

# ENTRE LA CULPA Y LA VERGÜENZA: UNA APROXIMACIÓN AL SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CLAVE EMOCIONAL

## BETWEEN GUILT AND SHAME: AN EMOTIONAL APPROACH TO SUICIDE FROM A GENDER PERSPECTIVE

**Esteban Laso**

<https://orcid.org/0000-0003-2705-0107>

Centro Universitario de La Ciénega, Universidad de Guadalajara, México

**Karla Alejandra Contreras**

<https://orcid.org/0000-0001-6061-4600>

Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, México

**Lidia Karina Macías-Esparza**

<https://orcid.org/0000-0003-3300-4246>

Centro Universitario de La Ciénega, Universidad de Guadalajara, México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Laso, E., Contreras, K. A. y Macías-Esparza, L. K. (2023). Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 47-70. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.37048>



## Resumen

*En un texto anterior (Laso, 2020), uno de los autores ha presentado una conceptualización de la conducta suicida en términos del “estado presuicida”, una experiencia de malestar abigarrada y confusa que puede incrementarse repentina e inesperadamente impulsando a la persona a quitarse la vida. En línea con el modelo de la clave emocional (Laso, 2019), dicho estado fue basado en la vergüenza, emoción secundaria extremadamente dolorosa que atañe a la potencial degradación de la totalidad del self (Laso, 2020; 2018) y propende, por tanto, a su aniquilación. Un análisis de las variedades de la experiencia suicida nos ha conducido a identificar en esta propuesta un sesgo androcéntrico: captura el sentido de las tentativas suicidas perpetradas por varones pero pierde de vista el de las tentativas de mujeres, frecuentemente motivadas por otras configuraciones emocionales. El presente texto tiene por objeto subsanar este sesgo extendiendo la teoría para englobar la experiencia presuicida femenina identificando su trasfondo emocional, la culpa, relacionándolo con la subjetivación femenina y con la (escasa) evidencia empírica acerca del suicidio femenino, para concluir elaborando sus implicaciones en su abordaje terapéutico.*

*Palabras clave: suicidio, mujeres, perspectiva de género, clave emocional, culpa*

## Abstract

*In a previous text (Laso, 2020), one of the authors has presented a conceptualisation of suicidal behaviour in terms of the “pre-suicidal state”, an experience of variegated and confusing distress that may suddenly and unexpectedly increase, prompting the person to take his or her own life. In line with the emotional key model (Laso, 2019), such a state was based on shame, an extremely painful secondary emotion that concerns the potential degradation of the totality of the self (Laso, 2020; 2018) and thus tends to its annihilation. An analysis of the varieties of the suicidal experience has led us to identify an androcentric bias in this proposal: it captures the meaning of suicide attempts perpetrated by men but loses sight of the meaning of suicide attempts by women, often motivated by other emotional configurations. The present text aims to remedy this bias by extending the theory to encompass the female pre-suicidal experience by identifying its emotional background, guilt, relating it to female subjectivation and to the (scarce) empirical evidence on female suicide, and concluding by elaborating its implications for its therapeutic approach.*

*Keywords: suicide, women, gender perspective, emotional key, guilt*

## El Suicidio Femenino: Un problema Grave y Poco Estudiado

El suicidio es un problema de salud pública grave y global: a nivel mundial, alrededor de 700.000 personas se quitan la vida cada año, lo que lo convierte en una de las principales causas de muerte (Ritchie et al., 2015); concretamente, la sexta para personas entre 15 y 49 años –pero la primera en este grupo etario en la mayor parte de América Latina, especialmente México y Brasil (Ritchie et al., 2018)–. Asimismo, por cada suicidio consumado se dan entre 10 y 20 intentos (Vijayakumar, 2015), lo cual es inquietante si se considera que el intento y la autolesión aumentan el riesgo de consumación (Joiner, 2005).

La pandemia de COVID-19 produjo drásticas alteraciones sociales, económicas y psicológicas, por lo que se esperaba que incrementara las muertes por suicidio (Thakur y Jain, 2020). La evidencia sugiere que, afortunadamente, las tasas de suicidio no sólo no aumentaron sino que se redujeron ligeramente (Kim, 2021; Pirkis et al., 2022); pero también hizo aflorar una curiosa diferencia por género: dicha reducción se dio en varones, mientras que la tasa en mujeres se mantuvo o incluso empeoró<sup>1</sup> (Tandon, 2021).

Esta diferencia se suma a otras de la literatura epidemiológica, en especial la llamada “paradoja de género del suicidio”: que, *ceteris paribus* y sobre todo en el primer mundo, las mujeres presentan más ideación y tentativas suicidas pero mucha menor mortalidad suicida que los varones (Canetto y Sakinofsky, 1998). Así, la tasa de mortalidad suicida mundial (ajustada por edad y cohortes) es de 15/100.000 para los varones y de 8/100.000 para las mujeres (Canetto, 2021, p. 334); pero por cada intento suicida masculino hay tres femeninos (Tucker, 2022).

Una segunda diferencia (aunque no universal) atañe a los métodos elegidos para la tentativa suicida, ya que las mujeres se inclinan por métodos menos letales y destructivos como el envenenamiento o el ahogamiento en tanto que los varones suelen apelar a las armas de fuego (en los países donde circulan ampliamente; Kposowa y McElvain, 2006) o el ahorcamiento (Ajdacic-Gross, 2008; S/A, 2018). Esta diferencia se asocia con otra de mayor interés psicológico: la intencionalidad suicida (medida por la escala Feuerlein que distingue autolesiones habituales, “pausas” parasuicidas destinadas a escapar de una situación insoportable, gestos parasuicidas manipulatorios y tentativas serias de suicidio que persiguen la autoaniquilación) tiende a ser mayor en los varones (57% de cuyos actos son clasificados como tentativas serias, contra 48% de los femeninos), mientras que las mujeres los superan en gestos parasuicidas (22% versus 17%; Freeman et al., 2017).

El no tener pareja (ser soltero, viudo, divorciado o separado) es otro de los factores de riesgo más citados de la suicidología que resulta aplicable a los países desarrollados; en China, por ejemplo, no se asocia con la probabilidad de suicidio, mientras que en la India sólo la incrementa si conduce a una ruptura con las familias ampliadas (Vijayakumar, 2015). En todo caso, allí donde estar casado reduce el riesgo, lo hace en los varones, ya que en las mujeres trae aparejados sus propios factores de riesgo como abuso, violencia de género, dependencia económica, etc.;

de hecho, una de las intervenciones que más reducen la suicidalidad femenina son las leyes de divorcio unilateral, ya que posibilitan a la mujer escapar de relaciones de violencia a despecho de la oposición de su pareja (Ritchie et al., 2015).

Sin embargo, estas diferencias no han recibido mayor atención en la literatura ni producido teorización específica que las explique. En efecto, la prevención y el tratamiento de las mujeres supervivientes se realizan bajo los mismos parámetros que el suicidio masculino, pese a que las diferencias ya mencionadas (y otras que reseñamos más adelante) sugieren que sus desencadenantes, dinámica y sentido son distintos y que un abordaje diseñado a medida podría arrojar mejores resultados. Y si bien la incidencia de muerte por suicidio es menor en mujeres que en varones, no deja de ser una causa prevenible de aproximadamente 250.000 muertes al año a nivel mundial. Como señala uno de los textos que abordan el tema: “son muy pocos los estudios que enfocan la conducta suicida en mujeres o intentan explorar la compleja relación entre el género y la conducta suicida” (Vijayakumar, 2015).

Consideramos que esto es consecuencia del androcentrismo implícito en la psicoterapia y la psicología clínica que considera al varón de mediana edad, blanco, heterosexual y de clase media como el canon con el que se comparan todas las demás categorías (Macías-Esparza y Laso, 2017); que se revela, por ejemplo, en el énfasis de la suicidología en estudiar los suicidios consumados (y no tanto las tentativas, más frecuentes en mujeres). Es también resultado de un sesgo euro y norte-céntrico, ya que la teorización sobre este tema (como casi toda en el ámbito de las ciencias sociales) se produce primordialmente en las sociedades acomodadas, en detrimento de las manifestaciones que adopta el fenómeno en contextos de precariedad o marginación (Medina, 2022).

Dar cuenta del fenómeno del suicidio femenino requiere trascender estos sesgos integrando la información disponible bajo una perspectiva sensible al género (Barroso Martínez, 2019) que permita, además, elucidar la experiencia emocional que conduce al estado presuicida característico de las mujeres.

### **Factores predisponentes, protectores y adversidad social**

Desde un punto de vista psicopatológico, el suicidio femenino se asocia ante todo con dos trastornos cuya prevalencia parece ser mayor en mujeres: la depresión y el trastorno límite de personalidad (TPL). En cuanto a la primera, si bien es cierto que es el factor de riesgo más importante para ambos sexos, es dos veces más común en mujeres que en varones; sobre el segundo, si bien se solía creer que era tres veces más frecuente en mujeres que en varones, reciente evidencia sugiere que la prevalencia es más o menos la misma (Skodol y Bender, 2003) y que la diferencia estriba en la sintomatología: los varones con TPL tienden al abuso de sustancias, la violencia y la sobreestimulación; las mujeres, a los trastornos alimenticios, la ansiedad y la depresión (Sansone y Sansone, 2011).

Precisamente son los trastornos de la conducta alimentaria otro de los factores de riesgo de más peso en las mujeres: el suicidio es la segunda causa de muerte en

las pacientes con anorexia, la cual multiplica por 50 la probabilidad de intentarlo (Vijayakumar, 2015). También lo es el trastorno de estrés postraumático (Cougle et al., 2009). Sin embargo, la casi universal comorbilidad entre este y varios otros desórdenes, y el hecho de que la ingente mayoría de trastornos graves tengan entre sus antecedentes el trauma o la violencia (Laso y Canevaro, 2022), dificulta aislar su efecto patógeno sobre el intento o la ideación suicidas.

Así, la investigación en la etiopatología de los trastornos mentales ha convergido en años recientes al reconocimiento de que *la adversidad social, en especial la violencia, es uno de los principales predictores de psicopatología a lo largo del ciclo vital* (Johnstone et al., 2018). Y si bien no tiene sentido comparar la magnitud o intensidad de la adversidad enfrentada por hombres y mujeres (porque, como lo reconoce la economía, las comparaciones interpersonales de utilidad son imposibles; Lemieux, 2022), es claro que tanto la cantidad como el tipo de adversidades enfrentadas por cada sexo son distintas.

En efecto, las mujeres tienden a ser víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y negligencia entre los 5 y 9 años con mucha mayor frecuencia que los varones; entre los 25 y los 29, a sufrir de violencia de pareja; y entre los 29 y los 34, a vivir más conflicto y problemas de disciplina con sus propios vástagos que los varones. Estos, en cambio, enfrentan adversidades más relacionadas con su papel en la sociedad como dificultades académicas, económicas y legales (Séguin et al., 2021). En resumen, *es en sus familias, tanto de origen como de procreación o elección, que las mujeres son predominantemente víctimas de violencia, en tanto que los varones enfrentan dificultades principalmente en su intento de hacerse valer en la esfera pública*<sup>2</sup>.

Estudios poblacionales de las adversidades sociales en la infancia confirman tanto su relevancia etiopatogénica como su impacto diferenciado en ambos sexos. El análisis factorial indica que dichas adversidades tienden a agruparse en tres conglomerados: violencia y parentalidad defectuosa (incluyendo maltrato infantil, violencia familiar, negligencia, trastornos mentales de los padres y abuso de sustancias), parentalidad antisocial (conducta criminal de los padres, abuso sexual, divorcio y enfermedad física) y pérdidas parentales (muerte de algún padre, adversidades económicas y otros tipos de pérdida parental)<sup>3</sup>. Sin embargo, en las mujeres estos tres conglomerados se reducen a dos porque el abuso sexual “carga” en varios factores, lo que equivale a decir que *es mucho más habitual y por ende no exclusivo de una trayectoria etiopatogénica determinada* (Coêlho et al., 2018). Desgraciadamente, las mujeres están mucho más expuestas que los varones al abuso sexual, la negligencia emocional y física y las consecuencias del abuso de sustancias en sus familias de origen (Haajr-Pedersen et al., 2020), así como a la violencia de género por parte de la pareja, que es otro de los principales precipitantes de intentos suicidas femeninos (sobre todo en los países en desarrollo cuya equidad de género es menor; Vijayakumar, 2015).

Finalmente, los factores protectores más mencionados en la literatura son:

el encontrarse embarazada, el ser madre de niños pequeños (pero sólo si, como veremos, el vástago es varón en una sociedad patriarcal), la mayor disposición de las mujeres a pedir y recibir ayuda tanto de sus pares y familiares como de un profesional, y su elección de métodos suicidas menos letales (Vijayakumar, 2015).

### Contrarrestando el Sesgo Androcéntrico en el Estudio del Suicidio

La mayor parte de la información mencionada proviene de estudios realizados en países desarrollados; por tanto, aunque suele asumirse como universales, depende del contexto socioeconómico y cultural de la mujer. Canetto (2021b) hace una lista de dichas “creencias universales erróneas” en torno al suicidio:

- La creencia en la universalidad de hechos como la antedicha “paradoja del género” y la menor tasa de mortalidad femenina por propia mano, cuando son específicos de los países occidentales desarrollados (y con cierta equidad de género): en China, Bangladesh, Pakistán, Irak e Indonesia la tasa de suicidio femenina es mayor que la masculina.
- De la que se deriva la creencia de que las mujeres son *per se* menos propensas al suicidio por su baja inclinación a la violencia o su constitución biológica (supuestamente) orientada a la maternidad y el cuidado; concretamente, que el haber tenido hijos las protege de los deseos suicidas. Los datos indican, por el contrario, que ser madre sólo reduce la tendencia suicida en las sociedades en que dicha posición es más prestigiosa y siempre y cuando el vástago sea del sexo valorado (universalmente, varón; Cf. Vijayakumar, 2015).
- La creencia de que la suicidalidad femenina está siempre asociada con trastornos como la depresión, la conducta alimentaria o la personalidad; en realidad, es en las sociedades acomodadas donde la prevalencia de dichos desórdenes es mayor en mujeres, precisamente donde su mortalidad por suicidio es menor *vis-à-vis* los varones.
- La creencia de que los factores económicos son menos relevantes para mover a las mujeres a quitarse la vida, o que los relacionales lo son más que para los varones. El hecho es que el peso específico de estos y otros factores depende en gran medida de la cultura y el entorno. En cuanto al económico, en sociedades con menor equidad de género, el desempleo incrementa el riesgo suicida femenino tanto como el masculino. Y en lo relacional, si bien uno de los principales determinantes de la ideación y la tentativa suicida en mujeres es el ser víctima de abuso o violencia, otro problema interpersonal, el divorcio, incrementa la probabilidad de tentativa suicida siete veces más *en varones* en algunas sociedades (Rutz y Rihmer, 2021).

Para compensar este sesgo universalista, Canetto propone la teoría de los guiones culturales, los cuales engloban “normas de la conducta suicida... creencias y actitudes acerca del suicidio además de sus prácticas... del significado del

suicidio y las condiciones en que la conducta suicida es relativamente aceptable e incluso esperada” (Canetto, 2021a, p. 338; la traducción es nuestra). Según ella, cada suicidio obedece a un “guion” específico de la cultura en que acaece; por ejemplo, entre los hombres blancos de edad mediana estadounidenses es entendido como “un acto masculino, de control e independencia” (Canetto, 2021a, p. 339).

Además de abordar los sesgos andro y euro-céntricos, la teoría de los guiones suicidas hace énfasis en el *significado* del acto tal y como se vertebra en cada cultura, con lo que resuelve el enigma de que no sean las personas que más adversidades enfrentan las que más se suicidan (por ejemplo, los hombres maduros afroamericanos, cuya tasa de suicidio es baja, o las mismas mujeres que, pese a la mayor cantidad e intensidad de victimización, se quitan menos la vida a sí mismas). Explica, también, las excepciones a supuestas universalidades como la paradoja del suicidio por género, ya que “los guiones contribuyen a la variación en la suicidalidad entre culturas y, al interior de las mismas, entre grupos sociodemográficos” (Canetto, 2021a).

### **Emociones Secundarias: Desencadenante del Estado Presuicida**

Desde nuestra perspectiva, si bien resalta el aspecto situado (o, en términos sistémicos, “de tercer orden”, Medina, 2022) de la conducta suicida, la teoría de los guiones peca del exceso contrario: en su afán de compensar la pretensión de universalidad de los sesgos mencionados, termina afirmando que *no existe ningún común denominador entre los actos suicidas* (amén de la tentativa misma), lo que se contrapone con la evidencia de que se realizan bajo el influjo de estados emocionales intensos, dolorosos, abrumadores e inexorables (Joiner, 2005; Laso, 2020). Al reducir el significado a un efecto de la cultura, descuida su fundamento visceral: *la emoción*, que es precisamente una atribución tácita de significado a los eventos que canaliza cualquier cognición y acción posterior (Laso, 2019; 2015).

Ciertamente, como propone el socioconstruccionismo, algunas emociones se articulan en sistemas de creencias culturales: las *secundarias o autoevaluativas*, que versan sobre el mismo *self* o sus actos en tanto que objeto del oprobio o encomio de sus congéneres tal y como fueron internalizados a lo largo de la historia vincular (Laso, 2021a). Y son precisamente esas emociones las que, exacerbadas hasta lo intolerable, caracterizan el estado de presuicidalidad (como hemos expuesto en Laso, 2020). En el mismo texto hemos identificado como desencadenante específico de dicho estado a la vergüenza –que, al igual que todas las emociones secundarias o autoevaluativas, se erige sobre una “nota fundamental”, una emoción primaria “que la aterriza otorgándole sentido global (el interés vital de la persona que está en juego en la situación y lo que anticipa que le ha de ocurrir)” (Laso, 2020, p. 87)–.

La “nota fundamental” de la vergüenza es, pues, *el autodesprecio*; avergonzarse es sentir “el terror a ser despreciado por los demás como uno se desprecia a sí mismo... a ser desenmascarado como indigno y abyecto del modo que uno se siente o se ha sentido siempre y en secreto” (Laso, 2020, p. 89). El acto suicida



sería, así, no sólo un intento de escapar a una experiencia emocional dolorosa e insoportable sino sobre todo *de aniquilar ese “yo” que se vivencia como asqueroso, indigno, abyecto, inaceptable*.

### **El Suicidio Femenino: Culpa, No Vergüenza**

Sin embargo, esta vergüenza ontológica (*shame*; Gilbert y Andrews, 1998) no parece capturar con exactitud la experiencia prototípicamente femenina del suicidio. En nuestra casuística, y hablando en general, las mujeres que han pensado en quitarse la vida no se hallaban bajo el imperio de ese profundo desprecio por sí mismas, ni las que lo han intentado tenían el propósito de aniquilar un *self* repugnante e inadecuado. Todas, sí, se encontraban sufriendo, arrastradas por una vorágine de emociones negativas, dolorosas y *prima facie* inescapables; todas habían sido, de algún modo y en concordancia con lo que apunta la literatura, víctimas de abusos, negligencia o violencia repetidas, ora a lo largo de sus vidas, ora en un período más reciente (y casi siempre a manos de sus parejas). Y, lo que es más importante para individualizar el mecanismo específico del suicidio femenino, *todas referían sentirse culpables*.

Por ejemplo, uno de los pensamientos que con más frecuencia les impedía llevar a cabo el suicidio era, no qué iban a decir de ellas (lo que sería vergüenza), sino cómo iba a afectar tamaña decisión a sus seres queridos<sup>4</sup>. Incluso cuando se decidían, se tomaban la molestia de “arreglar” la escena fatal para que fuese lo menos traumática posible para quien las terminase encontrando. Cuando, como sucedía en la práctica totalidad de los casos, la ideación suicida emergía como respuesta a la violencia de género en pareja, el abuso sexual, el acoso o el maltrato, protegerse tomando distancia del agresor les parecía en ese momento imposible, no sólo por razones logísticas (desempleo, carga parental, etc.) sino emocionales (“es que yo lo amo”, “qué va a ser de él sin mi apoyo”, etc.; Laso et al., 2020).

Ilustramos esto con una viñeta clínica (cuyos datos han sido cambiados para proteger la privacidad). Ana, de 28 años, acude a terapia tras un intento suicida por medio de pastillas, afortunadamente interrumpido por un vecino. Tiene un historial de trastorno alimentario no especificado tendiente a la bulimia con autolesiones ocasionales y vaga ideación suicida; recientemente ha experimentado crisis de pánico, en el contexto de la terminación de una relación de maltrato, que es también el precipitante proximal de la tentativa. Su ex novio, con quien había concluido su tormentoso vínculo hacía casi un año, se presenta de improviso en su casa para “pedirle su apoyo” y contarle que en el ínterin se ha emparejado con otra chica a quien ha dejado embarazada y que ella ha decidido abortar tras una pelea. “Yo sí quería tener el bebé”, confiesa llorando a una atónita Ana que, no sabiendo cómo reaccionar, lo deja pasar y lo escucha en silencio una media hora. Por fin, viéndolo más tranquilo, Ana se atreve a pedirle que se marche, cosa que él hace sin rechistar; en cuanto cierra la puerta, Ana va al baño y se toma un cóctel de lo que encuentra en el botiquín. Preguntada más adelante por su estado mental



en ese momento, responde:

No sé... era una confusión total. ¿Cómo este hombre que me había gritado, pegado, insultado... ahora venía destrozado a pedirme ayuda? Por un lado, quería mandarlo al diablo... pero por otro, lo veía tan dolorido, tan mal, que lo quería ayudar... Mientras lo escuchaba me preguntaba en mi cabeza: “¿Cómo es posible que este tipo venga a llorar conmigo y que encima yo le dé entrada? ¿Qué sentido tiene esto?” Así que cuando se fue quería gritar, llorar no era suficiente, y corrí al baño para tomarme las pastillas.

¿Cómo interpretar este estado emocional doloroso, inexorable y avasallador? Es claro que no se trata de vergüenza: Ana no siente autodesprecio, no teme ser desenmascarada ni se preocupa por lo que podrá pensar de ella su expareja. Más bien está, en esencia, paralizada por la indecisión entre apoyar a su expareja y defenderse a sí misma echándolo de su casa (y de su vida). Es un conflicto *interno*, y aquí radica una de las diferencias entre la culpa y la vergüenza (ampliamente discutida desde el clásico de Ruth Benedict, 1946), ya que ésta implica no estar a la altura de las expectativas *que otros tienen acerca de uno mismo* (aunque hayan sido internalizadas) y aquella a las que uno mismo se ha forjado (en función, desde luego, de las exigencias de los demás; Teroni y Deonna, 2008). Es un conflicto en torno a una conducta específica, el apoyar a su pareja versus protegerse del abuso, y no en torno a la totalidad de su *self* como la vergüenza (Gilbert, 2003). Y, finalmente y más importante, estriba en *evitar un daño que podría infligir a otro y no la devaluación de su propia imagen* (Enikolopov y Makogon, 2013).

Pues, como expone Gilbert, la vergüenza está orientada a salvaguardar nuestra imagen *vis-à-vis*, nuestro estatus en nuestro grupo de pertenencia, mientras que la culpa procura restañar el daño producido o evitarlo del todo (Gilbert, 2003). De ahí que sus tendencias de acción también discrepen: “la culpa conduce al reconocimiento del error cometido y el intento de reparación del daño causado mientras que la vergüenza lleva a evadir el juicio negativo temido y anticipado sometiéndose, alejándose, escondiéndose o, en el extremo, quitándose la vida” (Laso, 2020, p. 87).

### **La Culpa en Clave Emocional: Un Núcleo de Tristeza Recubierto de Miedo**

En el fondo, lo que le sucede a Ana es que el dolor de su pareja se le impone de forma tan intensa y perentoria que anula su propia necesidad porque siente que para protegerse tendría que “pasar por encima de él”, lo que la haría sentir culpable. De ahí que la terapia con mujeres víctimas de violencia conlleve invariablemente ayudarlas a recuperar su voz, sus derechos, su espacio, lo que en términos de la Clave Emocional se expresa diciendo que han de *honrar su necesidad de respeto* (Laso, 2021a, 2021b; Cf. Schnarch, 2009); y que casi todas las mujeres decodifiquen esto *ab initio* como “pensar sólo en mí”, “pensar primero en mí y después en los demás” o “que no me importe el resto”, interpretación lastimosamente muy común en el discurso popular y la divulgación psicológica de baja estofa y que sigue presa del supuesto patriarcal de que la vida es un “juego de suma cero” donde todo lo

que unos ganan los otros lo pierden y estamos condenados, por tanto, a competir contra ellos para satisfacer nuestras necesidades (Kohn, 1992; Laso, 2017).

Las dos necesidades relacionales básicas del ser humano, ser querido y ser respetado (Laso, 2019), no operan bajo esta lógica mercantil (como ya reconociera, a su manera, Adam Smith, 1941): al contrario, cuanto más plenamente se expresa el amor, más amor se produce, y cuanto más se manifiesta el respeto, más respeto se recibe (Laso, 2021a). Es propio de sociedades patológicas el entender ambas necesidades como opuestas: creer, por ejemplo, que crecer implica “matar al padre” (Real, 2002), que diferenciarse de la familia de origen significa distanciarse de ella o incluso pelearse (Laso y Canevaro, 2022), que amar conlleva dejarse invadir o defender el propio espacio supone lastimar y defraudar al otro amado (Laso, 2018), etc.

Estos supuestos patriarcales contaminan nuestras relaciones conduciendo a la creencia de que el amor o el respeto se tienen que “ganar”, o lo que es lo mismo, de que no son algo que se merece de por sí, por el mero hecho de existir, lo que nos somete a la “carrera de ratas” de ser cada vez más exitosos o exitosas, atractivos o atractivas, adinerados, etc., a ver si algún día nos hacemos por fin dignos de ser amados y respetados, y al concomitante uso coercitivo del amor y el respeto como “premios” que los otros tienen que “ganarse” complaciéndonos (Laso, 2021a; Rosenberg, 2005). Salir del hechizo patriarcal requiere, pues, que los y las terapeutas adquiramos las capacidades de reconocer dichos supuestos como lo que son, creencias patógenas y destructivas que perpetúan la injusticia, la violencia y la negligencia, y articularlos para someterlos a la crítica (Laso et al., 2020; Medina, 2022; Payne, 2002). Como hemos indicado, la Clave Emocional entiende las emociones secundarias como un núcleo de emoción primaria<sup>5</sup> que, interpretado a través de un sistema de creencias morales (o sea, derivadas de la cultura, el grupo de referencia y la familia), se recubre de una coraza de emoción autoevaluativa (o sea, que coteja al *self* o su conducta con dichas creencias). Las dos emociones secundarias por antonomasia son, precisamente, la vergüenza y la culpa; y, como hemos anticipado, el núcleo de esta última es *la tristeza*, cuya asociación con aquella ha sido observada repetidamente (Gilbert, 2003).

Mas ¿de qué tristeza se trata? La investigación también ha demostrado que las personas que experimentan culpa con frecuencia tienden a ser más empáticas, a vivenciar vicariamente el dolor ajeno, en tanto que las que se inclinan a la vergüenza se enfocan preferentemente en su propio malestar (Tangney, 1996). Es decir, *la culpa se funda en una tristeza empática, en el reconocimiento experiencial de que uno ha causado una pérdida o dolor a alguien que aprecia; y consiste en el temor a perder a esa persona, y por extensión otras relaciones significativas, por la propia falta de reciprocidad*; en suma, a que nos dejen de querer por no ser “nobles” o “buenos” (no tanto de “valorar” como sí sucede en la vergüenza). Pues todas las emociones secundarias se “implantan” por medio de los vínculos primarios (casi siempre, la familia de origen) y su papel es salvaguardar el orden moral que

orquesta dichos vínculos tal y como ha sido inconscientemente internalizado, so pena de ser abandonado (culpa) o despreciado (vergüenza).

Como sabemos merced a la teoría del apego (Cirillo, 2012, Crittenden, 2008), con tal de no perder a sus padres los y las niñas harán lo que sea necesario –incluyendo responsabilizarse del bienestar emocional de aquellos–. La conducta parentalizadora de los cuidadores graba al fuego en sus jóvenes mentes la culpa por el dolor que aquellos arrastran de sus propios vínculos primarios: y así se transmite el síntoma de generación en generación (Laso 2021a; Laso y Canevaro, 2022).

### **Culpa, Vergüenza y Orden de Género**

El que la emoción más dolorosa para la mujer sea la culpa y para el varón la vergüenza tampoco es casual: se deriva de la socialización diferenciada de ambos. A esto se le llama “el orden social de género” (Carrillo, 2017; Palomar, 2007): una organización simbólica que, con base en la diferencia sexual, regula, organiza y da sentido a las relaciones que se establecen entre los sujetos en un espacio y tiempo definido. Esta organización simbólica define acciones, prácticas, roles y creencias diferenciadas para hombres y mujeres que se socializan hacia los sujetos a través de las instituciones (familiares, religiosas, el Estado, entre otras). Además, establece y valida relaciones de poder entre los sujetos, condiciona la identidad femenina y la masculina y, sobre todo, determina las posibilidades del sujeto según su sexo mediante la construcción de mitos, ideologías y figuras ideales (Contreras, 2020).

Este orden social de género no es construido por los sujetos sociales de manera autónoma; está configurado socialmente, les impone normas, roles, valores, ideologías y prácticas. Si bien es cambiante cultural e históricamente, es más o menos estable porque los sujetos reconocen sus discursos e imposiciones como verdaderos y válidos y los reproducen mediante sus prácticas cotidianas; aunque cada cierto tiempo puede ser deconstruido, actualizado o transformado porque el poder que está ligado al mismo a veces genera relaciones de desigualdad, jerarquías, diferencias sociales o constriñe la posibilidad de ser sujeto a la diferencia sexual (Carrillo, 2017; Palomar, 2007).

Los sujetos se adscriben al orden social de género en un nivel íntimo y psíquico con miras a constituirse en “buenos sujetos”, a no perder el amor y el aprecio de sus padres y cuidadores, a alcanzar el reconocimiento social asociado con una identidad concreta y determinada y, de este modo, evitar la muerte simbólica o las sanciones sociales derivadas de la resistencia opuesta a estas ideologías imperantes (Butler, 2001). En este entramado ideológico, las emociones secundarias cumplen un papel fundamental, puesto que el sujeto despliega prácticas y somete sus corporalidades porque tiene miedo a no ser reconocido como sujeto, es decir, tiene miedo a su muerte simbólica. *La piedra de toque de este orden de género, el garfio con que se aferra a la psique de los individuos y la amenaza que les impide apartarse del orden establecido son, precisamente, las emociones secundarias* porque internalizan dicho orden en la forma de las creencias morales o “deberías” (Ellis y Dryden,

1997; Perls et al., 1977), los sagrados cánones con los que el individuo evalúa su ser y su desempeño y a los que no cabe fallar so pena de ser expulsado, aislado o menospreciado por quienes más se quiere y admira.

¿Qué se espera de las mujeres dentro de este orden social de género? En las sociedades patriarcales y androcéntricas, la identidad femenina hegemónica se ha configurado a partir de tres grandes elementos:

1. “El ser para otros” antes que para sí mismas (padres, hijos, pareja, amistades, etc.);
2. El par público/privado en el que históricamente se le ha adjudicado a las mujeres el lugar de “lo privado” y, por tanto, los roles de lo doméstico y de la crianza, los cuales son demandantes, continuos y permanentes, pero menos visibles, con menor reconocimiento social, menos prestigiosos y derivan en menos poder; y
3. La maternidad (sobre todo desde un modelo mariano que conlleva renuncia del proyecto y del tiempo de sí, sacrificio, abnegación, amor desbordado, etc.; Contreras, 2020; Contreras y Castañeda, 2021; Lagarde, 1990).

Todos estos elementos se fundan en la *abnegación*, es decir, el aplazamiento del propio ser en aras del bienestar de los demás. Para ser “buena”, la mujer debe aprender a *dejar de respetarse a sí misma*: a sacrificar sus derechos, necesidades, deseos, proyectos, etc., para coadyuvar a los de sus seres queridos, especialmente los varones. No basta con dejar insatisfecho su deseo: debe *no sentirlo*, deslegitimarlo, porque es la única forma de ser “buena” y defenderse de la culpa que se cierne constantemente sobre ella; culpa que trae aparejada la amenaza de abandono pues *una “mala mujer” no es digna de ser querida*. En términos de la Clave Emocional, ha de acostumbrarse a *deshonrar su necesidad de respeto*: o sea, no solamente descuidarla sino *invisibilizarla negándole el derecho a existir* (Laso, 2021a).

La culpa opera como un mecanismo interno de sujeción que le recuerda a la sujeto mujer que no está cumpliendo con los emblemas o mandatos asociados con su sexo y que para evitar la muerte simbólica o la sanción social de “la mala mujer” debe “corregir” sus prácticas, disciplinar su cuerpo o bien mesurar sus discursos que están siendo disidentes con la identidad hegemónica. La mujer se encuentra, pues, entre la Escala de la culpa y su velada advertencia de dejar de ser “querible” o “deseable”<sup>6</sup>, y la Caribdis de deshonrar su necesidad de respeto y dejarse avasallar hasta desaparecer; sometida al mandato de “si quieres que te amen, olvídate de ti misma”. De ahí que la feminidad se articule sobre la culpa, que sea ésta la emoción más temida por las mujeres y que obstaculice sus intentos de cambio y disuelva sus resistencias al orden sexista.

Si la feminidad condiciona el recibir afecto al asfixiar la necesidad de respeto, la masculinidad oblitera el afecto exacerbando el respeto: “ser hombre” es ser potente, capaz, dominante, fuerte, prestigioso... Es por eso que la masculinidad está cons-

tantamente bajo sospecha, es decir, en evaluación por las otredades significativas: los demás hombres, empezando por el propio padre, que son quienes refrendan que se es “un hombre de verdad” (y no un “débil”, un “payaso”, un “niñato”, una “nena”, etc.); alguien que “se aguanta” sin mostrarse vulnerable, desprotegido, indefenso... o sea, *necesitado de afecto*<sup>7</sup>.

Es sobre esta sospecha que se monta la vergüenza, representante interno de esa mirada del Otro generalizado cuyo desprecio es la “muerte simbólica” tan acuciante que empuja al varón a sobrepujar sus “debilidades” mediante la violencia, la dominación y la explotación de sus seres queridos (Ponce, 2011). Con la vergüenza el sujeto reafirma esa relación de dominación ritualizada y reiterada con las normativas de género y vive de manera encarnada las sanciones y el miedo a la pérdida de jerarquía que se le había otorgado por no poder reproducir y cumplir con las normas sociales que le fueron impuestas.

En definitiva, *la vergüenza es la emoción constitutiva de la masculinidad patriarcal hegemónica y la culpa de la feminidad*; o lo que es lo mismo, el “orden de género” se instituye en los y las sujetas a partir de estas dos emociones, que pasan a sostenerlo involuntariamente siguiendo las normas de género para no sentir las (Laso, 2017). Estas emociones subyacen también a la resistencia a la terapia, que debe pasar indefectiblemente por *reconocer las injusticias sufridas para identificar las necesidades desairadas y honrarlas en los contextos pertinentes* (como explicaremos más adelante; Laso y Canevaro, 2022). Para la mujer, es difícil reconocer la injusticia que ha sufrido porque cree que ese reconocimiento implica lastimar a las figuras que ejercieron dicha injusticia (casi siempre los padres); por tanto, lo evade para no sentirse *culpable*. Para el varón, es difícil reconocer la injusticia porque conlleva la aceptación implícita de su vulnerabilidad e indefensión, cosa que evade *para no sentirse avergonzado*.

### **El Sentido del Suicidio Femenino: Entre la Culpa y el Sacrificio**

Esta distinción entre culpa y vergüenza es crucial porque encierra, a nuestro modo de ver, la diferencia entre la fenomenología suicida masculina y femenina explicando tanto los contrastes entre ambos (como la menor letalidad de las tentativas de mujeres o la “paradoja de género del suicidio”) cuanto sus excepciones locales. Así, la menor letalidad de las tentativas femeninas se deriva no sólo de su falta de habituación a la violencia *per se* sino de que *la mujer que se suicida busca acabar con el dolor en tanto que el varón busca acabar consigo mismo*. Para ella, el suicidio es una forma de reducir un sufrimiento inescapable (nacido, como hemos indicado, del conflicto interno entre sentirse culpable y honrar sus necesidades); el varón no ambiciona sólo eso sino aniquilar ese objeto que vive como asqueroso y abyecto, el *self*. De ahí que, hablando figurativamente, para el varón patriarcal el suicidio es *ipso facto* un autosacrificio que persigue la absolución definitiva (Laso, 2008) mientras que para la mujer es una *consecuencia de otros sacrificios*: un escape del agobio y la desesperanza nacidos de su perenne deshonorar su necesidad

de respeto en aras de la culpa y el cuidado de los otros.

En cuanto a la paradoja de género del suicidio, se entiende al considerar que *las mujeres sufren injusticias, vejaciones, violencia y victimización con más frecuencia, intensidad y recurrencia que los varones* —mientras son socializadas desde niñas *para ignorar dichas injusticias sacrificándose por los demás*, lo que las expone y vulnerabiliza sistemáticamente—. No es de extrañar, por ende, que apelen más habitualmente al suicidio como forma de huida y/o de protesta velada contra la victimización, ni que fracasen más en este intento porque, como hemos dicho, por lo general no buscan la autodestrucción como tal (Gaviña Aguilar et al., 2013). Los varones, en cambio, sí que la persiguen, por lo que no es de extrañar que elijan métodos más brutales (y por tanto efectivos), ni tampoco que les traiga sin cuidado (o sea, no les genere culpa) cómo puede afectar a quien encuentre su cuerpo la escena suicida.

Tampoco es de extrañar que las mujeres se sientan libres de pedir ayuda mucho antes de intentar el suicidio (por más que no identifiquen como tal la victimización que sufren y por la que fantasean con morir) ya que dicha ayuda no está reñida con cuidar a sus seres queridos y por ende no aviva su culpa. Así, si llegan a efectuar la conducta, su malestar es un tanto menor y su decisión de morir menos firme. Por su parte, la misma vergüenza que impulsa a los varones a quererse matar les prohíbe pedir ayuda o confesar dichos deseos porque esto los pondría en una posición vulnerable y por ende *vergonzosa*; para cuando el varón ejecuta su tentativa, el malestar ha recrudecido tanto que su decisión de morir es definitiva.

Esta teoría también explica las excepciones a las reglas universales indicadas por Canetto; por ejemplo, los suicidios por autoinmolación característicos de la India, Bangladesh o Irán, donde “el grupo de apoyo no defiende a la mujer cuando es víctima de violencia... su suicidio es vengativo, destinado a obligar a otros a vengarse del marido abusivo... Las mujeres abusadas, ridiculizadas e indefensas se quitan la vida para endilgar esta humillación a sus torturadores” (Vijayakumar, 2015; Cf. Khankeh et al., 2015). En estos casos la culpa no sólo acalla la justa indignación sino el desprecio. Estas mujeres no han sido sólo maltratadas; por si fuera poco, sus maridos las han ultrajado burlándose de ellas, de sus protestas contra la violencia, de sus amenazas de contárselo a sus familias o hacer denuncias que, en un sistema de justicia sexista y misógino, jamás logran prosperar. Y sus propias familias las vejan nuevamente al apoyar al marido y culparlas por la violencia de la que son víctimas, encaminándolas a una abnegación ahora intolerable. Sometidas por la fuerza, conscientes en su fuero interno tanto de la injusticia que padecen cuanto de su propia impotencia, su amor se transforma primero en indignación y a la postre en *desprecio*, la emoción que sentimos ante lo que nos parece inhumano, degradante, inmoral (Laso y Hernández González, en prensa). En este punto, la única alternativa de estas mujeres para salvaguardar la poca dignidad que les han dejado es quitarse la vida de la manera más conspicua posible: autoinmolarse para “manchar” simbólicamente a sus esposos, familiares y allegados, a aquellos que



han sido perpetradores, cómplices y encubridores de un maltrato tan innegable como abyecto.

Se entiende asimismo por qué el divorcio tiende a incrementar la suicidalidad masculina y a reducir la femenina. Para él supone perder un asidero a su autoimagen y, si es que ejercía violencia o dominación, un espacio donde compensaba su crónica sensación de humillación humillando a su pareja o hijos; el divorcio evidencia que es “un fracasado”, “poco hombre”, lo expone al escarnio de quienes antes lo protegían ocultando sus desmanes y, por ende, lo arroja a la vergüenza de la que ha estado huyendo desde siempre. Para ella es un escape a la cárcel en que era explotada, maltratada y humillada, si es que era víctima de violencia; pero si no, siempre acarrea deslindarse de las necesidades de su expareja, dejar de cuidarlo y, por ende, de sentirse culpable de su malestar.

### **Implicaciones para la Práctica desde la Perspectiva de la Clave Emocional**

La terapia en Clave Emocional, a la que hemos hecho referencia a lo largo del texto, es una propuesta transteorética que centra su atención en el papel de las emociones como elementos cruciales que nos posibilitan “honrar las necesidades que las suscitan en el contexto de las relaciones en que emergen” (Laso y Canevaro 2022, p. 59). Las emociones primarias como la tristeza, la alegría, ira-asco y sorpresa-miedo afloran para asistirnos a reconocer una necesidad deshonrada, mientras que las secundarias lo hacen para mantenernos dentro del redil del orden moral de nuestro grupo de referencia y se engarzan con dichas necesidades sólo de forma indirecta, a través de la amenaza de ser abandonados o despreciados.

Cabe apuntar que, desde esta perspectiva, las necesidades relacionales son dos: afecto (sentirse amado, en comunión y cercanía) y respeto (correspondiente a la agencia, sentirse capaz y respetado (Laso, 2017, 2018, 2021a).

Así, los principios básicos de la terapia en Clave Emocional se sustentan en honrar la necesidad en cada contexto importante, de lo cual se deriva que cualquier síntoma es resultado de la dificultad o incapacidad de honrar la necesidad en el contexto relacional en el cual se manifiestan, y el síntoma es un intento autoderrotista de compensar dicho malestar forzando la satisfacción de una necesidad que no se ha legitimado del todo. Es importante destacar que las emociones no son situaciones a resolver, trabajar, gestionar o modificar, sino un recurso para acceder a las necesidades implícitas y eventualmente honrarlas (Laso, 2019).

Dichas necesidades, si bien son experimentadas de forma universal en los seres humanos, se encuentran también atravesadas por una socialización de género, de tal manera que en sociedades occidentales los hombres son educados a identificar más su necesidad de respeto y en contraposición, las mujeres son más sensibles a identificar su necesidad de afecto. Lo anterior tiene implicaciones importantes para este trabajo, puesto que la socialización diferenciada de género en las emociones y las necesidades subyace también a respuestas de hombres y mujeres ante la vivencia del estado presuicida, como ya se argumentó ampliamente.



Como ya mencionamos, la culpa y la vergüenza son emociones secundarias, nacidas de “deberías” o exigencias morales, que se encuentran anudadas a mandatos sociales y más específicamente, a valores inculcados y sostenidos por figuras significativas. De lo anterior se desprende que tanto la culpa como la vergüenza están cimentadas en la lealtad y amor a esos otros a quienes amamos (padre, madre, amigos, etc.) y dado que en cierto modo custodian o son garantes de la importancia de ese vínculo, pueden precisamente impedir u oscurecer que se reconozcan y honren las necesidades subyacentes.

Asumimos que la vergüenza, como emoción predominantemente masculina, impregna la vivencia presuicida no solo en la fase más aguda, sino que aparece y agrava precisamente las condiciones para que la conducta presuicida inicie y se mantenga; la evidencia señala que los hombres socializan menos sus malestares y tienen más dificultades para pedir ayuda (Oliffe et al., 2020; Rasmussen et al., 2018; Seidler et al., 2016).

Como menciona Laso (Laso y Canevaro, 2022, p. 86), “la vergüenza se monta sobre el miedo a ser descubierto como moralmente inadecuado o insuficiente, y su tendencia a la acción es el ocultamiento, esconderse”. En contraparte, la culpa se monta sobre la tristeza de reconocer que hemos causado daño a alguien que nos importa. Así pues, una primera diferencia a destacar entre las emociones en la vivencia masculina y femenina, es que en el caso de los hombres la vergüenza se presenta como un detonante y como un factor de riesgo al aislar y dejar a los hombres sin mayores recursos a los que asirse precisamente por la vergüenza de reconocer su vulnerabilidad y el miedo a ser repudiado; en cambio, en el caso de las mujeres, la culpa se inicia como un detonante, pero al mismo tiempo puede ser un factor que disuade la conducta suicida precisamente para “no dañar” a quienes ama.

A continuación presentamos algunas ideas desde la Clave Emocional para intervenir y acompañar a mujeres con tentativa o ideación suicida, incorporando el reconocimiento de estas diferencias de género a partir de los principios de la terapia en Clave Emocional y experiencial profunda. Ilustramos con un ejemplo (cuyos datos hemos cambiado para proteger la confidencialidad):

Lucía acude a una reunión de amigos, entre los que se encuentra Julio, cercano a las amistades de Lucía. En la velada entablan una conversación amena y afectuosa. Al finalizar la reunión Julio se ofrece para llevar a Lucía a su casa y ella acepta, confiada en las referencias que le han brindado sus amistades. Julio pasa por su propia casa antes e invita a Lucía a entrar, y allí empieza a tocarla sin su consentimiento. Si bien Lucía explícitamente se niega varias veces, se siente indefensa y confundida, mientras Julio no se detiene; aunque no emplea la violencia física, Lucía no sabe cómo reaccionar, tiene miedo y se queda inmóvil. Después del evento Julio actúa como si nada hubiera pasado y lleva a Lucía a su casa. En los días posteriores Lucía llora mucho y empieza a presentar sintomatología depresiva e ideación suicida, por lo cual busca apoyo psicoterapéutico. En la primera sesión le cuenta lo sucedido a la terapeuta y solo después de que la terapeuta reconoce y

valida que la situación no fue consentida, recalcando lo que hizo para frenarlo, Lucía puede nombrar la experiencia como violencia sexual. Como parte del protocolo de cuidados en caso de ideación suicida, se habla con Lucía sobre la necesidad de activar su red de apoyo, por lo que se explora la idea de contárselo a sus padres e invitarlos a sesión, ante lo cual Lucía acepta. Les cuenta lo sucedido a sus padres, quienes se entristecen y se indignan a la vez, insinuando que ella pudo hacer más para evitar la situación, como por ejemplo golpearle o defenderse con todas sus fuerzas. La misma Lucía no entiende por qué se quedó inmóvil y se culpa a sí misma de no haber reaccionado bien y de haber lastimado a sus padres. En su intento de buscar ayuda también le cuenta a sus amistades, quienes desestiman la experiencia como abuso y le sugieren que fue “una experiencia sexual más”. Finalmente Lucía explora la idea de denunciar y acude a una asesoría legal, pero le comentan que aunque es su derecho, lo más probable es que no haya ninguna sanción o castigo y solo conseguiría desprestigiarse en su círculo social.

A partir de esta viñeta de caso, presentamos de forma sucinta los principios que guían la intervención:

1. Toda intervención debe orientarse hacia la experiencia;
2. La intervención debe tomar en cuenta la experiencia de la persona (recursos y limitaciones) derivados de la socialización de género y reflexionar colaborativamente sobre el impacto de estos,
3. Especialmente de los supuestos del orden del género que subyacen a las emociones secundarias (culpa o vergüenza), las cuales al opacar las emociones primarias dificultan la manifestación de las necesidades deshonradas;
4. Para, sometiendo a crítica dichos supuestos, disolver las emociones secundarias para que la persona sea libre de vivenciar las primarias, y posteriormente reconocer la necesidad deshonrada implícita; y
5. Desafiar compasivamente a la persona para honrar su necesidad y tomar una postura que posibilite compartirla con este otro significativo.

La intervención orientada a la experiencia significa no solo acompañar a las personas a explicar o verbalizar sino sobre todo *activar las emociones*, a partir de acompasar y guiar (Laso y Canevaro, 2022), para identificarlas en caso de que sean secundarias y reconocer por su intermedio las necesidades deshonradas en las primarias.

Como hemos mencionado, en el caso de las mujeres la emoción secundaria de la culpa aparece como impedimento a reconocer la vivencia de violencia, o más en general de situaciones de injusticia, de las cuales se deriva el sufrimiento que desencadena la ideación suicida. Por tanto, el primer paso en la intervención es que la o el terapeuta busque activamente estas vivencias previas que constituyen el elemento pregnante.

La terapeuta explora con Lucía la experiencia que detona la ideación suicida, la cual consiste en diversas formas de violencia: la primera es la sexual, tras la cual es revictimizada y culpabilizada por el entorno, sintiéndose impotente ante la

injusticia –pero también interpelada por su propia culpa que es lo que le da peso a las críticas y cuestionamientos de su familia y amistades–. Debajo de la culpa (emoción secundaria) se encuentran la tristeza y la rabia como emociones primarias, las cuales sirven de pivote para la intervención porque facilitan la manifestación de las necesidades deshonradas.

Detrás de la culpa (los deberías como mandatos sociales), subyacen ideas que refuerzan la socialización de género: “una buena chica no debería estar en un lugar sola con un hombre”; “una mujer decente protege su buen nombre y el nombre de su familia”; “el hombre llega hasta donde la mujer le deja”; entre otros. La terapeuta procede a identificar y articular estas creencias sustentatorias, es decir, los “deberías”, para poderlos someter a crítica y disolverlos, pues sólo entonces la emoción secundaria se transparenta y permite la emergencia de la emoción primaria, hasta entonces sumergida, para honrar la necesidad.

En este caso, para contribuir a disolver la culpa fue necesario aportar información sobre la inmovilidad tónica (Gbahabo, y Duma, 2021; Möller et al., 2017), lo que permitió que Lucía pudiera interpretar su reacción de parálisis como consecuencia del temor (y no como una carencia personal o falta de carácter), lo que permitió la emergencia de la rabia y la tristeza (emociones primarias) que permitieron poco a poco identificar la injusticia y después la necesidad de respeto deshonrada.

Como hemos destacado, uno de los aspectos más difíciles para las mujeres es reconocer la injusticia que ha sufrido. Debido a su socialización de género que las empuja al rol de cuidadoras y de estar y “ser para los otros”, las mujeres sienten que ese reconocimiento del sufrimiento e injusticia implica lastimar a las figuras que la ejercieron (los padres, amigos, etc.). En contraparte, para los varones, es difícil reconocer la injusticia porque conlleva un reconocimiento implícito de su vulnerabilidad. En conclusión, con ambos la terapia pasa por reconocer las injusticias para honrar las necesidades, pero como señalamos, los obstáculos son diferentes entre hombres y mujeres, por lo que deben abordarse de forma distinta.

Por eso, muchas mujeres atrapadas en este círculo siguen sacrificándose aunque sus allegados les pidan que no lo hagan porque es la única forma que conocen de hacerse dignas de ser amadas. Así, una meta en la psicoterapia con mujeres en situación presuicida debería ser que vayan identificando sus sacrificios cotidianos para que puedan dejar de hacerlos sin sentirse culpables, reduciendo así la presión y el sufrimiento que las pueden orillar a quitarse la vida.

Finalmente, recalcamos que detrás de las emociones secundarias está el miedo a ser abandonado o no querible, o a ser ridiculizado y humillado, por los cuidadores primarios (casi siempre), por lo cual el cambio profundo supone trabajar honrando las necesidades en el contexto de las relaciones con la familia de origen y no solo en el presente. El trabajo con los padres es crucial, no solo como red de apoyo para disminuir el riesgo de suicidio, sino porque la culpa de la mujer no queda absuelta por más que las personas significativas de su vida (hijos o esposo) le digan que no hace falta que se sacrifique: como viene implantada por sus padres, es con

ellos que tiene que resolverla honrando su necesidad de respeto sin violentar la de afecto. Para ello, un abordaje útil y respetuoso es la técnica de la mochila, la cual fue originalmente propuesta por Canevaro (2012) y enriquecida con la Clave Emocional (Laso y Canevaro, 2022).

En síntesis, destacamos que la experiencia emocional presuicida es distinta para hombres y mujeres, derivado de lo cual delineamos unos principios para la intervención centrada en la Clave Emocional y experiencial profunda del estado de malestar que precede a la ideación suicida, por lo que estas ideas abren camino e invitan a seguir ampliando nuestro conocimiento al respecto e incorporar dichas diferencias en pos de intervenciones más útiles y eficaces.

### **Ejemplo de Intervención en Crisis Suicida en Clave Emocional**

Cerramos este texto describiendo una intervención en Clave Emocional en una crisis suicida que ilustra todo lo anterior. Norma, soltera, de 38 años, con un historial de depresión recurrente, escribe a su terapeuta horas antes de su sexta sesión comunicándole que tiene deseos de quitarse la vida, ante lo cual ésta adelanta la cita. Norma acude acompañada de Alex, un amigo al que tiene mucho afecto y que, dados sus conflictos con su familia de origen, es su principal apoyo en la actualidad; la terapeuta hace pasar a Norma y pide a Alex esperar afuera.

La terapeuta abre preguntando a Norma: “En una escala de 1 a 10 donde 1 es un malestar apenas perceptible y 10 es un dolor insoportable, ¿dónde estás ahora? Y ¿dónde estabas en el peor momento de esta crisis?” (la clásica “pregunta de escala” de la terapia centrada en soluciones; De Shazer, 1999). “En 7 y 9, respectivamente”, dice Norma; la terapeuta pasa a indagar sobre los recursos que Norma ha aprendido en terapias previas, los que ha empleado en crisis anteriores y le han ayudado en la actual a bajar del 9 al 7. Norma refiere que “cuando estoy en 5 o 6, me sirve tomar una ducha, cuidar el jardín, pasear con mis mascotas, hablar con amigos... Pero cuando ya estoy en 7 no tengo ganas de hacer nada. Esta vez me tomó de sorpresa, tan sólo ayer por la noche me empecé a sentir así de mal”.

La terapeuta aprovecha este giro para esclarecer los desencadenantes de la crisis. Norma ya venía sintiéndose triste desde hace una semana debido a lo que ha vivido como distancia o incluso indiferencia por parte de su pareja; ayer se atrevió a pedirle que fuera a su casa, a lo que su pareja respondió “no puedo hacerme cargo de ti ahora, estoy muy ocupado” —que es cuando “casualmente” se intensificaron sus ideas suicidas—. En medio de su malestar, Norma alcanzó a llamar a Alex, “que siempre me ayuda”; tras pasar la noche en vela decidió escribir a la terapeuta.

En este punto, la terapeuta cuenta con los elementos para construir un plan de contingencia; tras hacer pasar a Alex, le explica la escala, lo compromete a estar con Norma hasta que pase la crisis en uno o dos días y acompañarla a poner en marcha los recursos antedichos, que ha apuntado en una lista que le entrega (y a la que ha añadido su teléfono por si necesita contactarla).

Hasta aquí, la intervención no se aparta de la contención de una crisis. Pero

el trabajo en Clave Emocional permite convertir esta crisis en una oportunidad para honrar las necesidades agudamente desairadas que subyacen a la ideación suicida; así pues, la terapeuta hace salir a Alex y pregunta a Norma qué pasaba por su mente mientras acariciaba la idea de quitarse la vida, a lo que ésta replica tras una breve reflexión: “Siempre que pienso en matarme pienso en callarles la boca a mis familiares, a mi pareja... ¿Con que no tengo nada y soy una exagerada? ¡Miren! [hace un ademán de cortarse] ¡Sí estoy sufriendo! ¡No me lo invento!” “Entonces” —acota la terapeuta—, detrás de la fantasía de quitarte la vida no sólo está el acabar con el dolor sino también el deseo de que reconozcan que tu dolor es legítimo, que tienes derecho de sentirlo... Quitarse la vida sería un error; pero *tus ideas suicidas son, en realidad, una búsqueda de justicia*, de que reconozcan el daño que te han hecho y te hacen al humillarte y minimizar lo que sufres”. “No lo había visto así”, replica Norma, mientras llora y asiente pensativa.

Mientras agenda la siguiente cita, la terapeuta le dice a Norma: “Este es un momento de mucho dolor porque tu corazón está en carne viva; mas por eso es también una oportunidad para sanarlo. Te voy a dar una hoja en la que he anotado lo más importante de nuestra sesión de hoy; quiero que la leas en voz alta y me digas qué te produce. Cuando te tiente la idea de quitarte la vida será la señal para que saques la hoja, la leas y te conectes con lo que te produzca. Nos vemos en una semana”. Norma lee la hoja y concluye: “Me siento mejor”; y se despiden.

El memorándum que la terapeuta entrega a Norma reza:

*Para leer en caso de emergencia:*

1. En una escala de 1 a 10, donde 1 es un malestar ligero pero perceptible y 10 es un dolor intolerable, ¿dónde me encuentro en este momento?
  1. Si en 5 o 6, puedo evitar que el malestar crezca tomando un baño caliente, paseando a mis perros, trabajando en el jardín, respirando.
  2. Si en 7 o más, puedo llamar a Alex para pedirle apoyo hasta que el malestar baje.
2. Aunque quitarme la vida sería un error irreversible, acariciar la idea de quitarme la vida me da alivio porque:
  1. Parece una forma de acabar con este sufrimiento intolerable, y
  2. Es una manera de decirles a mis familiares que mi sufrimiento es real, que deben tomarlo en serio y apoyarme en vez de tratarme de forma injusta, fría o distante.
  3. Es decir, detrás de mis ideas de quitarme la vida hay el deseo de vivir con dignidad, de ser reconocida, apreciada y cuidada.
  4. Recordar todo esto me puede ayudar no sólo a superar las crisis sino a crecer en ellas.

Esto es trabajar en Clave Emocional.

## Notas:

- 1 Somos conscientes de que la construcción del sexo-género, lejos de una esencia inmutable y universal, es múltiple, cambiante y situada tanto cultural como históricamente; sin embargo, reconocemos al mismo tiempo la existencia de estereotipos, formas de subjetividad generizadas predominantes en las culturas occidentalizadas, a las que nos referiremos a lo largo del texto como “varones” y “mujeres”.
- 2 Lo cual, dicho sea de paso, podría explicar la diferencia mencionada al inicio de que la pandemia de COVID redujera la suicidalidad masculina pero incrementara ligeramente la femenina: la cuarentena forzosa bajó la exposición de los varones a la vida pública y por ende su tensión crónica manteniendo a las mujeres en un espacio donde son vulnerables al daño, su propio hogar.
- 3 Llama la atención que los tres factores coinciden grosso modo con los cuadrantes del diagnóstico relacional de Linares (2006): el primero sería el de las familias trianguladoras (conyugalidad disarmónica que perturba una parentalidad primariamente conservada), el segundo de las caóticas (parentalidad primariamente deteriorada y conyugalidad disarmónica) y el tercero de las depresivas (conyugalidad armónica y parentalidad primariamente deteriorada).
- 4 Lo que explica que el estar embarazada sea un factor preventivo: la mayoría de mujeres no tolerarían la culpa de acabar a la vez con la vida de sus hijos aún no nacidos.
- 5 Esto es, una de las cuatro básicas, de las que dos son puras (alegría y tristeza) y dos mixtas (o sea, se inician como una activación relativamente indiferenciada para especificarse en fracciones de segundo en cuanto el organismo ha interpretado la situación: ira-desprecio y sorpresa-miedo; Laso, 2015a).
- 6 Amenaza que no es figurada sino literal: cuántas madres latinoamericanas adoctrinan a sus hijas desde pequeñas diciéndoles cada vez que se rebelan: “debes ser más dócil, más mujercita... Así nadie te va a querer”.
- 7 La contraparte masculina de la amenaza femenina de “así nadie te va a querer” es el “ya debes soltarte de las faldas de tu madre” que tantos papás espetan a sus hijos, deshonrando su necesidad de afecto y obligándoles a proteger ese núcleo herido y vulnerable con una coraza de distancia, dureza y displicencia.

## Referencias

- Ajdacic-Gross, V. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database [Métodos de suicidio: patrones internacionales de suicidio derivados de la base de datos de mortalidad de la OMS]. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732. <https://doi.org/10.2471/blt.07.043489>
- Barroso Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-5735201900010000>
- Benedict, R. (1946). *The chrysanthemum and the sword: patterns of Japanese culture* [El crisantemo y la espada: patrones de la cultura japonesa]. Houghton Mifflin.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: Teorías sobre la sujeción*. Ediciones Cátedra.
- Canetto, S. S. y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide [La paradoja de género en el suicidio]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Canetto, S. S. (2021a). Women and suicidal behaviour: new directions in theory, research, and prevention [Mujeres y comportamiento suicida: nuevas direcciones en la teoría, la investigación y la prevención]. En D. Wasserman, (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 333-342). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0040>
- Canetto, S. S. (2021b). Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes [Lenguaje, cultura, género e interseccionalidades en la teoría, la investigación y la prevención del suicidio: desafíos y cambios]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1045-1054. <https://doi.org/10.1111/sltb.12758>



- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos: cuando vuelan los cormoranes*. Ediciones Morata.
- Carrillo, E. (2017). *Mujeres y procesos de adopción. Decisiones y experiencias en torno a la maternidad*. [Tesis Doctoral, CIESAS-Occidente, Guadalajara, Mexico].
- Cirillo, S. (2012). *Malos padres: modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser padre y madre*. Gedisa.
- Coêlho, B. M., Santana, G. L., Viana, M. C., Andrade, L. H. y Wang, Y. (2018). Gender-related dimensions of childhood adversities in the general population [Dimensiones relacionadas con el género de las adversidades infantiles en la población general]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(4), 394-402. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2366>
- Contreras, K. (2020). *Embarazos situados: experiencias de mujeres gestantes en Guadalajara, México* [Tesis Doctoral, CIESAS-Occidente, Guadalajara, Mexico].
- Contreras, K. y Castañeda, L. (2021). *El Don de Dar vida”: Análisis de la producción de la mujer como persona en culturas híbridas. Endoxa: Series Filosóficas*, 48, 275-296.
- Cougle, J. R., Resnick, H. y Kilpatrick, D. G. (2009). PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women [TEPT, depresión y su comorbilidad en relación con las tendencias suicidas: análisis transversales y prospectivos de una muestra probabilística nacional de mujeres]. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1151-1157. doi:10.1002/da.20621
- Crittenden, P. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety* [Criar a los padres: apego, crianza y seguridad infantil]. Willan Publishing.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy* [La práctica de la terapia racional emotiva conductual]. Springer.
- Enikolopov, S. N., y Makogon, I. K. (2013). Problems with the assessment of shame and guilt [Problemas con la evaluación de la vergüenza y la culpa]. *Psychology in Russia: State of Art*, 6(4), 168. <https://doi.org/10.11621/pir.2013.0415>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U. y Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent [Un estudio transnacional sobre las diferencias de género en la intención de suicidio]. *BMC Psychiatry*, 17, 234. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Gbahabo, D. D. y Duma, S. E. (2021). “I just became like a log of wood ... I was paralyzed all over my body”: Women’s lived experiences of tonic immobility following rape [“Simplemente me volví como un tronco de madera... Estaba paralizada por todo mi cuerpo”: experiencias vividas por mujeres de inmovilidad tónica después de una violación]. *Heliyon*, 7(7), e07471. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07471>
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt [Evolución, roles sociales y las diferencias en vergüenza y culpa]. *Social Research*, 70(4), p. 1205-1230.
- Gilbert, P. y Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* [Vergüenza: conducta interpersonal, psicopatología y cultura]. Oxford University Press.
- Haahr-Pedersen, I., Perera, C., Hyland, P., Vallières, F., Murphy, D., Hansen, M., Spitz, P., Hansen, P. y Cloitre, M. (2020). Females have more complex patterns of childhood adversity: Implications for mental, social, and emotional outcomes in adulthood [Las mujeres tienen patrones más complejos de adversidad infantil: implicaciones para los resultados mentales, sociales y emocionales en la edad adulta]. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1708618. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708618>
- Johnstone, L. y Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The power threat meaning framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour; as an alternative to functional psychiatric diagnosis* [El marco de significado de amenaza de poder: hacia la identificación de patrones en angustia emocional, experiencias inusuales y comportamiento problemático o problemático, como una alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional]. British Psychological Society.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide* [¿Por qué la gente muere por suicidio?]. Harvard University Press.
- Khankeh, H. R., Hosseini, S. A., Rezaie, L., Shakeri, J. y Schwebel, D. C. (2015). A model to explain suicide by self-immolation among Iranian women: A grounded theory study [Un modelo para explicar el suicidio por autoinmolación entre mujeres iraníes: un estudio de teoría fundamentada]. *Burns*, 41(7), 1562-1571. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.03.015>
- Kim, A. M. (2021). The short-term impact of the COVID-19 outbreak on suicides in Korea [El impacto a corto plazo del brote de COVID-19 en los suicidios en Corea]. *Psychiatry Research*, 295, 113632. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113632>



- Kohn, A. (1992). *No contest: The case against competition* [No contest: El caso contra la competencia]. Houghton Mifflin.
- Kposowa, A. J., y McElvain, J. P. (2006). Gender, place, and method of suicide [Género, lugar y método de suicidio]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 435-443. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0054-2>
- Lagarde, M. (1990). *Identidad femenina* [Texto difundido por CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. – México)]. [https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/purificacion\\_mayobre/identidad.pdf](https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/purificacion_mayobre/identidad.pdf)
- Laso, E. y Canevaro, A. (2022). *Terapia experiencial profunda*. Ediciones Morata.
- Laso, E., Macías-Esparza, L., Cirici Amell, R. y Feixas, G. (2020). Facilitando la separación psicológica de las mujeres en proceso de terminar una relación violenta. *Clínica Contemporánea*, 11(1), 1-17. <https://doi.org/10.5093/cc2020a4>
- Laso, E. (4 de enero, 2008). *El sentido del suicidio* [Blog]. [https://estebanlaso.com/?page\\_id=393](https://estebanlaso.com/?page_id=393)
- Laso, E. (2015a). Terapia familiar en clave emocional, 2: una propuesta integradora. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1087-1116. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/52661>
- Laso, E. (2015b). Los rituales terapéuticos familiares en clave emocional, 2: pasos para construir y ejecutar un ritual. *Revista REDES*, 33, 9-26. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/163>
- Laso, E. (2017). "Poder, agencia y comunión: obstáculos en la transformación de la masculinidad". En Castañeda, L. y Alvizo, C. (Eds.), *Géneros, permanencias y transformaciones: Feminidades y masculinidades en el Occidente de México* (pp. 187-245). Universidad de Guadalajara.
- Laso, E. (2018). El amor en clave emocional: enamoramiento, desconfirmación y terapia de pareja. *Revista REDES*, 37, 11-35. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/101>
- Laso, E. (2019). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Eds.), *El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo* (pp. 111-144). Morata.
- Laso, E. (2020). El suicidio: la perspectiva de la clave emocional. *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 75, 82-103.
- Laso, E. (2021a). Sanar el pasado en el presente: terapia breve transgeneracional en Clave Emocional. *VINCUL-ARTE. Revista Clínica y Psicosocial*, 6(6), 69-81.
- Laso, E. (2021b). Honrar las necesidades: un principio integrador para una terapia en clave emocional. En T. Zohn Muldoon, E. Gómez Gómez y R. Enríquez Rosas, (Coords.), *Emociones y psicoterapia: caminos e intersecciones* (pp. 107-144). ITESO.
- Laso, E. y Hernández González, E. (en prensa). Psicología política del carisma: en la encrucijada del populismo y el fascismo.
- Lemieux, P. (3 de febrero, 2022). Interpersonal comparisons of utility. <https://www.econlib.org/interpersonal-comparisons-of-utility/>
- Linares, J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En A. Roizblatt, (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 116-178). Mediterráneo-Agime.
- Macías-Esparza, L. y Laso, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: la terapia familiar crítica sensible al género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 129-148.
- Medina, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden: del amor indignado al diálogo solidario*. Ediciones Morata.
- Möller, A., Söndergaard, H. P. y Helström, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault—a common reaction predicting posttraumatic stress disorder and severe depression [Inmovilidad tónica durante la agresión sexual: una reacción común que predice el trastorno de estrés postraumático y la depresión severa]. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 932-938. <https://doi.org/10.1111/aogs.13174>
- Olliffe, J. L., Broom, A., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Affleck, W. y Rice, S. M. (2020). Help-seeking prior to male suicide: Bereaved men perspectives [Búsqueda de ayuda antes del suicidio masculino: perspectivas de hombres en duelo]. *Social Science y Medicine*, 261, 113-173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113173>
- Palomar, C. (2007b). *Maternidad en prisión*. Universidad de Guadalajara.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Paidós.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1977). *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality* [Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality]. Gestalt Journal Press.
- Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., Appleby, L., Arafat, S. M., Arensman, E., Ayuso-Mateos, J. L., Singh, Y. P., Bantjes, J., Baran, A., Behera, C., Bertolote, J., Borges, G., Bray, M., Brečić, P., Caine, E., Calati, R. ... Spital, M. J. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries [Números de suicidios durante los primeros 9 a 15 meses de la pandemia de COVID-19 en comparación con las tendencias preexistentes: un análisis de series de tiempo interrumpido en 33 países]. *EClinicalMedicine*, 51, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>

- Ponce, A. (2011). *Modelos de intervención con hombres que ejercen violencia de género en la pareja. Análisis de los presupuestos tácticos y re-consideraciones teóricas para la elaboración de un marco interpretativo y de intervención* [Penencia]. Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo, Barcelona, España.
- Rasmussen, M. L., Hjelmeland, H. y Dieserud, G. (2018). Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide [Barreras para la búsqueda de ayuda entre hombres jóvenes antes del suicidio]. *Death Studies*, 42(2), 96-103. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1328468>
- Real, T. (2002). *How can i get through to you?* [¿Cómo puedo comunicarme contigo?] Simon and Schuster.
- Ritchie, H., Roser, M., y Ortiz-Ospina, E. (15 de junio, 2015). *Suicide* [Suicidio]. <https://ourworldindata.org/suicide>
- Ritchie, H., Spooner, F. y Roser, M. (14 de febrero, 2018). *Causes of death* [Causas de muerte]. <https://ourworldindata.org/causes-of-death>
- Rosenberg, M. (2005). *Nonviolent communication: A language of life* [Comunicación no violenta: Un lenguaje de vida]. Puddle Dance Press.
- Rutz, W. y Rihmer, Z. (2021). Suicide in men: Suicide prevention for the male person [Suicidio en hombres: prevención del suicidio para la persona del sexo masculino]. En D. Wasserman, (Ed.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 343-351). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0041>
- Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. (20 de diciembre, 2019). ¿De qué morimos en España? Muertes por suicidio, 2018. <http://papageno.es/muertes-suicidio-espana-2018>
- Sansone, R. y Sansone, L. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder [Patrones de género en el trastorno límite de la personalidad]. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16-20.
- Schnarch, D. (2009). *Intimacy and desire* [Intimidad y deseo]. Beaufort Books.
- Séguin, M., Beauchamp, G. y Notredame, C. (2021). Adversity over the life course: A comparison between women and men who died by suicide [Adversidad a lo largo del curso de la vida: una comparación entre mujeres y hombres que murieron por suicidio]. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.682637>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L. y Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review [El papel de la masculinidad en la búsqueda de ayuda de los hombres para la depresión: una revisión sistemática]. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Skodol, A. E. y Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? [¿Por qué las mujeres son diagnosticadas borderline más que los hombres?] *Psychiatric Quarterly*, 74(4), 349-360. <https://doi.org/10.1023/a:1026087410516>
- Smith, A. (1941). *La teoría de los sentimientos morales*. El Colegio de México.
- Tandon, R. (2021). Covid-19 and suicide: Just the facts. key learnings and guidance for action [Covid-19 y suicidio: solo los hechos. aprendizajes clave y orientación para la acción]. *Asian Journal of Psychiatry*, 60, 102695. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102695>
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt [Cuestiones conceptuales y metodológicas en la evaluación de la vergüenza y la culpa]. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 741-754. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00034-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00034-4)
- Teroni, F. y Deonna, J. A. (2008). Differentiating shame from guilt [Diferenciar la vergüenza de la culpa]. *Consciousness and Cognition*, 17(3), 725-740. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.02.002>
- Thakur, V. y Jain, A. (2020). Covid 2019-suicides: A global psychological pandemic [Covid 2019-Suicidios: Una pandemia psicológica global]. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 952-953. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.062>
- Tucker, R. P. (3 de noviembre, 2022). *Gender paradox of suicide: Relationship between gender y suicide* [Paradoja de género del suicidio: Relación entre Género y Suicidio]. *Cams-care. Preventing suicide*.
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women [Suicidio en mujeres]. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(6), 233. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484>