estaba mal de la cabeza (...).

El hombre desaparecido es el que llama la anterior “muerte sospechosa”. Que sepa, desconozco el porqué. De Moclín solo queda un informante:

“No, no tengo ni idea (...) Es en Los Olivares donde se mata la gente (...) Lo he vivido en mis propias carnes (...) Piensas en otra cosa y ya está”.

Íllora (Granada)

Pueblo también situado en el mismo Triángulo Significativo. Con una gran incidencia, pude hablar con dos personas en una charla distendida y realizarle una entrevista a un médico.

“¿El Triángulo de los suicidios? El Triángulo de las Bermudas que lo llamo yo (...) Aquí de toda la vida se han matado”.

Sí, sí, el Triángulo (...) Alguno se ha matado, sí (...) De toda la vida (...).

De la entrevista al médico, se puede extraer:

No, fue más tarde... Del 80 al 90 veía yo un ahorcado cada mes o dos meses. Muchísimos ahorcados (...) ¡No! En esto no hay genética (...) Son problemáticas sociales... y cosas aprendidas.

Priego de Córdoba (Córdoba)

En este caso, gracias a la bola de nieve, tuve la oportunidad de charlar con un informante de la calle y dos psicólogas. El entrevistado, hombre de mediana edad, dijo:

“Sí, sí, el Triángulo de los Suicidios (...) Yo me acuerdo que, de pequeño, salí a la calle. Un hombre, corriendo, se tiró por el tajo (...) se suelen matar por el tajo (...) llevo una racha de gente (...) No lo sé, la verdad. Algunos dicen que es el agua, otros que el viento, que si el aislamiento geográfico. No tiene sentido...”

Gran parte de las entrevistas giran en torno a las causas. Por lo cual, podemos comentar los siguientes testimonios:

“Sí, sí, lo conozco (...) Bueno, por lo menos es desarticular, ya es algo positivo porque qué juego da en triangulico (...) Bueno, hay mucha gente que viene de los cortijos. El aclimatarse a una ciudad como Priego pues es un cambio. Estas personas, además tienen una privación de recursos (...) Ha habido factores traumáticos que no han sido intervenidos. Son muy duros de cabeza estas personas de 70 años (...) Sí, que, si es el nivel de yodo, el agua (...) No, no es algo de lo que hablen mucho los usuarios (el Triángulo) (...) En la época en la que más se suicidan es en enero y verano (...) en enero por la cuesta de enero y las faltas de horas del día y en verano por la convivencia familiar. Los amigos se van de vacaciones”.

Salar (Granada)

Donde he estado viviendo. Me conozco todos los suicidios que se han producido pretéritamente y en la actualidad. Fuera por poco del Triángulo Biomédico, pero en la misma comarca de Loja que arroja tasas altas. De este pueblo, podemos mencionar:

“No, no conozco nada de eso (...) Ah, Iznájar, de ahí sí que había oído algo”.

Sí, algo había oído del Triángulo. La verdad es que decían si se debía al polvo del olivo (...) Pues no lo sé, no me acuerdo.

“No, nada del Triángulo. Pero aquí se mata mucha gente. El último, un íntimo amigo mío que se peleó con la mujer”.

“El suicidio, vaya temita... pues sí, algo he oído, pero porque me paso alguna vez por Alcalá. Aquí se suicidó hace poco uno”.

Análisis

Existen otros testimonios, aunque con la muestra que he proporcionado creo que puede ser un punto de partida. Como hemos podido observar, la noción de Triángulo se ubica primordialmente en el Triángulo Significativo y en sus alrededores. Este Triángulo, por lo tanto, no puede definirse como un espacio territorialmente determinado en el que la gente se suicida por causas desconocidas. En el caso de Algarinejo, se articula con Montefrío y Moraleda. E igualmente con los otros entre ellos. Lo importante, en este caso, es la significación relacional que ellos mismos producen. No es, entonces, un Triángulo configurado por la concepción del dato sino que se basa en las propias experiencias de los sujetos. También es interesante descartar la hipótesis que sugiere que se forma una significación del Triángulo si existen más suicidios o, en este, caso, mayor tasa. La conciencia en Priego de Córdoba es clara; como comentaremos en “Práctica, jerarquizaciones y sistema médico hegemónico”, existe una mesa de prevención contra el suicidio. Esto no resulta en Antequera, que, con una tasa más alta, no se conceptualiza el suicidio de igual forma. Es interesante cómo en el Triángulo se suelen significar las muertes en relación con otras. En cambio, en las localidades donde no se significa el Triángulo, cuando se hace mención del suicidio, hablan de casos aislados.

La palabra “suicidio”, como hemos podido observar, no es un término que se suele utilizar. En cambio, se pronuncian las de “matarse”, “quitarse la vida”, “ahorcarse” o “tirarse”. La cuestión aquí versa entre ese saber experiencial y el biomédico. Cuando alguien se mata, se ahorca, se ahoga o se tira, es una decisión que, en principio, partiría de la individualidad y/o una decisión que ha tomado conscientemente. En cambio, el

suicidio alude a lo que he llamado como capacidad de agencia negativa. Es decir, a la culpabilidad por la exteriorización. Alude, igualmente, a una patologización, a un sistema biomédico y a determinados saberes y prácticas. El que se suicida seguramente tendría un problema, conceptualizan los locales; el que se mata, se ahorca o se tira aparece como marco de posibilidad en el que puede no existir (o sí) esa exteriorización. Así mismo, hablar de ahorcados apunta a esa misma experiencia vivida en la que, el método más utilizado, es el ahorcamiento. Así pues, he intentado dar una visión general breve sobre algunos de los pueblos en los que he estado. El Triángulo Biomédico, pues, se estudia en tanto su relación de saberes con el Significativo. No existe una conciencia clara y profusa sobre una figura geométrica triangular que delimite un determinado concepto de Triángulo. Por último, existe una brecha generacional entre los que son conscientes y los que no. Parece, por lo que he podido comprobar, que solo se cuenta la concepción en tanto ocurre uno de los sucesos con los cercanos. Se incluyen dentro de la significación conforme las experiencias se producen.

5.2. Biomedicina y religión. Cementerio de suicidas.

Al segundo día de llegar al campo, me dispuse a ir a misa con mi madrina de campo. Le pregunté si conocía al cura, que me interesaba hablar con él. Una de mis dudas era cómo reaccionaba la Iglesia Católica local en el suicidio. Aparte, no nos engañemos, pedí las partidas de bautizos ya que todavía me movía en términos durkheimnianos. Así, tras acabar la misa, me dispuse a charlar con el párroco. Muy simpático, me indicó que estaría encantado de darme esas partidas, pero que desgraciadamente no era posible sin la autorización de la institución eclesiástica en Granada. Sin embargo, fueron comentando, tanto mi madrina de campo como el cura, diversos suicidios acaecidos en la localidad. El más famoso por estos lares son los dos producidos en la romería. Esta, ubicada en una zona concreta, se dejó de celebrar tras el segundo suicidio. Primero, hubo uno. Al año siguiente, el otro. Eran chicos jóvenes, en principio sin ningún tipo de problema asociado. Al ubicarse los dos en un mismo lugar, espacio y festejo, los rumores se propagaron. El sitio o la festividad estaba maldita. Por lo tanto, se canceló y en Salar no se ha vuelto a hacer ninguna romería. Como se observa, los cuerpos permanecen en el tiempo social; se articulan como relatos imbricados en un cuerpo social todavía significativo.

No obstante, esto no es lo que me interesa para el capítulo. El cura, cuando hablaba de los suicidios más recientes, siempre achacaba el acto a un agente externo, aunque no como capacidad de agencia negativa, sino como un devenir de las circunstancias dadas. Esta proposición choca frontalmente con lo que, como he explicado sobre el debate entre materialistas y espiritualistas en el siglo XIX en España, era la necesidad de capacidad de agencia, de culpabilidad, del sujeto. Extrañado, le pregunté si sabía, en las exequias, si una persona difunta se había suicidado o no. Quizá era que no lo sabía y que la misa la daba a todos por igual. Me respondió que en principio no, que los suicidios, cuando llega el parte de defunción, aparecen como “muerte legal”. La muerte legal no solo incluye suicidios, sino también accidentes. Por lo cual, a priori no se debería saber si una persona fisiológicamente muerta se ha matado o no. Sin embargo, como en todos los pueblos, los rumores vuelan. Se conocen entre todos, ya sea directamente o por ser la hija de, primo de o cuñado de. A lo mejor no tiene la certeza, pero el rumor aparece. Los mismos médicos, el juez de paz o la policía local pueden ayudar a propagar el chisme al poder observar, de primera mano, el cadáver. Tampoco es que el cura pregunte si está persona se ha suicidado, da igual. Algunas veces “muere en casa”. Ese “morir en casa” se despliega de formas muy diversas: puede ser que se haya caído, puede ser que le haya dado un paro cardíaco o puede ser que se haya matado. Normalmente, cuando esta expresión suena se entiende que no se ha ahorcado, sino que en todo caso se ha tomado algún fármaco o sustancia nociva. Esa asociación fármaco-casa es la que configura el “morir en casa” en tanto suicidio. También se significan como personas solitarias que no han podido recibir ayuda de otros cercanos. Continuando, el cura no sabe a ciencia cierta si el cuerpo al que tiene que dar las exequias pertenece o no a un suicida. Pero da exactamente igual. El cura puede saberlo, aunque la familia no se lo diga. Le da las exequias igual y es enterrado en la forma cristiana.

Porque todo esto que mueve el enterramiento es fundamental. El cuerpo del suicida, históricamente, ha sido depositado fuera del cementerio. Era como un acto de castigo por la culpabilidad de suicidarse. Nadie podía desprenderse de los designios de Dios. El sufrimiento era una forma de llegar a Dios y, rechazar eso acabando con tu cuerpo fisiológico, fuente del dolor, era contradecirlo. Así, el cuerpo del suicida se sitúa fuera del camposanto junto a asesinos, violadores y herejes en una fosa común donde los cuerpos se afinaban. El cuerpo fisiológico, como significante relevante, como recuerdo de ese cuerpo (social) que aún permanece, es arrojado. Los familiares que significan ese

cuerpo no pueden, en el espacio, reencontrarse con él. Porque la tumba, ese espacio individualizado, ha sido una muestra de dignidad y humanidad. En cambio, las fosas comunes, que desgraciadamente en España abundan, son muestra de despojo, de infravaloración hacia ellos. Por otra parte, como hemos comentado, los bienes de los suicidas eran confiscados y, con el poder que tenía la Iglesia Católica durante esos años en España, seguro que le sacaba provecho y, el que más, el cura local. No solo era una cuestión teórica, sino que tenía implicaciones prácticas. Así, pensé que quizá ese secretismo y tabú que ha rodeado al suicidio tenía sus raíces en esa construcción histórica en la que se debía ocultar la causa del fallecimiento.

En ese entendimiento, me propuse investigar acerca de las creencias cristianas de la zona. Quería indagar en si el cura local, la parroquia o, en definitiva, la Iglesia Católica institucional, tenía poder sobre las intersubjetividades y las experiencias vividas de los locales. Para ello, me gustaría mostrar una charla que mantuve en Algarinejo:

I: “Aquí no vamos mucha gente a misa ni... gente joven poca. La gente va porque quiere hacer la comunión del niño y después desaparecen. No es una sociedad practicante.

Álvaro: ¿Pero cuando va el nazareno están todos?

I: Ahí no cabes. Hay una cofradía que son la del nazareno super bien organizada para todos los actos que hagan y luego no van nunca a misa (...) Además, es curioso lo que pasó aquí. En la Guerra Civil, en el año 36, un pueblo que era zona republicana, llegó una columna anarquista de Málaga y entonces claro, sabes que Granada es zona nacional. Llegó la columna a Loja, estuvo y mandaron otra columna a aquí. Y vinieron aquí y la iglesia ya la habían convertido, el Comité Revolucionario de Algarinejo, en almacén. Entonces, habían requisado todo lo de las tierras y lo tenían ahí repartido. Eso es muy normal en todos los sitios. Ahora, llegaron los anarquistas y sabían que venían los anarquistas. Qué hicieron. Cogieron al nazareno y todas las imágenes más buenas y las guardaron en una habitación y las cambiaron. Y cuando llegaron los anarquistas: “pero bueno, vamos a ver, dónde están aquí las imágenes. “Pues, nada, esas las hemos quemado ya nosotros. Y los otros se fueron y sacaron sus imágenes. Y los republicanos eran ateos eh. Una cosa es que quemen el nazareno de Priego que soy yo el primero que

voy a quemarlo y otra cosa es que me quemen mi nazareno. Esa relación extraña que hay con la religión.

Parecería, entonces, que lo que es la institución *per se*, los preceptos, no son significativos para los habitantes de estas localidades. La imagen, en cambio, ese nazareno del que habla el entrevistado, es lo que construye una especie de ritual en donde cada año se reúnen los locales para celebrar sus fiestas. La imagen se yergue como lo verdaderamente significativo para el pueblo. Por estos lares, cada pueblo tiene sus fiestas de las vírgenes que se viven, primero, con gran devoción y, segundo, con gran alegría por poder encontrarse y reunirse con la gente, tanto de la misma localidad como de otras circundantes. Esta imagen, además, se asocia directamente con el pueblo. Es su nazareno, es su virgen y es, en definitiva, su imagen. Da igual que seas ateo, agnóstico que creyente: a la imagen se le tiene estima. Sirva como validación igualmente la historia que cuenta sobre los republicanos. Parece ser que, históricamente, la imagen ha tenido una gran importancia en la religiosidad popular. De esta forma, parece que la institución eclesiástica pierde fuelle paulatinamente y queda como resto depositario de la imagen.

Por otro lado, esta religiosidad popular se ha manifestado de manera singular en la Sierra Sur de Jaén. Como ya mencioné en la contextualización, existió una saga de santeros que son adorados aun en la actualidad. Su presencia consta desde mediados del siglo XIX. Estas personas fueron, en el imaginario popular, gente bondadosa, piadosa y humilde. Se asociaban directamente con el territorio puesto que nacieron y vivieron en cortijos y pequeñas aldeas. La gente iba a pedirles consejos, a aliviarles algún mal o a quitarles males de ojos. Esos procesos de curación permanecen hoy en día. Como sabía que, a la tumba del Santo Custodio, ubicada en Noalejo, seguía yendo gente, me dirigí en un intento de ver algún tipo de práctica asociada. Al llegar, no había nadie, aunque la tumba contaba con las flores recién compradas y cuidadas. Al dirigirme a la salida del cementerio, una mujer anciana, apoyada por muletas y por un muchacho, se tumbó al lado del Santo Custodio. Con una toalla puesta sobre el pavimento, tanto el muchacho como un hombre que pasaba por ahí le tuvieron que ayudar a recostarse. El silencio se hizo. Esta práctica consiste en tumbarse al lado de la tumba, cerrar los ojos durante diez minutos y esperar que el Santo Custodio te aconseje o te otorgue el milagro que aliviará los males por los que has ido. En la fotografía 14 se podrá ver la práctica. Y es que, esta experiencia junto con la figura del curandero está bastante extendida en lo que es el

Triángulo Significativo. Hasta el punto, y ya lo dejo como curiosidad que valida ese sistema médico hegemónico localizado, de que, en muchas ocasiones, los médicos, ante lo que se denomina por aquí culebrina⁴ encomiendan que lo trate un curandero. Es en esas experiencias, en esos deslizamientos entre la experiencia local y el sistema biomédico, donde se sitúa la cuestión.

Sin embargo, no nos vayamos por las ramas. Como estábamos relatando, lo que nos interesaba en esta ocasión era saber la influencia de la institución eclesiástica en las experiencias vividas de los sujetos. Parece, entonces, que el párroco iba perdiendo fuerza progresivamente a favor de esa religiosidad popular. Me encontraba en un callejón sin salida. Si el tabú y el secretismo del suicidio no se debía, en parte, a ese recuerdo, a esos dispositivos de poder que desplegaba la iglesia en las experiencias de los sujetos, ¿a qué se debía? ¿cuál era la razón, aparte de la construcción histórica del suicidio como pecado, por la que se ocultaba? La respuesta, en cierta medida, la encontré en los cementerios buscando los patios de los ahorcados. He estado en varios camposantos charlando con diferentes enterradores. A todos les preguntaba dónde estaba el cementerio de los suicidas o el patio de los ahorcados. De ninguno recibí una respuesta concreta. Si que sé que esas fosas fueron reubicadas con las reformas que se realizaron en la mayoría de los camposantos, pero tampoco supieron los enterradores señalarme el lugar. Así, di este tema por zanjado. Sin embargo, en una de mis conversaciones con los informantes me enteré de que había un libro de los suicidas en donde se apuntaban todos los nombres. Comencé a pensar, ¿quién categoriza a los suicidas actualmente? ¿quién los nombra, los individualiza como sujetos suicidas? La respuesta surge, pues, de la siguiente proposición:

Cuando a una persona que se suicida se le hacen las exequias, da igual la causa o el propio acto, aunque se suponga o se rumoree. Quizá en la misma salida de la iglesia se escuchan cuchicheos, ecos de que, a lo mejor, se ha ahorcado. En un tiempo dominado por la biomedicina, el suicida se resignifica por un momento, en un ritual en el que la gente del pueblo se congrega, como un muerto más dentro de la misma localidad. Las iglesias, santeros e imágenes son la potencia de ese ritual en el que, más que ser un funeral católico,

⁴ La culebrina es una especie de “bicho” que se introduce en el cuerpo. Suele aparecer con salpullidos y rojez que se propagan en torno a la barriga. Se suele decir que si da la vuelta esa rojez, acaba ahogando a la persona y acaba muriendo.

es una despedida comunitaria. Se recuerdan sus alegrías, sus tristezas, sus proezas. El cuerpo se despoja de culpabilidad. Sin embargo, es la biomedicina la que despliega sus dispositivos al conceptualizar ese cuerpo en el tiempo social como suicida, con todo lo que ello implica. El muerto pasa a ser un dato más que produce y reproduce la subalternidad en un dataísmo continuado. El cuerpo, pues, se burocratiza y se conforma junto con los demás cuerpos suicidas. El tiempo, hegemonizado por la biomedicina, sigue configurando esos rumores, ese porqué lo habrá hecho. A lo mejor porque su padre se mató y, ya sabes, la genética es traicionera. O puede ser que tuviese problemas mentales que no ha logrado resolver. Da igual. Los cuerpos en el tiempo social se siguen significando en la experiencia vivida en la culpa y la posible causa que podría haber evitado. Por lo tanto, parecería que los papeles se han revertido. La culpabilidad, ese elemento subalternizador del sujeto, se despliega ahora en la biomedicina en vez de en la Iglesia Católica. Cuando la capacidad de agencia era necesaria para la institución eclesiástica como mantenimiento de la culpa y el pecado para el suicida, ahora es la biomedicina la que culpabiliza, la que configura un dispositivo hegemonizante de capacidad de agencia negativa. Cuando, antes, los pobladores tenían miedo de que algún familiar se suicidase por la ignominia resultante de arrojarlo a un patio de los ahorcados, es ahora el sistema biomédico el que desecha el cuerpo como un dato que produce y reproduce esos mismos discursos subalternizadores. Son, como hiciese la Iglesia Católica pretéritamente, exteriorizados, puestos en un lugar donde se recuerde lo que hicieron y, en cierta medida, promovieron. El Triángulo Biomédico es, pues, el nuevo patio de los ahorcados.

5.3. Práctica, jerarquizaciones y sistema médico hegemónico

El siguiente capítulo está relacionado directamente con lo que Charles Briggs (2005) llamaba estratificación biomédica. Esta conceptualización, sirve, en parte, para situar actores concretos que, a través de su cuerpo, deslizan el Modelo Médico Hegemónico localmente situado. La biomedicina no es una estructuración exterior que se imbrique por igual. Depende de una comunicación de un cuerpo espaciotemporalmente (entendido según la definición de tiempo social) situado que, a través de la experiencia, pueda interactuar con otros sujetos. Permite, a su vez, ver esas diferentes jerarquizaciones que se producen en la medicina en tanto al acceso a la producción simbólica que comentaba Brihl y Granda (1989). Por ello, analizaremos dos entrevistas, una hecha a un médico

local de Íllora y otra a dos psicólogas de Priego de Córdoba. La tercera será una breve charla que mantuve con uno de los psiquiatras más importantes de Granada capital.

Íllora

En uno de mis viajes a Íllora, tuve la oportunidad de entrevistar a un médico ya retirado. El cómo lo conocí fue significativo. En uno de mis viajes me dirigí a la localidad y el primer sitio al que me aproximé fue el ayuntamiento. Me recibió el concejal de cultura, un tipo simpático, al que le pregunté si podría entrar al archivo municipal para examinar si existía algún registro sobre suicidios y/o suicidas. Me emplazó a otro día en el que tuviese más tiempo, puesto que no encontraba las llaves y tenía mucho trabajo que hacer. Volví y registré tanto el archivo municipal como algunas partidas de defunciones situadas en el juzgado correspondiente. No encontré gran cosa. Sin embargo, no es esto lo relevante. Me hablaron de un antiguo médico que quizá había estudiado el tema en la localidad, pero que no se acordaba si lo había efectuado. Pregunté si era posible darme el teléfono. Desgraciadamente, no disponían de él. Apenado, me dirigí a marchar por la puerta del ayuntamiento y, en ese instante, me acordé de alguien del que me había hablado mi madre días anteriores: “si vas a Íllora, pregunta por Isidro que era antiguo concejal de IU y es mi primo”. En un impulso más personal que antropológico volví a hablar con el concejal y me dijo que sí, y que además era amigo del médico que me habían comentado. Le pedí el teléfono de Isidro a mi madre y le llamé. Bendita bola de nieve. Se observan aquí estas relaciones íntimas en donde todos se conocen entre todos ya sea por el hijo de, la cuñada de, el amigo de... Aunque fuera casualidad que un familiar mío al que había visto en escasas ocasiones fuese amigo del médico, es un ejemplo claro de que da igual que fuese un antiguo médico, era un actor significativo socialmente. Así pues, quedé con el primo de mi madre a la media hora en un bar y nos echamos unas cervezas mientras su nieta jugaba. Entre charlas sobre la familia, le pregunté si conocía al médico. En un cuarto de hora, tras acabar la bebida, estábamos en la casa del galeno. Lo había llamado en un abrir y cerrar de ojos y dijo que claro, que nos pasásemos.

Entré a su despacho y comenzó la entrevista. El primo de mi madre asistió igualmente. Lo primero que le pregunté fue cuando vio más suicidios en la zona:

Médico: *En ese año...*

Isidro: *No, cuando ganó el PSOE que cambió el sistema.*

Médico: *No, fue más tarde... Del 80 al 90 veía yo un ahorcado cada mes o dos meses. Muchísimos ahorcaos.*

Álvaro: *¿Aquí en Íllora o en general?*

Médico: *En Íllora, Alomartes, Tocón, Brácana... en todo el municipio. Hay una cosa que es la “Longuinilla Alta...”*

Siguiendo con el léxico popular que contrapone el objeto médico con los significantes experienciales, la gente no se suicida, se ahorca. El médico, en su recorrido de más de treinta años trabajando en el pueblo, ha vivido todos estos sucesos. Conoce a casi todas las personas que se mataron en esas fechas, ya sea por la consulta o fuera de ella. Sabe cada relato, rumor, escándalo pretérito o presente que se comenta sobre la persona fallecida... la muerte no se menciona como patología sino como producto de una recesión económica. Es una articulación en donde se relacionan cada una de las muertes acaecidas entre los años 1980 y 1990 con un relato intersubjetivo conformado a partir de las vivencias. El tiempo social en donde se sitúa el cuerpo del ahorcado, se articula, de esta forma, en una significación social concreta. Prosiguiendo con la entrevista, me cuenta acerca de un conjunto de suicidios acaecidos cerca de “La Longuinilla Alta”, Jaén:

Médico: *Una cortijada. Allí vi dos o tres ahorcados en... en un tiempo no mu largo. Te estoy hablando del año 80 al 90. Edades desde 13 años, una niña, a noventa y tantos años. Ya no tiene objeto vamos, tú lo ves y dices “te vas a morir”. No, ahorcado. Y en las familias que había algún ahorcado... ehm... seguían el mismo... o sea, en las familias se había ahorcado el... el abuelo... seguramente, un hijo del abuelo se ahorcaba y después había algún rastro familiar así, ¿sabes?*

Álvaro: *Sí, una transición familiar, ¿no? Pero nunca se pudo demostrar que fuese problema de genética o...*

Médico: *¡No! En esto no hay genética.*

Álvaro: *No, si lo sé. Si mi hipótesis es que son problemáticas sociales.*

Médico: *Son problemáticas sociales... y cosas aprendidas.*

Intenté sonsacar si relacionaba el suicidio con el componente génico que las hipótesis mencionaban. Nada de esta atomización del cuerpo que el sistema biomédico propone apareció. Sin embargo, no debemos entender que la articulación subalternizadora del Triángulo no aparece. La última frase es reveladora: cosas aprendidas. Las personas,

según esta cuestión, se matan o bien por imitación debido al aislamiento geográfico (vivían en una cortijada) o por una especie de costumbre adquirida en relación con el bajo nivel que se les adjudica. Parece que cuando dice “*seguían el mismo...*” se refiere a que seguía el mismo método, el de ahorcarse y cuando habla de “*rastros familiares*”, a una especie de mimetismo que recuerda a algunas de las principales tesis que se conforman en estos lugares. Estamos viendo, en esta conversación, cómo la articulación del Triángulo Biomédico se desliza en contradicción y en correspondencia con la experiencia vivida. Cómo, también, la biomedicina se estratifica en esa producción de conocimiento que entiende Briggs (2005) y que contrapone el relato experiencial colectivo con las concepciones del Triángulo Biomédico. En la conversación siguiente en la que pregunté a qué conclusiones había llegado en su estudio me comentó:

Médico: *No. Yo lo achacé todo a la economía, conductas aprendidas... conductas aprendidas... inestabilidad económica terrible, terrible... y la gente se quita de en medio. Esto lo hablé yo, con una... con una, en Marruecos, con una... con una... muchacha psicóloga y un psiquiatra del País Vasco que estaban haciendo poco más o menos lo que tú. Y cuando yo les dije la cantidad de ahorcaos que había aquí no se lo creían.*

Álvaro: *No, no, y en mi universidad tampoco se lo creen.*

Médico: *Pues llegó el PER este, el cambio económico y dejaron de ahorcarse... de los suicidios que ha habido, pues, después de esto, han sido, pues que te he dicho, un muchacho que se pega unas puñaladas por... por problemas. Yo entiendo lo que puede pasar en la cabeza, que es que cuando te ves que... (suena su móvil). Vaya hombre... La problemática social, económica principalmente. Ahora, al cambiar... al haber estabilidad económica... ¡Eso fue en el año 92 creo! Cuando se dejan de ver aquí... Del año 80 al 92 pues es que no había meses que no viera yo uno dos, uno dos, uno dos. O más, o más. Y hasta tres.*

Independientemente del decrecimiento o crecimiento del número de suicidios después de 1992, lo significativo, en este caso, es cómo se articula ese relato compartido en donde las muertes voluntarias de ese tiempo social se significan en torno a una determinada causa, desprendiendo cualquier designio de culpabilidad que pudiese existir. Esta conceptualización se puede observar en la ruptura narrativa que realiza después de 1992, en la cual “*un muchacho que se pega unas puñaladas por... por problemas*”. Se entiende que antes la culpa era del sistema económico, de un proceso social concreto, mientras

que, después de la década de los 90, la causa deriva a una individualización y debido a problemas personales. Estos “problemas personales” ya nos indican un cambio de rumbo: la biomedicina, como dispositivo de poder hegemónico, va deslizándose cada vez más en las subjetivaciones sobre el suicidio de los sujetos del Triángulo.

Priego de Córdoba

La entrevista giró en torno a muchas cuestiones, como el tabú de la enfermedad mental o las relaciones sociales que estas personas patologizadas efectúan. No obstante, me gustaría rescatar, para el caso, las posibles causas que proponen acerca del Triángulo. Además, también creo conveniente rescatar cuál es su prototipo de suicida.

“La media es muy alta. El hecho de que se haya constituido la mesa... es lo que tú dices. Hay un incremento de casos importante. En el 2020 ha sido mejor que el 2019. En el 2019 fue de mucha continuidad.”.

Me gustaría comenzar con esta cuestión porque es clave. Durante la pandemia COVID, en lo que fue el confinamiento, los suicidios descendieron. Esta es una prueba más de la relevancia del ser social. Por una parte, a mi entender, la intensidad social y la interacción disminuyó, por lo que esas tensiones, contradicciones e intercambio social se diluyó. Por otra parte, en el sentido del que esta propuesta epistemológica parte, quizá sea interesante revisar cómo la pandemia ocupó la significación del tiempo social que llevamos durante estas páginas comentando. Así, pues, tras este breve apunte, continuemos:

“Sí, el instituto de Copenhague lo asocia con las horas de sol. Creo que es muy relevante esto. También es cierto que las propuestas giran en torno a la capacidad económica, el estatus social... es multifactorial”.

Durante mucho tiempo, en el trabajo de campo, he escuchado la palabra multifactorial por parte de los médicos. Se debe a una variedad de causas biológicas, económicas, sociales, ambientales... sin embargo, en la practicidad de esa teórica de la multifactorialidad, solo se aplican métodos de orden médico/psiquiátrico y psicológico, por lo que el multifactor queda reducido a un discurso y práctica hegemónica biomédica. Es relevante, igualmente, que los factores ambientales, meteorológicos, se sigan

asociando a la tendencia al suicidio. Este aspecto ya lo discutió Durkheim y lo descartó, promoviendo la hipótesis de que, en realidad, no era la luz solar sino la intensidad social derivada de ese buen tiempo. Por lo cual, seguimos, como he comentado en las hipótesis, catalogando al suicida en tanto capacidad de agencia negativa derivada de su propio entorno.

“El suicida suele tener unos 50 años, varón (...) Suele tener un cuadro depresivo y altos niveles de desesperanza (...) Transcurso vital normatípico y de repente hay una fase aguda en la que aparece la patología (...) hay una exclusión social derivado de conductas socialmente inadecuadas”.

Estamos hablando, en este caso, de un suicida que ha pasado por las propias instituciones psiquiátricas y psicológicas, es decir, por todo un circuito hospitalario que ha resignificado su cuerpo. Como decía Foucault, la medicina no crea conceptos de la naturaleza, sino que los produce y reproduce en tanto los dispositivos de poder se despliegan. Por lo cual, el suicida se configura como hombre. Es una cuestión muy significativa. Como dije anteriormente, se configura, a partir del dataísmo, algo que he llamado con la victimización estadística masculina, consistente en comparar los datos de la tasa de suicidio y los de violencia de género. Esto configura una especie de equidad o igualdad en el sufrimiento. Es una forma masculinizada más de no constatar esas prácticas y perfiles machistas.

Granada

Me dirigí hacia uno de los hospitales más importantes de Granada. Al ser la capital, suponía que a las personas consideradas como potencialmente suicidas (en términos médicos de tentativas e ideaciones) se les derivaba hacia Granada. Era lo que, en parte, ya me comentó el médico de Íllora: que, en muchas ocasiones, prefería llevar a los pacientes a Granada y sus hospitales por si acaso. Entre paseos, interminables preguntas sobre quién era el que mandaba en psiquiatría y mi encuentro con él pasó toda la mañana. Aunque no lo haya expresado, esta es una de las violencias a las que me vi sometido. Nadie sabía nada, todo era derivaciones a tal o cual sitio, por ellos encantados de realizar una entrevista, pero se necesitaba autorización de la administración provincial... creo que perdí más tiempo en redes burocráticas que en los propios desplazamientos a las localidades. Muchas entrevistas fueron programadas. No recibí posterior respuesta. O se

les olvidaba o no les interesaba. Sin embargo, el caso es que no hablaban conmigo sobre el tema.

Al final di con él y pude mantener una breve charla. Nos concertamos a otro día en el que tuviese más tiempo. Es comprensible. Aunque, posteriormente, no recibiese respuesta. En fin, que entre ver cuando se podía realizar, me fue comentando que sí que conocía el Triángulo. Tampoco quise indagar mucho, puesto que se iba a realizar la entrevista otro día y podría profundizar más. Eso sí, le pregunté por las posibles causas. Me respondió: “*Eso es el pensamiento mágico de la zona. Los curanderos y tal*”. La zona es la Sierra Sur de Jaén y el pensamiento mágico al que se refiere es al de los curanderos que hemos explicado brevemente en el apartado *Religiones y biomedicina. Cementerio de los suicidas*. La articulación biomédica se despliega en todo su esplendor. Los sujetos del Triángulo son sujetos enfermos por su propio saber popular; o bien porque confían en unas prácticas médicas alternativas a la biomedicina ineficaces y sustitutivas del verdadero, bondadoso y capaz cuidado de la salud o por la propia configuración del saber popular, que los configura en una tendencia para el suicidio. En un plano cientificista, neutral, objetivo y universalizante, este psiquiatra, de gran relevancia en el devenir de los patologizados mentales, encarna las hipótesis que la biomedicina ha articulado con el Triángulo de los Suicidios. Además, como hemos podido comprobar, no se discute una religiosidad o unas prácticas populares. Se pone en entredicho y se patologiza todo un mundo imaginativo en donde imágenes, santeros y curanderos son figuras significadas territorialmente y un punto de unión ritualístico. Recuerda, por lo tanto, a la configuración de estilo de vida, que a través de sus formas subalterniza los saberes y cuerpos de los sujetos del Triángulo. Considero, pues, que este es un gran ejemplo de la articulación del Triángulo para conformar un sujeto enfermado.

En definitiva, lo que he intentado en estas breves palabras ha sido configurar una imagen que entienda la biomedicina a través de sus actores significativos estratificados en ese mismo sistema cultural específico que es la biomedicina. La articulación, como hemos podido comprobar, se ha establecido en diferentes niveles encarnados en cuerpos profesional-médicos que, entre su experiencia vivida en la localidad y su marco epistemológico positivista, se ha encarnado. Obviamente, me hubiese gustado aportar más entrevistas sobre este tema que, a mi parecer, es fundamental. Sin embargo, entre la pandemia COVID, la ocupación médica que en muchas ocasiones nos olvidamos de que

es un reflejo de la producción-reproducción neoliberal en sus formas y la alternativa que es el antropólogo en términos ontológicos, no he podido realizar más entrevistas. Sí que existen pequeños comentarios, pequeñas charlas que mantuve acerca del Triángulo con diversos profesionales. Empero, prefiero situarlo en esos tres niveles para rescatar el entendimiento que los médicos realizan en torno al suicidio a partir de la subalternización.

5.4. Suicidio, significaciones y biomedicina

En este apartado, que será el último, estudiaremos dos casos de suicidio acaecidos en diferentes localidades del Triángulo. Seré muy breve porque el espacio no acompaña. Lo que pretendo mostrar es cómo parte de este Modelo Médico Hegemónico localmente situado se articula tanto en los movimientos anteriores efectuados por el suicida como en la misma intersubjetividad que se conforma en tanto el acto. Así pues, comencemos con una persona que se quitó la vida en Puerto Lope:

“Yo creo que el cortijo lo mató a él. Primero en una moto después un camión, decía. Y me dan unas ganas de tirarme al camión (...) Estaba desesperado en la vida. Uno no se puede imaginar... pero de eso a la realidad. Era un hombre muy fuerte, mucho genio, muy capaz de trabajar. Muy sensato. Entonces le toca a la mujer un cortijo. Había mucho trabajo. Y la mujer también con un carácter... le pegaba unos berridos... él con una azada y un pico haciendo hoyos para enterrar peñones (...) allí quién iba a ir a trabajar. Un día, el día antes, iba yo para abajo. Como siempre, los veía. Lo veía demacraillo. Poco ánimo, su cara un poco descompuesta. Le digo ‘tú no estás bien’ y me dice ‘llevo unos días que estoy...’ ‘Tendrás que ir al médico’ ‘Algo hay que hacer’. Al día siguiente se puso una escopeta y...”.

En estos breves alegatos ya podemos observar cómo al suicida siempre se le dan caracteres pasados. “Era muy fuerte, mucho genio, muy capaz de trabajar”. No en un sentido de pasado fisiológico sino en el que el suicida se configura de una determinada forma después de acometer el acto. Ya no era fuerte, ya no tenía tanto genio... Valores, por cierto, asociados fuertemente a la masculinidad. Sin embargo, no es en este ensayo donde trataremos esta cuestión, como he mencionado en las limitaciones. Continuando, el suicida, aunque se presente como pasado, sigue siendo presente. La corporeidad en el

tiempo social se articula en tanto los valores se posibilitan en pasado. Seguimos aquí observando como el sistema biomédico se desliza en estas prerrogativas. Cuando antes era fuerte, ahora es débil. Cuando antes poseía mucho genio, ahora no tiene más que la cara demacrada. Además, el informante que comenta esta historia siente culpabilidad. Si yo hubiera podido hacer... se sigue estructurando una visión negativa del suicidio y, por lo tanto, donde la capacidad de agencia negativa se presenta.

El siguiente suicidio nos permitirá hablar de la relación entre el método y el suicidio:

“Uno era maestro de toda la vida aquí. Viudo. Con ninguna relación familiar porque su única relación familiar era su mujer y murió eh... se quedó solo aquí. Era un hombre muy querido (...) Muy querido entre los chavales del colegio de aquí. Y se suicidó bebiendo salfuman. La muerte más horrorosa que puedas imaginarte. Es la antítesis de pegarte un tiro. Él era maestro de escuela.”

Una contradicción. Era un hombre muy querido, un hombre bondadoso y bueno. Y murió de la forma más horrorosa posible. En esta contradicción es donde se encuentra la significación del propio tiempo, que se articula en el propio sufrimiento que pasó el cuerpo fisiológico y la bondad que destilaba en vida. Él mismo lo dice cuando menciona “antítesis”. El suicidio se estructura, se configura como un sufrimiento innecesario con la vida que él llevaba. Si se iba a suicidar, que por lo menos lo hiciese de manera liviana, sin mayores sobresaltos. Es en estos puntos donde la significación social se configura, se resignifica para mostrar un alegato en contra del suicidio. Es decir, el sistema médico hegemoneizante produce y reproduce estos discursos. Sin embargo, es en la misma experiencia vivida del informante donde, a través de historias, se resignifica igualmente de manera negativa.

6. Conclusiones. El recuerdo inconcluso

Terminada la etnografía, me siento vacío. Y no por haber podido despachar todo lo que he estado desarrollando estos dos meses. Me da la sensación de que, con tan pocos testimonios, es imposible validar las cuestiones que planteo. Es cierto, igualmente, que esto es un punto de partida. No he pretendido, en ningún momento, darle a este trabajo la eficacia de comprobación. Lo único que he creído necesario demostrar en este trabajo es la posibilidad de estudiar el suicidio con una metodología que no fuese ni la psiquiátrica ni la cuantitativa-sociológica. Ha sido un trabajo de campo de dos meses en los que me he dejado la piel para poder configurar esta cuestión. El tiempo que no estaba en el campo, estudiaba antropología médica. Algunas veces que salía con mis amigos seguía pensando en cómo establecer un marco teórico apropiado para el objeto de estudio. Ha sido, como comento al principio, también un desgarramiento de mi ser en el propio trabajo de campo. Lo que he aprendido en este tiempo es incalculable: saber cómo tratar con el sujeto, la vigilancia epistemológica de los términos, el entendimiento de que algunas ocasiones es preferible desconectar del campo, el propio estudio de la antropología médica... Sin embargo, de quién más he aprendido es de las gentes de estas localidades. He podido, aunque sea parcialmente, introducirme en su alegría, en su tristeza, en su propia corporeidad que, como persona de Granada, es sensiblemente diferente a la mía. Y, aun así, siento que este trabajo no hace honor ni a todo lo que he aprendido como antropólogo ni a mis informantes que son, en definitiva, los que producen esta investigación. Entiendo que el objeto de estudio me ha limitado. Solo he podido transmitir una parte de una articulación en un mundo mucho más rico que esto. Al comenzar este escrito creía que mi visión era demasiado holística. Ahora me doy cuenta de que, en estas páginas, es imposible transmitir ni una milésima de lo que he experimentado en estos dos meses.

No obstante, me gustaría validar algunas de las cuestiones. Considero que he podido mostrar, aunque sea tangencialmente, esa articulación biomédica en el Triángulo. La concepción de estilo de vida ha configurado un ser subalternizado, también producto del ser andaluz. Las hipótesis, como esa expresión de la articulación biomédica, han quedado descartadas en un marco que ha mostrado cómo a los sujetos se les impone la capacidad

de agencia negativa. Esta contra argumentación, en principio, era uno de los puntos cardinales de la investigación. Por otro lado, dentro de esa articulación biomédica, he intentado mostrar cómo puede deslizarse; los suicidios, esos gestos absolutos, se expresan, en parte, a través de los valores que produce el sistema biomédico en torno al suicida y sus allegados. El Modelo Médico Hegemónico localmente situado no es una cuestión esotérica ni se permea únicamente en un entendimiento foucaultiano. Son actores concretos en los que, a partir de su contradicción entre experiencia vivida local y la epistemología biomédica, se configura.

Quizá hubiese sido relevante hablar de otras cuestiones que configuran el mundo significativo de los locales, como el trabajo manual, el campo (entendido como territorio trabajado) como extensión de su propio ser o los aspectos burocráticos concretos que permean al sujeto suicida en un dato. No obstante, como he repetido anteriormente, el objeto de estudio me ha limitado. En tan pocas páginas y en tan poco tiempo no puedo explicar ni una mínima parte de esta articulación. He intentado, por todos los medios, dar otra visión en referencia al suicidio. Y, si me está leyendo algún médico o profesional sanitario, este no ha sido un ensayo que les ataque directamente. Como he mencionado, las diferentes experiencias han configurado diversos entendimientos y, como diría Byron J. Good (2003), la consulta médico-paciente no debe entenderse siempre como una guerra. Es un espacio también de resignificación, de proceso dialógico y de entendimiento entre ambos saberes.

Y es que esto no habría sido igualmente posible sin el conocimiento que me han aportado, desde una perspectiva decolonial e implicada, autores como Eduardo Menéndez. Como diría Enrique Dussel (2008: 155), “*la existencia de un Sur de Europa (y por ello de Latinoamérica) construido epistémicamente por la Ilustración del centro y norte de Europa desde mediados del siglo XVIII*”. Es desde estos marcos, el pensar desde Andalucía como un Sur conformado y producido y reproducido desde y por la hegemonía donde podemos, a mi parecer, conformar nuevos marcos de posibilidad desligados de esa configuración. Latinoamérica y Andalucía, hermanadas por su condición subalterna, deben colaborar en su intento de desencadenamiento.

Lo que he intentado mostrar durante toda la etnografía es una propuesta epistemológica que logre articular algunas de las significaciones, discursos y hegemonías que

confeccionan el suicidio. Quizá este trabajo se quede en el olvido, no lo sé. Pero aquí va la producción de recuerdo. A lo mejor yo mismo tome el testigo de este ensayo, pero, lo primordial, es que otros se acerquen y se interesen de diversas formas al Triángulo de los Suicidios. Como el que varea un olivo, he pretendido arrojar a las lonas de la producción analítica las prenociones que inundan el objeto de estudio. Sin embargo, si algo he aprendido en mi trabajo de campo, es que varear un olivo requiere de un saber específico para no dañar el árbol, de un arte manual que yo no poseo y de la fortaleza física para aguantar la labor. Por ello, al ser mi primer trabajo de campo, quedo a vuestra merced, lectores, de posibles críticas y aportaciones. Lo importante, en este caso, es mostrar la necesidad de varearlo y de poder vislumbrar, aunque sea escasamente, el tronco.

Por último, este párrafo lo escribo a menos de doce horas de entregar el ensayo. He salido de fiesta por Granada con mi gente, todo bien. No obstante, en un momento, no me acuerdo bien porqué, comencé a discutir con uno de la calle acerca del suicidio. Él, que lo había vivido, decía que era genética, que se pasaba de abuelos a nietos. He intentado, en la medida de lo posible, rebatírselo con lo que durante esta investigación he ido desarrollando. No he sido capaz. Y es en estos momentos de la madrugada, en el que la culpa y la vergüenza me carcome, donde veo más necesario que nunca este ensayo. Aunque se critique desde todas las posiciones y desde todos los lugares, considero que este estudio es un análisis humano de un acto humano vital para poder desentrañar, en fin, los garrotes que nos encierran a estos mundos en los que vivimos.

7. Bibliografía

- Alvira Martín; Blanco Moreno (1998). Estrategia y técnicas investigadoras en ‘El Suicidio’ de Emile Durkheim. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 81/98 pp: 63-72.
- Andriolo, K. (2006). The twice-killed: imagining protest suicide. American Anthropologist 108 pp: 100-113
- Atkinson, Paul; Hammersley, Martyn (1994) Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Aurora Romero, María; Gonnet, Juan Pablo (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. Revista Mexicana de Sociología 75, número 4. Universidad Nacional Autónoma de México
- Bateson, Gregory (1971). The cybernetics of “self”. A theory of alcoholism. William Alanson White Psychiatric Foundation. Psychiatry, 34, pp: 1-18.
- Benedict, Ruth (1934). Anthropology and the Anormal. Journal of General Psychology, 10 pp: 59-82.
- Bourdieu, Pierre (2013). El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Siglo XXI.
- Breihl, J; Granda, E. (1989). Epidemiología y contrahegemonía. Social Science and Medicine, 28, 11 pp 1121-1127
- Briggs, Charles (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: Aperturas progresistas, enlaces letales. Revista de Antropología Social 14 pp 101-124
- Broz, Ludek; Münster, Daniel (2016). Suicide and Agency (Studies in Death, Materiality and the Origin of Time) (p. iii). Taylor and Francis. Edición de Kindle.
- Campo Aráuz, Lorena (2017). *La cadena de los suicidas. Relatos de vida y muerte en un valle de Quito*, en Etnografías del suicidio en América del Sur, Campo Aráuz y Aparicio, coord., Quito: Abya Yala, pp: 45-72.
- Campo Aráuz, Lorena y Miguel Aparicio (2017). Etnografías del suicidio en América del Sur, Quito: Abya Yala.
- Carsten, J. 2003. After kinship. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carvajal Contreras, Miguel Ángel (2021). La antropología andaluza en el contexto de las antropologías mediterráneas. ANDULI (20) 2021 pp.17-34. <http://10.12795/anduli.2021.i20.02>

- Cátedra Tomás, María (1988). La muerte y otros mundos: Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de alzada. Júcar Universidad.
- Cea, Juan Carlos. (2018-2019). Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. Psicología, conocimiento y sociedad, 8 (2) pp 50-70
- Chul Han, Byun (2014). La psicopolítica. Barcelona: Herder.
- Desjarlais, Robert (1992). “Imaginary Gardens with Real Toads”, de Body and emotion. The aesthetic of illness and healing in the Nepal Himalayas (Philadelphia, University of Pennsylvania Press). Trad. María Belén Pepe. Rev. María Luz Roa.
- Durkheim, Émile (2003). Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Gorla.
- Durkheim, Émile (2018). El Suicidio. Ediciones Akal.
- Dussel, E. (2008). Meditaciones anti-cartesianas: sobre el origen del anti-discurso filosófico de la modernidad Tabula rasa 9, 153-197.
<https://doi.org/10.25058/20112742.344>
- Farmer, P. (2003). Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, Michel (2005). Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2007). La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (2008). Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paid
- Foucault, Michel (1994). Un placer tan sencillo. Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen 3. Paidós
- Galiano Parras, S. (2017). La formación del monocultivo olivarero en la comarca Campiña de Jaén. Investigaciones Geográficas, (67), 123-141.
<https://doi.org/10.14198/INGEO2017.67.07>
- Gallo Acosta, Jairo Enrique; Quiñones Useche, Anika (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. Athenea Digital - 16(2): 139-168
- García-Fernández, Javier (2021). Descolonización del conocimiento y pensamiento andaluz decolonial. ANDULI (20), 2021 pp: 289-312.
<http://10.12795/anduli.2021.i20.16>

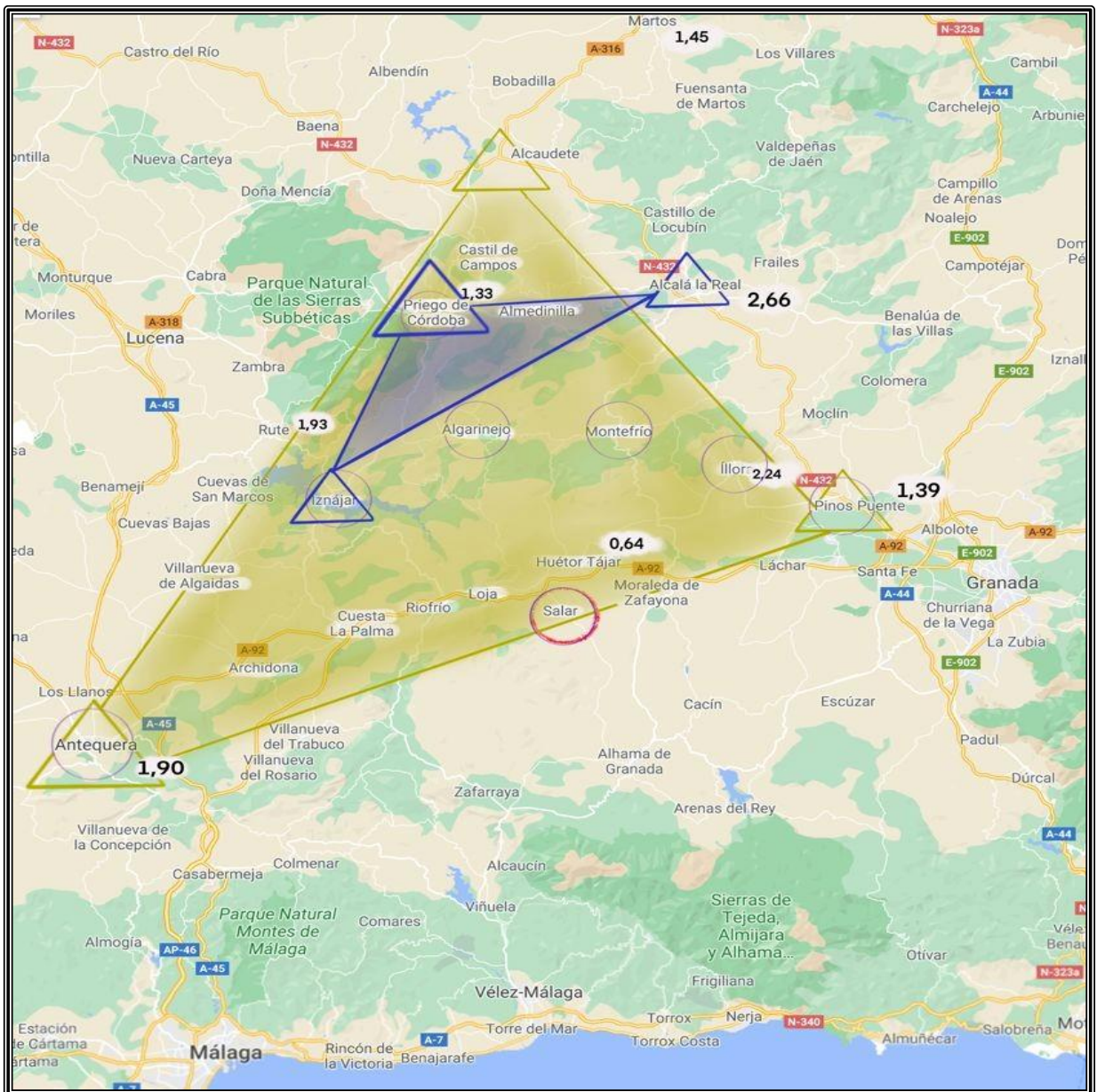
- Gaspar, E. (1896), El suicidio. Granada, Imp. El Pueblo.
- Geertz, C. (1974). 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences.
- Giné y Patargás (1876), Tratado teórico-práctico de frenopatología. Madrid, Moya y Plaza.
- Good, Byron J. (2003), Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. España, Edicions Bellaterra.
- Habermas, Jurgen (2001). Teoría de la acción comunicativa. Taurus, Madrid.
- Hinojosa, Juan Rafael (2018). La tasa de suicidios local es el triple que la media nacional. Noticia publicada en Diario de Jaén. URL: <https://www.diariojaen.es/provincia/alcala/la-tasa-de-suicidios-local-es-el-triple-que-la-media-nacional-II4039093>
- Instituto de Cartografía y Geografía de Andalucía.
URL: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sid/>
- Malinowski, Bronislaw K. (1970). Una teoría científica de la cultura. Barcelona: Edhasa.
- Malinowski, Bronislaw K. (1985). Crimen y costumbre en la sociedad salvaje. Paneta Agostini.
- Marsh, Ian (2010). Suicide: Foucault, history and truth. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marshall G. (1993). Racial classifications: popular and scientific. Harding.
- Martínez-Hernández, Ángel; Perdiguero Gil, Enrique; Comelles, Josep María (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. Revista de Dialectología y Tradiciones populares, vol. LXX, nº 1, pp. 205-233
- Menéndez, Eduardo; Di Pardo, Renée (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS.
- Menéndez, Eduardo (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Edicions Bellaterra.
- Navarro Gomez, Noelia (2020). El suicidio en Andalucía: Un análisis del fenómeno en los 10 últimos años (2008-2017) Papeles del Psicólogo, vol. 41, núm. 2.
- Mendieta, Eduardo (2007). Hacer vivir y dejar morir: Foucault y la genealogía del racismo. Tabula Rasa, núm. 6, enero-junio, 2007, pp. 138-152 Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca Bogotá, Colombia.

- Merleau Ponty (1994). Fenomenología de la percepción. Planeta Agostini. Ediciones Península
- Lins Ribeiro, Gustavo (1986). Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. Cuadernos de Antropología Social, (3), 11.
- López Frías, David (2016). REPORTAJE: El triángulo de los suicidas: en los pueblos donde quitarse la vida es una costumbre. El Español.
- López Petit, Santiago. El gesto absoluto: El caso Pablo Molano. Una muerte política. Pepitas Ediciones
- López Pintor, R; Castillejo Gorráiz, M (1993). La iglesia de Andalucía. Apuesta por el futuro. Cajasur, Córdoba.
- Otegui Pascual, Rosario (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. Capítulo 10 de Medicina y Cultura, Estudios entre la antropología y la medicina. Edicions Bellaterra.
- Peset, J. L. (1983), Ciencia y marginación, Crítica Grijalbo, Barcelona.
- Pitt-Rivers, J. (1971). The People of the Sierra. Londres: The University of Chicago Press.
- Plumed Doming, José Javier; Moreno, Luís Rojo (2012). Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2012, vol. LXIV, nº1, enero-junio, pp: 147-166.
- Rodríguez Prieto, Juan Pablo (2008) La distribución geográfica del “jejeo” en español y propuesta de reformulación y extensión del término, Revista Española de Lingüística, Año núm. 38, Fasc. 2, págs. 129-144.
- Roldán Barbero, Horacio (2001). Contribución al estudio del suicidio rural (el caso de la Contraviesa, en Granada). Revista de Derecho Penal y Criminología, 2º época, nº 7 (2001), pp: 335-374.
- Ruiz Pérez, Isabel; Orly de Labry-Lima, Antonio (2006). El suicidio en la España de hoy. Gaceta Sanitaria 2006; 20 (Suplemento 1) pp: 25-31
- Sáez Rodríguez, José (2005). Estudio Médico Legal del suicidio. Su incidencia en el Partido Judicial de Priego de Córdoba entre los años 1960 y 1989. Universidad de Córdoba.
- Sánchez Barricarte, Jesús Javier; Martí Rubio, Borja y Castillo Patton, Andy Eric (2017). Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011). Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 160 pp: 95-114.

- Santos, Boaventura de Sousa (2002). Para uma Sociologia das Ausências e uma Sociologia das Emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, pp. 237-280. Disponible en <http://rccs.revues.org/1285>.
- Santos, Boaventura de Sousa (2021). El fin del imperio cognitivo. Trotta Editorial.
- Sanz, Marco (2021). La emancipación de los cuerpos. Teoremas críticos sobre la enfermedad. Akal Pensamiento Crítico.
- Sirimarco, Mariana (2017). La construcción de lo indecible: chisme, dato y etnografía en un contexto policial argentino. Revista de Antropología Social. Ediciones Complutense, 26 (1) pp: 53-72

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1. MAPA



8.2. ANEXO 2. TABLA CON LA TASA DE SUICIDIO POR 100000 HABITANTES

LOCALIDAD	TASA
Alcalá la Real	2,66
Antequera	1,90
Huétor Tájar	0,64
Íllora	2,24
Martos	1,45
Montefrío	
Pinos Puente	1,39
Priego de Córdoba	1,33
Puerto Lope	
Rute	1,93

Datos extraídos del reportaje titulado “El triángulo de los suicidas: en los pueblos donde quitarse la vida es una costumbre” donde se realizó un análisis estadístico a partir de los datos que aportó el Instituto Nacional de Estadística (INE).

8.3. ANEXO 3. FOTOGRAFÍAS

En este último capítulo se podrán observar algunas de las fotos que hice. Como se verá, no hay fotografías hechas a personas. Pudiera parecer que, con estas imágenes, en la que la mayoría son paisajes, vuelvo a una territoriazación que durante este ensayo he criticado. Esta decisión se debe a dos motivos en donde la primera es la Ley de Protección de Datos. No obstante, la razón principal es que no soy muy aficionado, como antropólogo, a fotografiar a los informantes. Considero que, si con este tema ya es difícil que la gente confíe en ti, sacarle una foto con el móvil lo es aún más. De estas experiencias que te llevas en el campo, pude observar la suspicacia que entona un móvil tanto como grabadora como cámara. El móvil se significa como la puerta a la globalización, al mensaje masivo y a la difusión. Por lo cual, si en algún momento vuelvo a hacer trabajo de campo y necesito fotografiar gente, ya se que la seguridad y la confianza que aporta una cámara fotográfica es primordial, en detrimento del móvil.

En este apartado, aparte de poner algunas imágenes de las distintas localidades, en los pies de fotos cuento alguna anécdota, expresión o pensamiento que me iba surgiendo

conforme se iba desarrollando la investigación. Me permite desmarcarme parcialmente del objeto de estudio y poder, en fin, dar una impresión humana al trabajo de campo. Como lo que es, estos pies de foto son una locución de humanidad (construida).

Salar



Fotografía 1



Fotografía 2. A este perro lo conocí el primer día que hice trabajo de campo en Salar. Entre las mesas de los bares, suele haber algunos para conseguir alguna sobra. El antropólogo es como el perro de estos bares. A ver si puede conseguir algo estando alrededor. No obstante, el perro no tiene que deconstruirse para saber su posición y es, en muchas ocasiones, menos intrusivo que el etnógrafo.



Fotografía 3

Iznájar



Fotografía 4. Fue mi primera salida al campo fuera de Salar. Precioso pueblo rodeado por el pantano. Me llevé a mi primo Abraham y me comentó: “Para una vez que vamos de viaje y me llevas a ver cementerios.”



Fotografía 5



Fotografía 6



Fotografía 7



Fotografía 8

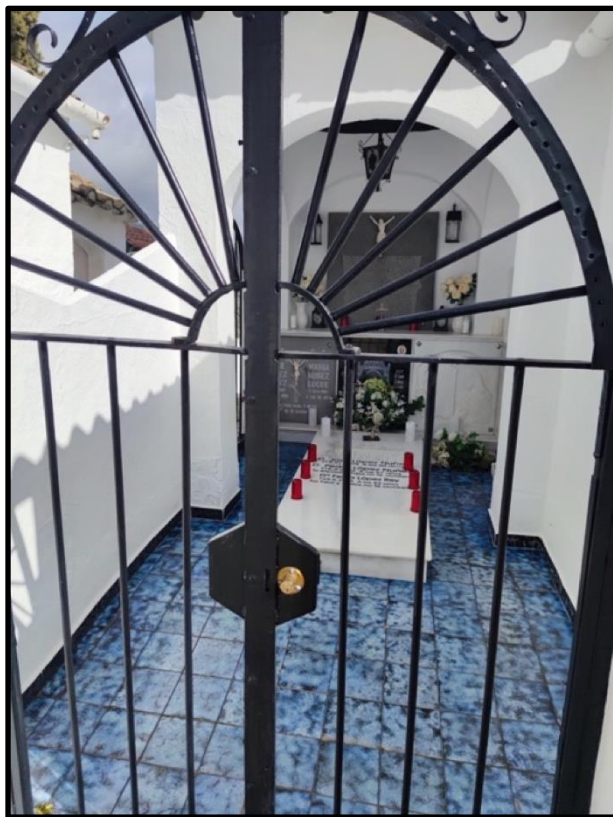


Fotografía 8. Rafael Alberti visitó Iznájar en los años 20 del siglo XX y le serviría de inspiración para escribir su libro "La arboleda perdida".

"Prisionero en esta torre,
prisionero quedaría.
(Cuatro ventanas al viento)
¿Quién grita hacia el norte amiga?
El río que va revuelto
(Ya tres ventanas al viento)
¿Quien gime hacia el sur amiga?
El aire, que va sin sueño
(Ya dos ventanas al viento)
¿Quién suspira al este, amiga?
Tú mismo, que vienes muerto
(Y ya una ventana al viento)
¿Quién llora al oeste, amiga?
Yo, que voy muerta a tu entierro.
¡Por nada yo en esta torre
prisionero me quedaría"

Rafael Alberti

Iznájar Enero 1989



Fotografía 9

Alcalá la Real



Fotografía 11. Vista de la Mota, castillo que corona Alcalá la Real, desde el cementerio.



Fotografía 12.

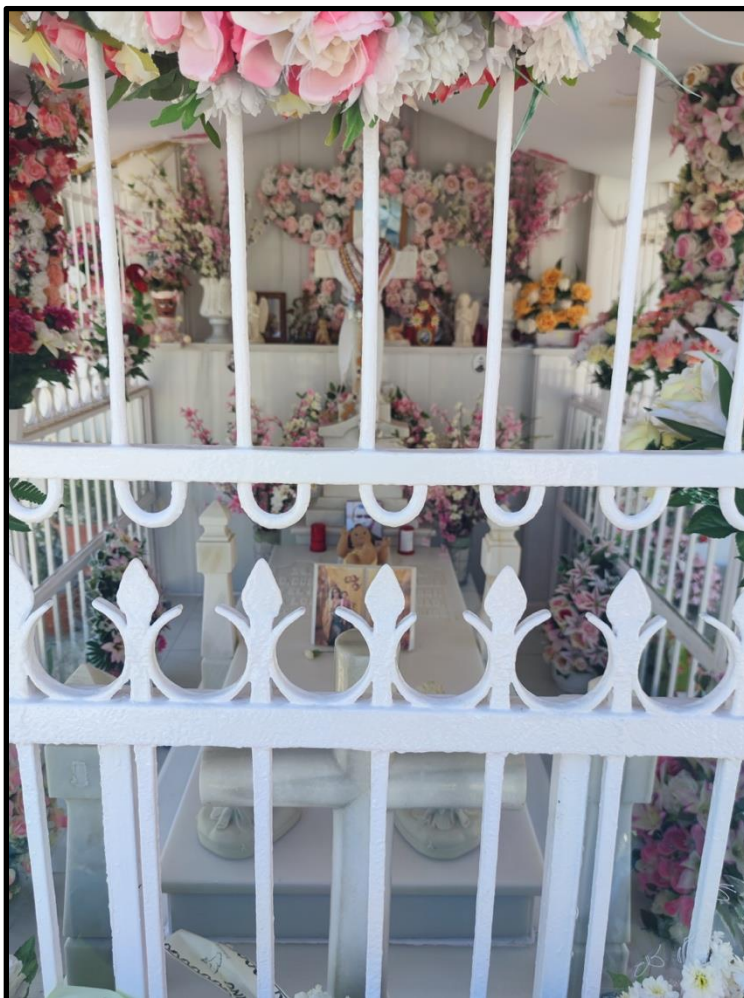


Fotografía 13

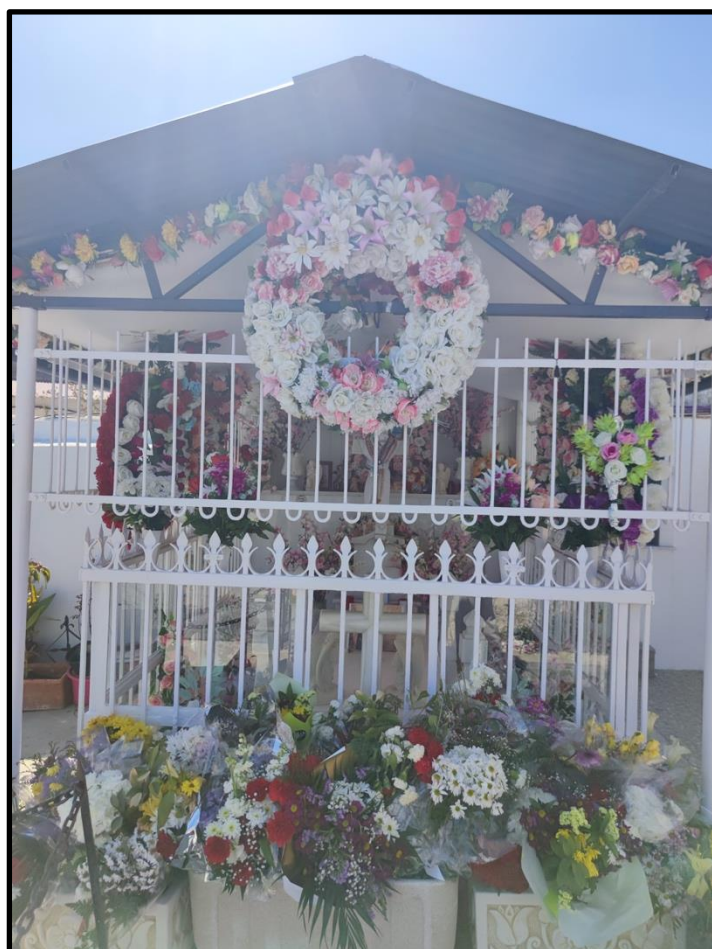
Noalejo



Fotografía 14. Enfrente de la tumba del Santo Custodio, la señora se posicionó al lado para que le hablase, le curase y le aconsejase.



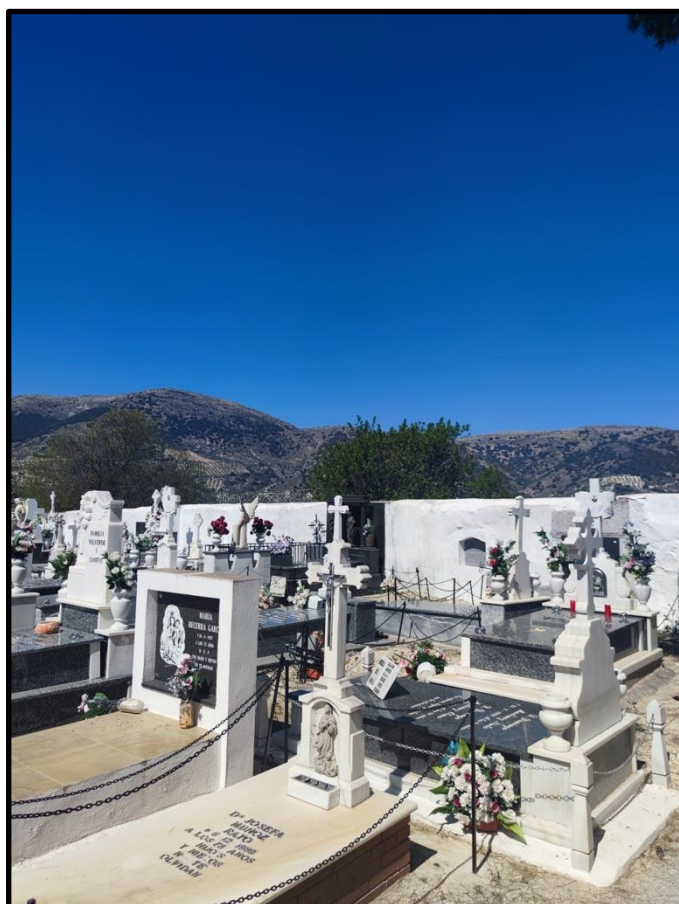
Fotografía 15. Vista interior de la tumba del Santo Custodio



Fotografía 16. Vista exterior de la tumba del Santo Custodio



Fotografía 17. En Noalejo se ha edificado un museo para conmemorar estos santos. Al lado del cementerio, igualmente, hay una señora que vende todo tipo de mercancía relacionada con estos santos. Me compré una taza en donde aparecen los tres santos. Aunque la señora me insistió en varias ocasiones de que me comprase también la estampica.



Fotografía 18



Fotografía 19

Priego de Córdoba



Fotografía 20. En esta localidad he estado varias veces durante el trabajo de campo. La primera vez que fui a comer en uno de los bares, no me di cuenta del error que había cometido. En una de las paredes se podía vislumbrar, en todo su esplendor, el escudo del Betis Balompié. Yo, del Sevilla Futbol Club, me había metido en la única peña del Betis que había en Priego de Córdoba. Estuve con el dueño cachondeándonos y riéndonos de la situación. Siempre que iba a Priego me paraba a comer allí. Nunca les pregunté por el objeto de estudio ni sabían cuál era mi intención en el pueblo. Simplemente, algunas veces es preferible disfrutar del campo en su cotidianeidad.



Fotografía 21



Fotografía 22

Casa abandonada a las afueras de La Rábida (Alcalá la Real, Jaén)



Fotografía 23



Fotografía 24



Fotografía 25. En muchas ocasiones se puede observar este tipo de edificación abandonada. Aparte de conformar un paisaje misterioso, no es menos cierto que este abandono de cortijos y casas en las afueras se debe al éxodo rural y la transformación económica

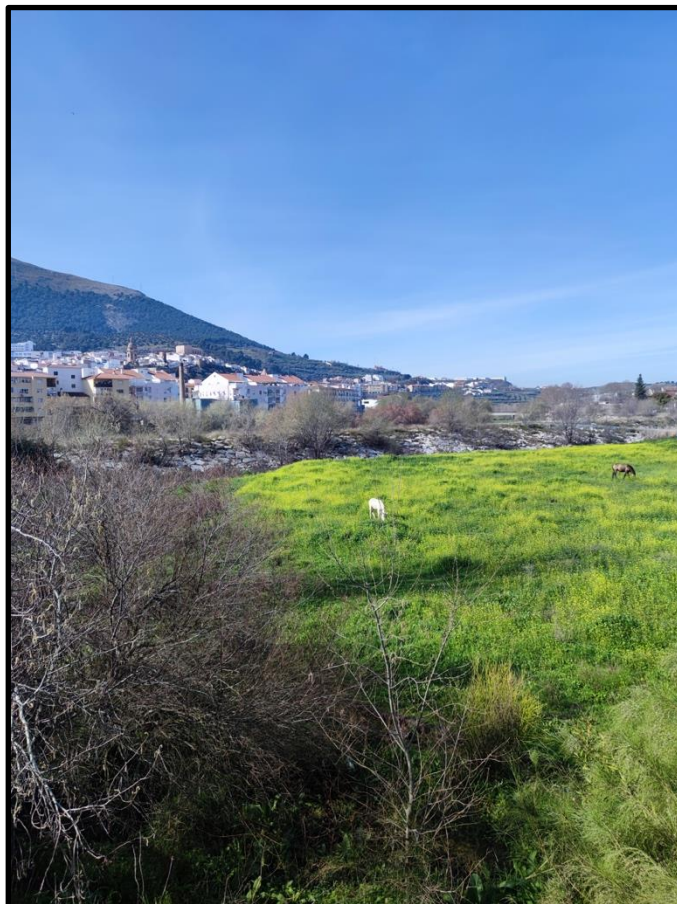
Loja



Fotografía 26



Fotografía 27



Fotografía 28



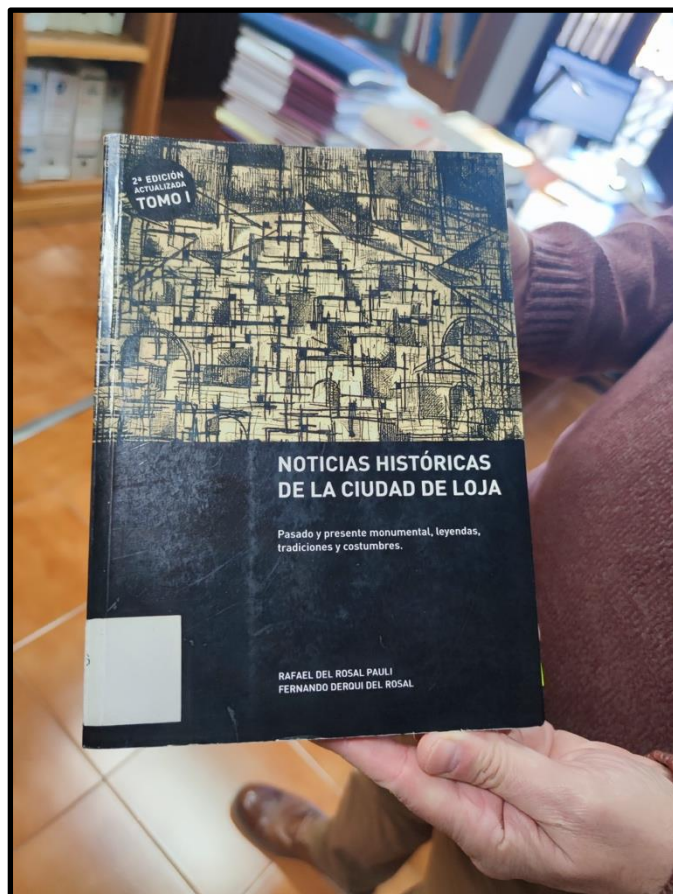
Fotografía 29



Fotografía 30

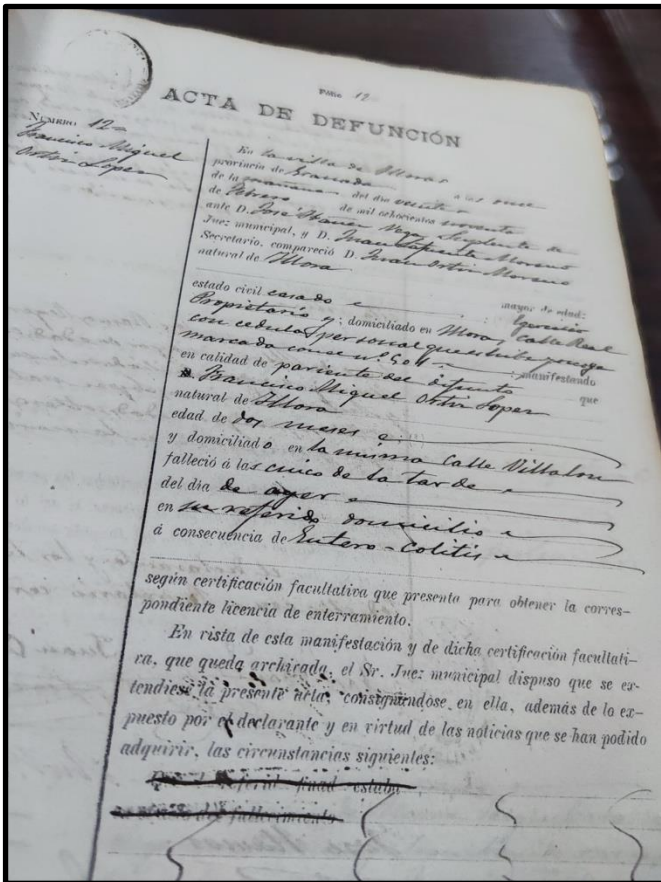


Fotografía 31

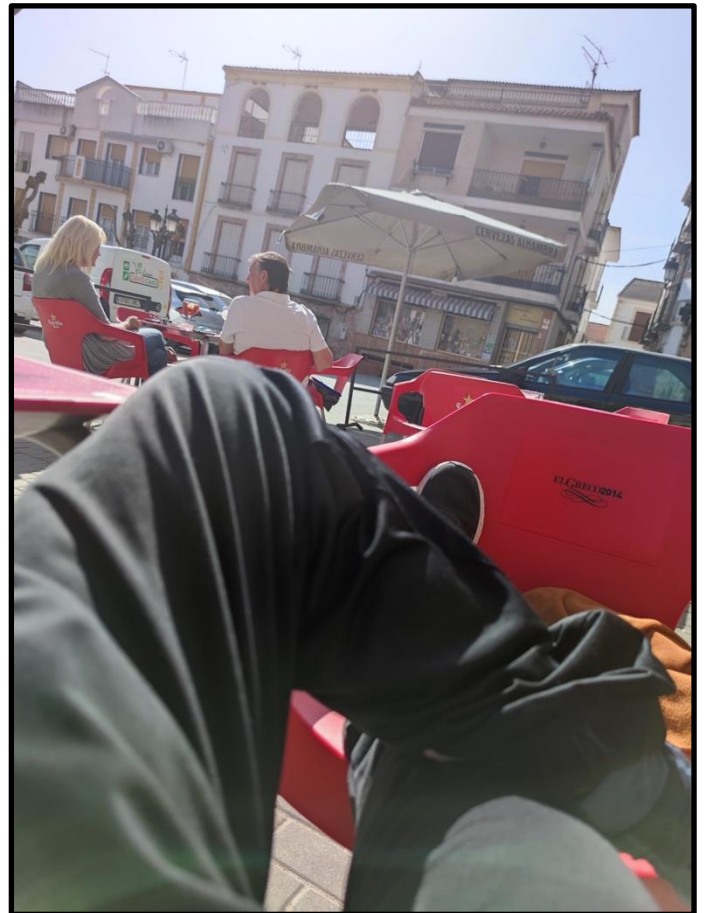


Fotografía 32. Fue aquí cuando me di cuenta de la bola de nieve. De una librería pasé al cronista. Le pregunté a la dependiente de la librería y me derivó llamándolo por teléfono, concertando una entrevista a la media hora.

Íllora, Algarinejo y demás.



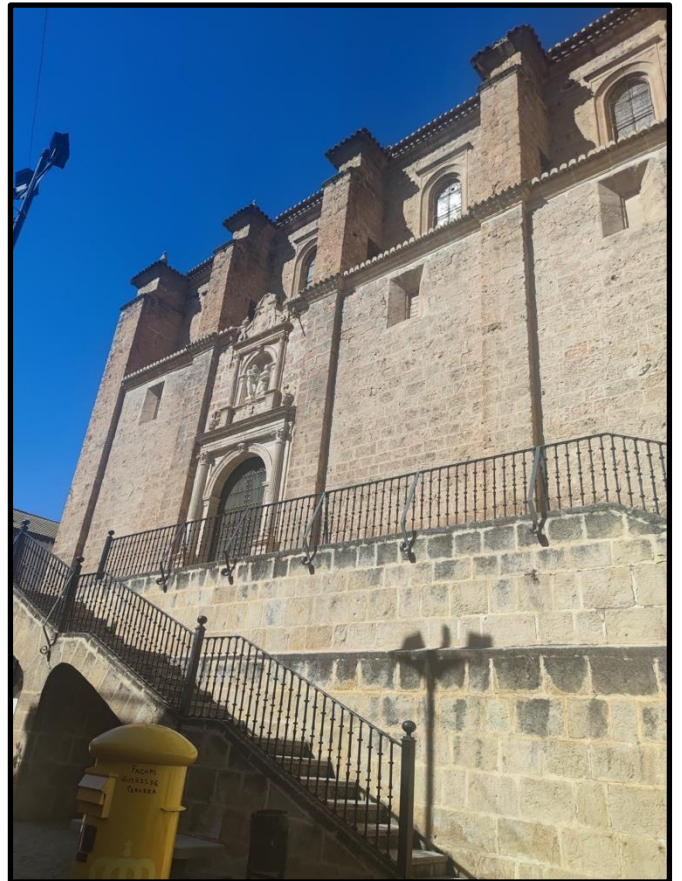
Fotografía 33



Fotografía 34. Antropología de bar como lo llamo yo. Al ser uno de los espacios más significativos en el día a día, consideré ir a estos sitios para que, en un breve lapso, pudiese hacerme significativo para los sujetos. Reconozco que este enfoque ha podido limitar mis sujetos de estudio. Sin embargo, debido al breve tiempo que se requería para realizar este ensayo y la gran cantidad de pueblos que tenía que visitar, consideré que era la mejor forma de aproximarme a un colaborador/a



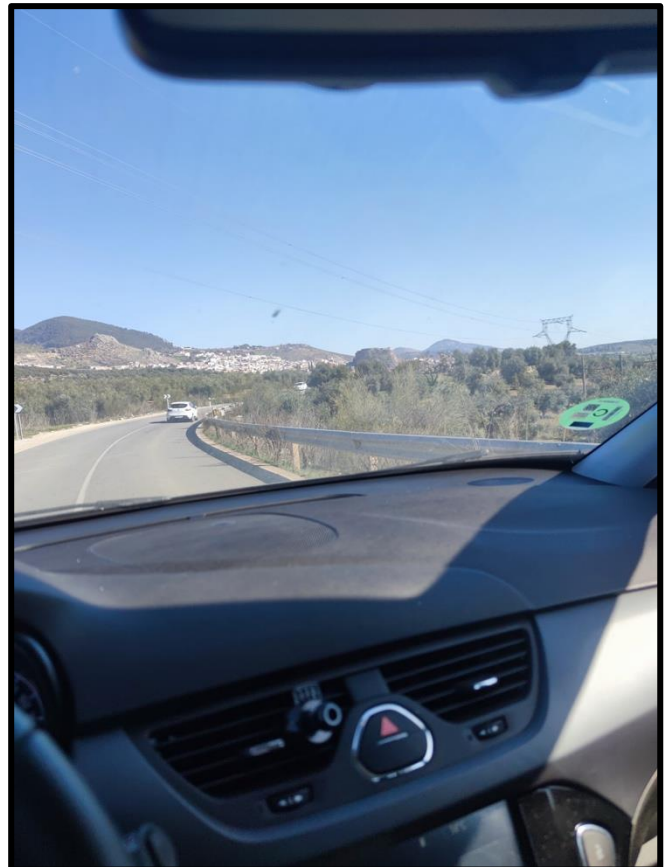
Fotografía 35



Fotografía 36

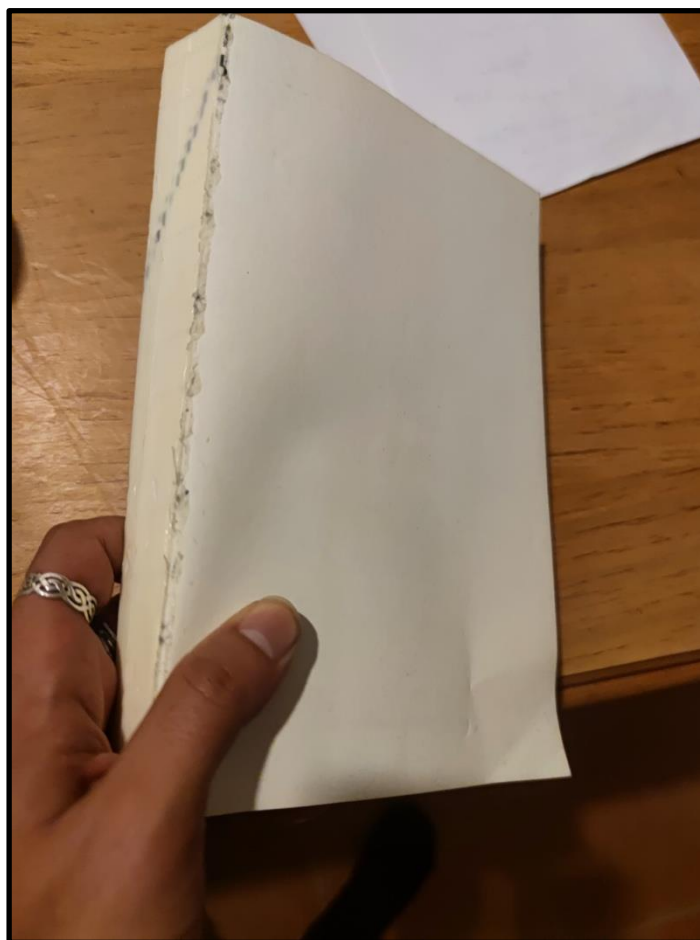


Fotografía 37

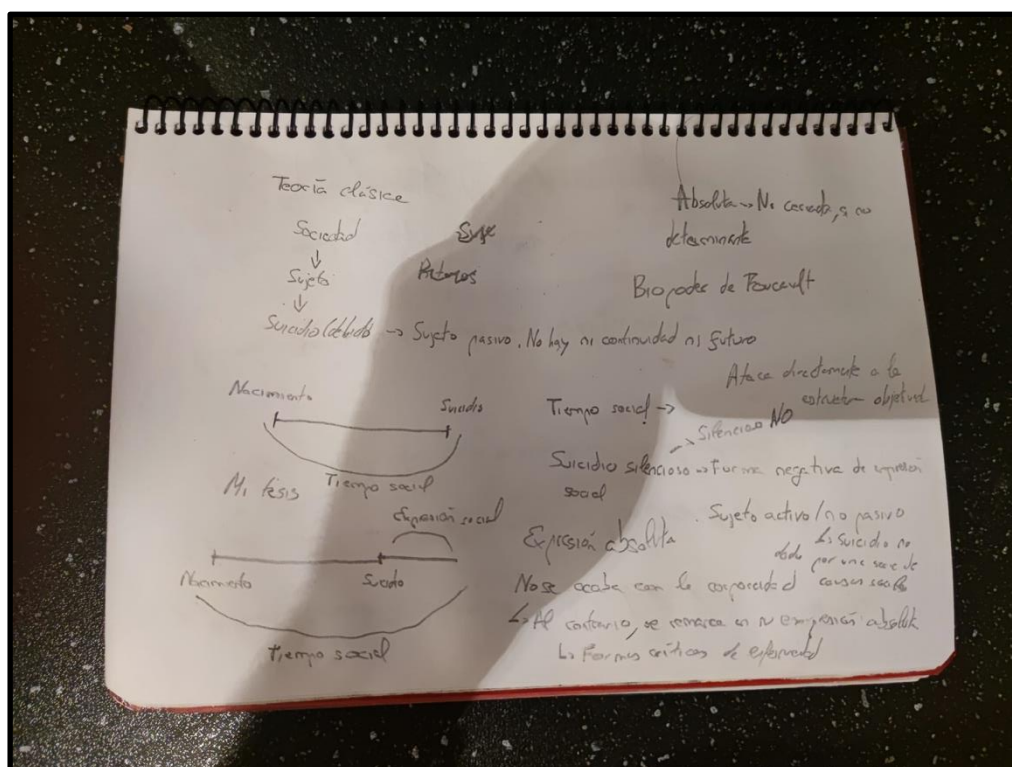


Fotografía 38

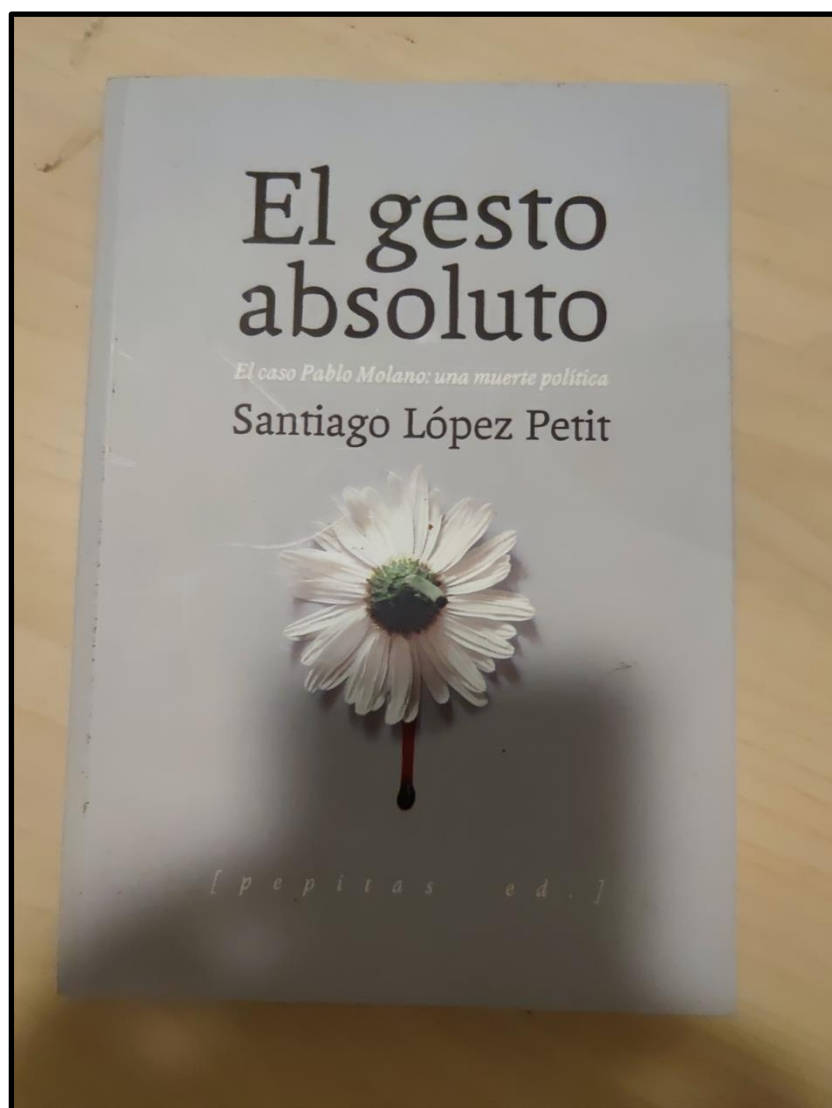
Libreta y libros



Fotografía 39. Así quedó “La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y cultura” de Eduardo Menéndez tras este estudio. Estaba nuevo.



Fotografía 39. Se muestra en la libreta un principio de lo que he intentado explicar con tiempo social y la corporeidad.



Fotografía 40. El Gesto absoluto lo conocí por casualidades de la vida. Tuve la oportunidad de conocer a Miguel Ángel Carvajal, un antropólogo de Granada, debido a conocidas de abuelos paternos y vecinos. Gracias a él fuimos a la librería Bakakai y el librero me recomendó este libro. El trabajo de campo también consiste en nuevas perspectivas epistemológicas devenidas de recomendaciones, de otros marcos y, en definitiva, de esos gestos que conforman la vida.